

# Quand les valeurs de l'infirmier rencontrent la criminalité

## **Mémoire de fin d'études**

UE : 5.6 S6 - Analyse de la qualité et traitement des  
données scientifiques et professionnelles

**IFSI Tenon**

**Flamand Théo**

Promotion 2015 - 2018

Directrice de mémoire : Mme Leuret

Mémoire rendu le : 6 juin 2018

**Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire  
l'objet d'une publication en tout ou partie sans  
l'accord de son auteur<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Flamand Théo : [theo.flamand@gmail.com](mailto:theo.flamand@gmail.com)

*« Dans le monde, il n'y a pas d'un côté le bien et de l'autre le mal.  
Il y a une part de lumière et d'ombre en chacun de nous.  
Ce qui compte c'est celle que l'on choisit de montrer dans nos actes,  
ça c'est ce que l'on est vraiment. »*

**Sirius Black – Harry Potter et L'ordre du Phénix**

## REMERCIEMENTS

- *À ma directrice de mémoire, Mme Leuret*, pour votre accompagnement pendant cette année, pour vos interrogations, vos remises en question qui m'ont permis d'avancer dans ma réflexion.
- *À ma référente pédagogique, Mme Garnier*, pour votre accompagnement qui m'a permis de reprendre confiance en moi, de me motiver quand parfois je me questionnais sur mon avenir.
- *Aux infirmiers qui ont pris du temps pour répondre à mes questions*

- *À ma famille,*

**Mon père**, merci pour ton soutien qui a su me remettre en question et me motiver quand j'en avais besoin.

**Ma sœur**, merci de m'avoir motivé, de m'avoir dit que je pouvais y arriver. Ces paroles m'ont beaucoup aidé dans des moments de doute.

**Papy et Manou**, merci d'avoir été présents et de m'avoir soutenu.

**Yannick**, merci pour ton soutien parfois discret mais qui a beaucoup compté pendant mes années d'études.

**Ma mère**, merci de m'avoir accompagné, soutenu, conseillé. Si j'arrive aujourd'hui au bout de cette formation c'est en grande partie grâce à toi. Merci d'avoir toujours été présente malgré mon caractère parfois compliqué.

- *À mes amis,*

**Claire**, merci d'être présente depuis le début de la formation. Ta présence a été précieuse et m'a permis de prendre confiance en moi.

**Maxime**, merci pour ces moments passés, pour ta motivation à distance. Bon courage dans ta nouvelle vie à trois qui promet pleins de bonheurs.

**Jade et Lucie**, merci pour tout ce que vous m'avez apporté moralement. Merci pour votre écoute, votre bienveillance dans des moments difficiles.

**Alexandre**, merci pour ces années associatives passés ensemble et ce que cela m'a apporté personnellement à tes côtés.

**Lina, Élise, Elie**, merci pour cette année associative parfois difficile, souvent enrichissante. Merci également pour votre encouragement.

**Manon et Alix**, merci d'avoir été présentes cette année.

**Merci Jacquie.**

# SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
1.	Situation d'appel .....	7
2.	Situation optimale professionnelle .....	8
3.	Questionnement .....	9
4.	Légitimation .....	10
5.	Généralisation.....	10
6.	Population cible .....	10
7.	Question de départ .....	10
8.	Champ d'action.....	11
<b>II.</b>	<b>CADRE THÉORIQUE</b> .....	<b>12</b>
1.	Acte criminel .....	12
1.1.	Définition.....	12
1.2.	Le soin, un droit en toutes circonstances.....	13
1.3.	Soigner tout le monde.....	14
1.4.	Accepter de ne pas tout savoir .....	14
2.	Valeurs personnelles .....	<b>16</b>
2.1.	Définition de valeurs .....	16
2.2.	Valeurs personnelles .....	16
3.	Émotions.....	<b>17</b>
3.1.	Définition :.....	17
3.2.	Les émotions du soignant.....	17
3.3.	Mécanismes de défenses du soignant.....	18
4.	Valeurs professionnelles.....	<b>19</b>
4.1.	Les valeurs professionnelles de l'infirmier .....	19
4.2.	L'apprentissage des valeurs professionnelles .....	20

5.	Conflit de valeurs .....	20
5.1.	Le refus de soins .....	21
6.	Relation soignant-soigné .....	22
6.1.	Définition de la relation .....	22
6.2.	Un soignant + un patient.....	22
6.3.	Impact du conflit dans la relation soignant-soigné .....	23
6.4.	Juste distance professionnelle.....	23
<b>III.</b>	<b>ANALYSE .....</b>	<b>24</b>
<b>IV.</b>	<b>SYNTHÈSE .....</b>	<b>33</b>
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>34</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>35</b>
<b>VII.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>38</b>

# I. INTRODUCTION

Depuis maintenant quelques années, j'ai intégré cette formation en soins infirmiers. Cela n'a pas été facile tous les jours, je ne compte plus les regards de patients croisés lors des stages, les soignants bienveillants qui nous accordent du temps et nous confient leurs doutes, leurs peurs mais aussi et surtout leur amour de ce métier et des patients qu'ils prennent en charge.

Cela fait maintenant plusieurs années que j'ai commencé cette formation, et avant d'effectuer mon premier stage, j'avais une vision idyllique du métier d'infirmier. Le même regard que portent actuellement mes amis ou ma famille qui ne sont pas du milieu, à mon projet professionnel.

Au fil du temps et des stages j'ai eu l'occasion de découvrir le vrai visage des infirmiers et des soignants. En effet si la vision du grand public sur notre métier n'est pas si différente de ce que j'ai vécu lors de mes années de formation, j'étais loin d'imaginer ce que j'allai rencontrer lors de mes stages.

J'ai découvert des infirmiers<sup>2</sup> qui soignent avec leurs connaissances, leurs expériences mais aussi avec leurs cœurs et leurs valeurs. Ces valeurs du soignant ont été au fil de mes stages une question permanente. Comment deux infirmiers qui ont eu la même formation, le même parcours et qui travaillent dans le même service peuvent prendre en charge différemment le même patient ?

Ces questionnements ont été pour moi évidents au moment de chercher un sujet pour ce travail de fin d'études. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de traiter des valeurs personnelles et professionnelles pour mon mémoire.

Dans un premier temps je vais vous présenter la situation précise qui m'a permis d'illustrer mon travail de fin d'études. Je vous présenterai ensuite mon questionnaire issu de mon expérience afin d'établir les mots clefs que je traiterai dans mon cadre de référence et qui me serviront à établir une grille d'entretiens que j'irai proposer aux infirmiers. J'analyserai ensuite les données récoltées afin de répondre à ma question initiale et élargirai enfin sur une question de recherche.

---

<sup>2</sup> Lire « infirmier.e.s » dans l'ensemble du document

## 1. Situation d'appel

La situation se déroule lors de mon stage en psychiatrie au cours du semestre trois. Il s'agit de mon premier stage en santé mentale. Je découvre ce service en région parisienne qui accueille des patients atteints de différents troubles mentaux. Il est composé d'une trentaine de lits. Deux infirmiers, deux aides-soignants et un agent des services hospitaliers sont présents en permanence dans le service. De plus un médecin et un interne complètent l'équipe.

Dès la première semaine de stage, il m'est interdit de consulter les dossiers afin de ne pas altérer les premiers échanges et de porter un jugement sur les patients du service. Les informations que j'ai à ma disposition sont donc : le motif d'hospitalisation, le mode d'hospitalisation ainsi que les traitements. Pendant la première semaine, les conversations sont rapidement orientées vers un patient en particulier, Mr V âgé de 57 ans atteint de schizophrénie. L'interdiction de consulter les dossiers fait monter en moi l'envie de comprendre, de savoir et d'anticiper les éléments du dossier. Les informations que j'ai sur ce patient sont très réduites, mais elles m'emmènent à me poser des questions. En effet, le patient est hospitalisé depuis "très longtemps" en Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE). De plus, j'ai entendu des professionnels du service dire clairement qu'ils ne voulaient pas le prendre en charge, certains professionnels refusaient même sa participation lors des ateliers. Personnellement je me souviens avoir entendu un infirmier du service dire : "le prendre en charge ok, mais je ne ferai que le strict minimum". Cette remarque m'avait particulièrement interrogé car ce soignant prenait en charge les autres patients sans effectuer de jugement. Une autre chose qui m'a interpellé la première semaine c'est qu'alors que le repas se déroule en salle commune, Mr V mange seul, dans un coin de la salle. A cette situation les aides-soignants me disent qu'il s'agit de sa volonté et qu'elles ne veulent pas entrer en conflit avec lui.

Après la première semaine, j'ai enfin accès au dossier et naturellement mes interrogations se portent sur Mr V. J'apprends qu'il est hospitalisé dans le service depuis 20 ans en Soins à la Demande d'un Représentant de l'État à la suite de viol suivi d'agressions physiques qu'il a commis à plusieurs reprises sur de nombreux enfants pendant plusieurs années. Jugé aux assises il a été reconnu non responsable de ces actes suite à l'expertise psychiatrique effectuée après son arrestation. À la suite

d'un court séjour en Unité pour Malade Difficile, il devait rejoindre son secteur mais le service étant placé à proximité d'une école primaire, le juge l'a fait transférer dans notre service.

Suite à la découverte de ces éléments j'ai pu mieux comprendre l'origine de la différence de traitement du patient dans le service par le personnel paramédical.

## **2. Situation optimale professionnelle**

Afin de répondre à cette situation, j'ai d'abord voulu connaître le cadre législatif qui régit notre profession et notamment le code de déontologie infirmier qui dit : « *L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge*<sup>3</sup>. » Suite à ce rappel législatif, j'identifie un écart entre la situation que j'ai vécu avec ce patient lors de mon stage et le code de déontologie auquel sont soumis tous les infirmiers.

Suite à cet écart je me suis posé de nombreuses questions que j'ai ensuite triées selon plusieurs critères. J'ai retiré celles répondant par oui ou non, les questions qui portaient un jugement de valeur ou encore celles ne relevant pas du domaine infirmier.

---

<sup>3</sup> Article R4312-11 du code de déontologie infirmier, Ordre National des Infirmiers novembre 2016, Consulté le 21 mai 2018, Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

### 3. Questionnement

Valeurs personnelles champ disciplinaire 5 : Intégration des savoirs et postures professionnelles infirmières

- Comment la situation personnelle du soignant intervient-elle dans la prise en charge de patient auteur d'acte criminel ?
- Comment les soignants arrivent à dépasser leurs valeurs personnelles pour prendre en charge un patient auteur d'acte criminel ?

Emotions Champ disciplinaire 4 : Sciences et techniques infirmières, intervention

- Comment le soignant peut-il soigner sans garder de remords ?
- Comment le soignant garde-t-il ses émotions lors de la prise en charge de patients auteurs d'actes criminels ?

Valeurs professionnelles champ disciplinaire 5 : Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière

- Comment le jugement porté sur un patient modifie-t-il sa prise en charge ?
- A quel moment de la prise en charge le soignant pourrait devenir maltraitant à l'égard d'un patient auteur d'actes criminels ?
- Comment l'infirmier peut-il être dans le jugement face à un patient auteur d'actes criminels ?

Mécanisme de défense Champ disciplinaire 4 : Sciences et techniques infirmières, intervention

- Quand le soignant peut-il admettre qu'il n'arrive pas à prendre en charge le patient et passer la main à un collègue ?
- Comment le soignant adopte-t-il des mécanismes de défense dans la prise en charge de patient auteur d'actes criminels ?

Relation soignant-soigné Champ disciplinaire 4 : Sciences et techniques infirmières, intervention

- Quelle attitude avoir lors des soins face aux patients auteurs d'actes criminels ?
- Comment adopter une posture bienveillante face à un patient auteur d'actes criminels ?

Distance professionnelle Champ disciplinaire 4 : Sciences et techniques infirmières, intervention

- Quelle distance avoir face à un patient auteur d'acte criminel ?
- Quelle attitude mise en place par le soignant, permet de maintenir la relation soignant-soigné ?

#### **4. Légitimation**

Comme rappelé dans ce travail par l'article R4312-11 du code de déontologie infirmier<sup>4</sup>, 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. Ce travail est donc légitime car il s'interroge sur cette question.

#### **5. Généralisation**

Cette situation bien que très précise évoque un problème que peuvent rencontrer tous les professionnels infirmiers dans les différents services. En effet lorsque nous travaillons dans un service dit « classique » nous pouvons prendre en charge des patients qui bousculent nos valeurs.

#### **6. Population cible**

Ma population cible pour ce travail sont les patients ayant commis un acte criminel hospitalisés dans un service de soins généraux qui n'a pas l'habitude de prendre en charge ces patients.

#### **7. Question de départ**

**Les valeurs personnelles de l'infirmier influent-elles sur ses valeurs professionnelles dans la relation soignant-soigné avec un patient ayant commis un acte criminel ?**

---

<sup>4</sup> Article R4312-11 du code de déontologie infirmier, Ordre National des Infirmiers novembre 2016, Consulté le 21 mai 2018, Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

## **8. Champ d'action**

Afin de répondre à ma question de départ j'ai élaboré un guide d'entretiens semi-directif au regard du cadre conceptuel. Ce guide d'entretien est composé de questions ouvertes afin de faciliter l'échange. Chaque question comporte également, des relances afin de recentrer le sujet et d'apporter des informations complémentaires. Ils seront anonymes, réalisés dans un endroit calme et en dehors du temps de travail du professionnel afin d'exclure les interruptions. Pour permettre un meilleur échange et avec l'accord du professionnel, les entretiens seront enregistrés afin de me concentrer sur les réponses ainsi que la communication non verbale. La durée des entretiens varie de 30 à 45 mn.

Afin de traiter les informations recueillies j'établirai une grille d'exploitation au regard du cadre théorique. Elle me permettra de classer les propos enregistrés, par mots clefs afin de les analyser par la suite.

## II. CADRE THÉORIQUE

### 1. Acte criminel

#### 1.1. Définition

Pour commencer je souhaite définir les mots clefs utilisés et qui proviennent de termes juridiques afin d'établir les bases de mon travail et ainsi, permettre à chaque lecteur de comprendre ma vision et la raison pour laquelle j'ai utilisé certains termes plutôt que d'autres.

Selon l'article 111-1 du code pénal : « *Les infractions pénales sont classées, suivant leur gravité, en crimes, délits et contraventions*<sup>5</sup>. »

Le site vie-publique.fr édité par la Direction de l'information légale et administrative définit le crime comme ceci : « *Les crimes constituent la catégorie formée par les infractions les plus graves, qui manifestent une violation extrême des interdits fondamentaux de notre société. Ils sont punis, en fonction de leur gravité, d'une peine de réclusion pouvant aller de 15 ans à la perpétuité. L'homicide, mais encore le viol [...] sont des crimes*<sup>6</sup>. »

Le crime est défini par le petit robert comme une : « *Infraction que les lois punissent d'une peine afflictive ou infamante. [...] Les crimes sont jugés par une cours d'assise [...] Crime contre les particuliers -> assassinat, empoisonnement, meurtre, viol*<sup>7</sup>. »

Sur son site internet personnel, le professeur Jean-Paul Doucet, ancien professeur des facultés de droit et ancien titulaire de la rubrique de droit criminel à la Gazette du Palais définit le terme de criminel en deux catégories :

---

<sup>5</sup> Article 111-1 du code pénal relatif aux classifications des infractions pénales

Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417175&dateTexte=&categorieLien=cid>

<sup>6</sup> *Quels sont les différents types d'infractions pénales ?* Direction de l'information légale et administrative, août 2012

Disponible à l'adresse suivante :

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/fonctionnement/justice-penale/quels-sont-differents-types-infractions-penales.html>

<sup>7</sup> *Définition de crime*, le petit robert, dictionnaire de la langue Française Paris : Le Robert, juin 2000, page 573, 2842 pages

« - Dans la langue usuelle, un criminel est un individu ayant commis une infraction qui a troublé de manière grave l'ordre social.

- Dans la langue juridique, un criminel est un individu qui a fait l'objet d'une condamnation définitive pour avoir commis un fait sanctionné par la loi d'une peine criminelle<sup>8</sup>. »

L'utilisation du terme : « ayant commis un acte criminel » lors de ma question de départ est volontaire et justifié par la situation vécue en stage. En effet, le patient pris en charge étant reconnu non responsable de ses actes, il a bénéficié lors de son procès d'un non-lieu. Il n'est donc pas coupable en terme juridique et ne peut donc pas être désigné comme criminel conformément à la définition citée précédemment. Cependant pour la suite de ce travail je vais élargir afin de traiter du patient qui a commis un acte criminel en général sans prendre en compte les circonstances psychiatriques du patient.

## **1.2. Le soin, un droit en toutes circonstances**

L'article 11 du préambule de la constitution du 27 octobre 1946, rend la Nation garante de la protection de la santé de chacun<sup>9</sup>. Selon Adeline HAZAN : « Dans ses lieux de privation de libertés, ce droit ne doit pas disparaître ou être diminué. Tout doit être mis en place afin de garantir ce droit tout en le conciliant avec la sécurité que cela impose<sup>10</sup>. »

Selon l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : « La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Définition d'un criminel, dictionnaire de droit criminel, Jean-Paul Doucet, mars 2018  
Disponible à l'adresse suivante : [http://www.ledroitcriminel.fr/dictionnaire/lettre\\_c/lettre\\_c\\_crimi.htm](http://www.ledroitcriminel.fr/dictionnaire/lettre_c/lettre_c_crimi.htm)

<sup>9</sup> Préambule de la constitution du 27 octobre 1946, Conseil constitutionnel  
Disponible à l'adresse suivante :  
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>

<sup>10</sup> HAZAN, Adeline ; PERRIER, Jean-Baptiste (sous la dir.). Soins et privation de liberté  
Clermont : Centre Michel de l'hôpital, décembre 2015, 192 pages

<sup>11</sup> Article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009  
Disponible à l'adresse suivante :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D36DD9CE2A3044E8A0D4016F240D1280.tplgfr27s\\_1?idArticle=JORFARTI000021312291&cidTexte=JORFTEXT000021312171&dateTexte=20091125&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D36DD9CE2A3044E8A0D4016F240D1280.tplgfr27s_1?idArticle=JORFARTI000021312291&cidTexte=JORFTEXT000021312171&dateTexte=20091125&categorieLien=id)

### **1.3. Soigner tout le monde**

Nous avons vu, dans la situation optimale professionnelle l'article R. 4312-11 du code de déontologie : « *L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient*<sup>12</sup>. »

Dans un reportage audio diffusé sur son site internet, Arte radio a donné la parole à un infirmier qui exerce en milieu carcéral, son témoignage est anonyme, il nous parle de sa vision du soin<sup>13</sup> : « *Dans l'idée générale le soin il est pour les riches et les pauvres. Moi ce que je fais c'est que le soin il est pour les méchants et les gentils, c'est à dire qu'on soigne tout le monde. [...] C'est sûr qu'en rentrant chez soi on se pose des questions, je pense que c'est normal de se demander si c'est logique et bon de soigner des gens qui ont fait le mal. [...] Pour moi c'est pas envisageable de ne pas m'occuper d'un patient parce qu'il ne me plait pas.* »

« *Quand j'étais amené à m'occuper de patients qui pouvaient être en lien avec le terrorisme j'avais un blocage total mais finalement quand je m'occupais de ces patients j'avais une certaine satisfaction à le faire, c'est la meilleure réponse au terrorisme pour moi c'est d'être terriblement bienveillant face à quelqu'un qui nous voulait terriblement du mal et que c'est la meilleur arme qu'on peut avoir contre eux. [...] C'est une difficulté qui est réellement dure à entendre mais des gens qui ont fait des crimes et qui ont fait du mal peuvent être parfaitement intéressants, drôles, charismatiques, beaux. Il y a vraiment du bon à prendre chez tout le monde. J'ai rarement vu un patient ou il y avait que du mauvais.* »

### **1.4. Accepter de ne pas tout savoir**

Le secret du motif d'incarcération est défini par l'article 42 de la loi du 24 novembre 2009 à savoir : « *Toute personne détenue a droit à la confidentialité de ses documents personnels. Ces documents peuvent être confiés au greffe de l'établissement qui les met à la disposition de la personne concernée. Les documents mentionnant le motif d'écrou de la personne détenue sont, dès son arrivée,*

---

<sup>12</sup> Article R4312-11 du code de déontologie infirmier, Ordre National des Infirmiers relatif à la non discrimination, novembre 2016, Consulté le 21 mai 2018, Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

<sup>13</sup> Réparer les méchants. Mélanie van Kempen [podcast] Arte radio, 26-27 janvier 2017  
Disponible à l'adresse suivante : [https://www.arteradio.com/son/61658289/reparer\\_les\\_mechants](https://www.arteradio.com/son/61658289/reparer_les_mechants)

*obligatoirement confiés au greffe<sup>14</sup>. »*

Dans un dossier du Haut Comité de la Santé Publique coordonné par Geneviève Guérin, secrétaire général adjointe : « [...] *l'indépendance de la démarche sanitaire a permis l'instauration de droits dont la jouissance était jusqu'alors refusée aux personnes détenues, aux premiers rangs desquels le libre accès aux soins, la non-discrimination en raison du motif d'incarcération et le respect du secret médical.* »

Le témoignage de l'infirmier réalisé par Arte confirme cette interdiction. Cependant il évoque la fuite des informations par le patient ou le personnel pénitentiaire : « *J'ai pas à connaître le crime du patient de par mon statut de soignant. Malgré ça, le problème c'est qu'on est souvent amené à connaître la raison de l'incarcération, parce que ça peut être une personne un peu médiatique ou parce que le patient lui-même va se confier sur son crime ou par mégarde de nos collègues on va parler puis la rumeur va se répandre que untel a fait ça et on finit toujours par le savoir.* » « *On a toujours une espèce de perversité, peut-être un peu malsaine mais quand même humaine à vouloir savoir pourquoi le patient est en prison, on ne peut pas s'empêcher, on observe les différents profils, on se pose pleins de questions et on finit par savoir. Mais au fur et à mesure, on va naturellement oublier petit à petit que ce sont des détenus avant d'être des patients et l'on va les prendre en charge de manière totalement objective.* »

Après ce rappel législatif, nous allons nous intéresser aux valeurs de l'infirmier.

---

<sup>14</sup> Article 42 de la loi pénitentiaire de novembre 2009 relative à la confidentialité des documents personnels

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s\\_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20180521](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20180521)

## 2. Valeurs personnelles

### 2.1. Définition de valeurs

L'étymologie du mot valeur vient de "valere" qui signifie "être fort" en latin. Le Larousse donne plusieurs définitions à la valeur. J'ai sélectionné cette définition qui me semble la plus proche du sujet : « *Ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre*<sup>15</sup>. »

Selon Lise Michaux: « *Cultures et valeurs n'ont jamais été aussi présentes dans les discours des soignants. [...] il paraît actuellement indispensable d'indiquer qu'à titre individuel ou collectif on vise à respecter les valeurs et les volontés des patients, ou encore à tenir compte d'éventuelles différences culturelles*<sup>16</sup>. »

### 2.2. Valeurs personnelles

Selon Lise Michaux : « *Les notions de culture et de valeurs sont au fondement de la réunion de personnes au sein de groupes, qu'il s'agisse de groupes sociaux, professionnels ou autre, les membres partageant des points communs, des vues communes. Ces notions permettent aussi à des personnes de se positionner dans telle ou telle frange plus ou moins formelle d'une population car elles peuvent se projeter et se reconnaître dans les spécificités affichées, sentir qu'elles ont une fibre commune*<sup>17</sup>. »

Selon D. Moreau : « *La valeur est ainsi un repère éthique : elle permet d'orienter les choix à faire et les décisions à prendre dans un contexte donné*<sup>18</sup>. »

Les valeurs personnelles sont également responsables des émotions du soignant.

---

<sup>15</sup> *Définition de valeur*. Dictionnaire Larousse  
Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valeur/80972>

<sup>16</sup> MICHAUX, Lise. *Culture et valeurs dans l'univers du soin*  
Paris : Seli Arslan, 2015, Page 9, 172 pages.

<sup>17</sup> MICHAUX, Lise. *Culture et valeurs dans l'univers du soin*  
Paris : Seli Arslan, 2015, Page 9, 172 pages.

<sup>18</sup> MOREAU, D. *Soigner : une éthique en acte. Savoirs et Soins infirmiers*  
2009 60-160-U-10, page 8.

### 3. Émotions

#### 3.1. Définition :

Le Larousse définit l'émotion comme une « *Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement*<sup>19</sup>. » Selon Eckman<sup>20</sup>, on distingue 6 émotions primaires en psychologie à savoir : La joie, la surprise, la tristesse, la colère, le dégoût et la peur. Ces émotions sont dites primaires car elles peuvent être ressenties et/ou exprimées indépendamment de notre culture et de notre environnement. Elles se différencient des émotions dites mixtes comme la honte, la culpabilité, la jalousie, le mépris, la pitié, la tendresse car elles nécessitent une élaboration cognitive.

#### 3.2. Les émotions du soignant

Qu'est-ce qui différencie deux soignants qui ont le même parcours, la même formation et qui travaillent dans le même service ? Je me suis plusieurs fois posé cette question lors de mes stages et comme expliqué dans l'introduction de ce mémoire elle a été un fil rouge lors de mes années de formations. Dans l'introduction de son livre *le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Catherine Mercadier<sup>21</sup> dit : « *D'un simple coup d'œil, l'infirmière évalue l'état de gravité d'un patient qui, simultanément, va lui inspirer de la sympathie ou au contraire de l'aversion. Sentiments et connaissances sont donc indissociables lorsque l'objet de nos perceptions est humain*<sup>22</sup>. » L'émotion du soignant est donc une variable qui s'ajuste selon différents aspects et c'est notamment ce qui est décrit dans la définition de l'émotion par Paul Eckman dans le paragraphe précédent. Mais alors comment le soignant doit-il faire face à ces émotions ?

---

<sup>19</sup> *Définition de l'émotion*. Dictionnaire Larousse

Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

<sup>20</sup> Paul Ekman, psychologue Américain et professeur de psychologie à l'université des sciences médicales en Californie. Il fut l'un des pionniers dans l'étude des émotions dans leurs relations aux expressions faciales.

<sup>21</sup> Catherine Mercadier, infirmière et sociologue, a été formatrice en soins infirmier et directrice d'IFSI-IFAS. Elle est conseillère pédagogique régionale (ARS Midi-Pyrénées)

<sup>22</sup> MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2<sup>ème</sup> édition  
Paris : Seli Arslan, Août 2017, Page 21, 296 pages

### 3.3. Mécanismes de défenses du soignant

Selon Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis auteurs du livre “*vocabulaire de la psychanalyse*”, le mécanisme de défense est “*l’ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l’intégrité et la constance de l’individu biopsychologique*”<sup>23</sup>.

Les mécanismes de défense qui vont être mis en place par l’infirmier sont la majorité du temps des réactions involontaires et non contrôlées. Elles peuvent toutefois être mal interprétées par le patient et ainsi dégrader la relation soignant-soigné qui s’établit.

Martine Ruszniewski, psychologue à l’institut Curie de Paris a identifié neuf mécanismes de défenses spécifiques aux soignants :

Le mensonge : Il consiste à mentir au patient afin d’éviter une situation que le soignant n’a pas prévu. Ce mécanisme de défense brise la relation de confiance quand il est révélé.

La banalisation : Le soignant évite les plaintes du patient en installant une distance entre eux. Il se concentre sur ce qu’il peut traiter comme la douleur par exemple.

L’esquive : Le soignant évite les questions du patient en ne répondant pas précisément à ses interrogations. Il est en décalage avec la question posée.

La fausse réassurance : Le soignant entretient l’espoir du patient en esquivant la gravité d’une situation. Il gagne du temps dans l’annonce d’un diagnostic par exemple.

La rationalisation : En utilisant des termes médicaux qu’il ne maîtrise pas, le soignant place une distance entre lui et le patient.

L’évitement : L’infirmier nie la présence physique et ne parle du patient que comme une maladie ou un numéro de chambre. Lorsque le patient demande quelque chose il ignore sa demande et continue son chemin.

La dérision : L’infirmier utilise l’humour afin de relativiser la souffrance d’un patient et repousser une discussion plus sérieuse.

---

<sup>23</sup> LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, Jean-Bernard. *Vocabulaire de la psychanalyse*  
Paris : Presses universitaires de France, 2007, 523 pages

La fuite en avant : Afin de se libérer de ce qu'il sait sur le patient, le soignant va tout lui annoncer d'un coup sans ménagement. Il s'établit à la suite d'une angoisse intense qui provoque une sidération chez le soignant.

L'identification projective : Le soignant prend en charge le patient comme s'il se prenait en charge lui-même. Il attribue sa propre personnalité au patient.

Il est très important pour l'infirmier d'être conscient que ces mécanismes de défense existent et qu'il peut être amené à y avoir recours à un moment. C'est cette étape de conscientisation qui permet à l'infirmier de prévenir ce comportement afin de trouver les ressources nécessaires en temps voulu pour y faire face.

Après avoir traité des valeurs personnelles puis des émotions nous allons aborder une autre partie de ce mémoire, les valeurs professionnelles.

## **4. Valeurs professionnelles**

### **4.1. Les valeurs professionnelles de l'infirmier**

Dans cette première partie je ne vais pas revenir sur la définition de la valeur que j'ai défini précédemment mais bien sur les valeurs professionnelles de la profession d'infirmier.

Le code de déontologie édité par l'Ordre National des Infirmiers dit que : *« L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches<sup>24</sup>. »* Le code de déontologie continue par l'article R4312-4 en lien avec le respect des principes fondamentaux : *« L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.<sup>25</sup> »*

Ces valeurs sont une partie de celles qui régissent notre profession mais elles ne sont pas les seules et chaque soignant doit développer ses propres valeurs professionnelles en plus de celles définies dans le code de déontologie.

---

<sup>24</sup> Article R4312-3 du Code de déontologie infirmier relatif au devoir d'humanité

Ordre National des Infirmier, novembre 2016

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

<sup>25</sup> Article R4312-4 du code de déontologie infirmier relatif au respect des principes fondamentaux, Ordre National des Infirmier, novembre 2016

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

## 4.2. L'apprentissage des valeurs professionnelles

Selon Lise Michaux « *Tout au long de sa vie, une personne incorpore les normes, les valeurs, les codes, la culture du groupe social dans lequel elle évolue ; c'est la socialisation [...] Dans le cadre particulier d'une formation professionnelle initiale, l'étudiant est amené à incorporer, intérioriser les normes et les valeurs spécifiques du groupe dans lequel il aspire à s'intégrer : c'est la socialisation professionnelle.* »

Selon Everett Hughes<sup>26</sup>, il existe deux phases à la socialisation professionnelle :

- La phase d'initiation à la culture professionnelle
- La conversion à une nouvelle conception de soi et du monde, à une nouvelle identité

Afin d'intégrer sa nouvelle culture professionnelle, il identifie trois mécanismes spécifiques qui permettront d'acquérir sa nouvelle identité professionnelle :

- Le « passage à travers le miroir » c'est le moment de l'immersion dans la culture professionnelle ;
- L'installation dans la dualité entre le modèle idéal de la profession et le modèle pratique ;
- L'ajustement de la conception de soi, aboutissement de la phase de conversion et solution de la dualité entre les deux modèles.

Alors que nous avons vu les valeurs personnelles et professionnelles, celles-ci peuvent parfois, entrer en conflit dans l'exercice de notre métier.

## 5. Conflit de valeurs

Selon le rapport Gollac<sup>27</sup> datant de 2011 : « *Le travail occupe une place importante dans la façon dont les gens donnent un sens à leur existence* » Il continue en affirmant que lorsque le travail ne permet plus de construire ce sens, l'employé peut

---

<sup>26</sup> EVERETT, Hughes cité par MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2<sup>em</sup> édition

Paris : Seli Arslan, Août 2017, PP 181-182, 296 pages

<sup>27</sup> ASKENAZY, Philippe ; BAUDELOT Christian. et al. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, mai 2010, page 157, 223 pages

Disponible à l'adresse suivante :

[http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)

« se sentir écœuré parce qu'on bâcle le travail ou terrassé par la honte d'avoir accepté de nuire à autrui »

Selon Lise Michaux<sup>28</sup> : « Les valeurs professionnelles ne viennent pas remplacer les valeurs personnelles ; elles peuvent s'y surajouter, prendre plus ou moins d'importance... et peuvent éventuellement mener à des conflits ou tensions internes. » Elle continue dans son ouvrage en affirmant que si les valeurs semblent personnelles, elles sont le fruit de l'influence parentale, du milieu socioculturel d'origine, de l'éducation reçue et du réseau relationnel, ce qui provoque parfois un conflit lorsque l'on ne partage pas le même parcours.

### 5.1. Le refus de soins

Selon l'article R. 4312-12 du code de déontologie infirmier : « Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle [...].<sup>29</sup> » Cet article donne à l'infirmier la possibilité de passer la main à un autre collègue à condition de s'assurer que la continuité des soins est correctement respectée.

Selon Lise Michaux<sup>30</sup> : « Un retrait au nom de ses valeurs ne sera pas toujours directement formulé par les professionnels, mais cela devrait pouvoir être verbalisé » Elle continue en écrivant « Une dérive consistant cependant pour certains à se réfugier dans la technique justement pour ne pas avoir à échanger avec cette personne sur laquelle un jugement de valeur est porté au nom de convictions personnelles<sup>31</sup>. »

---

<sup>28</sup> MICHAUX, Lise. *Culture et valeurs dans l'univers du soin*  
Paris : Seli Arslan, 2015, page 74, 172 pages.

<sup>29</sup> Article R4312-12 du code de déontologie infirmier relatif à la continuité des soins  
Ordre National des Infirmier, novembre 2016  
Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

<sup>30</sup> MICHAUX, Lise. *Culture et valeurs dans l'univers du soin*  
Paris : Seli Arslan, 2015, page 74, 172 pages.

<sup>31</sup> MICHAUX, Lise. *Culture et valeurs dans l'univers du soin*  
Paris : Seli Arslan, 2015, page 76, 172 pages.

## 6. Relation soignant-soigné

### 6.1. Définition de la relation

Selon Alexandre Manoukian<sup>32</sup> la relation est « *la rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires*<sup>33</sup> », il complète sa définition en définissant des facteurs qui interviennent dans la relation : « *les facteurs psychologiques [...] Les facteurs sociaux [...] Les facteurs physiques*<sup>34</sup> ». Cela donne une variabilité à la relation selon ces différents facteurs. En effet s'ils sont différents d'une personne à une autre, il existe donc autant de relation qu'il existe d'individus.

Claude Curchod<sup>35</sup> estime lui : « *Il n'y a pas de soins sans l'établissement de relation entre les humains, dont certains demandent à être soignés, alors que d'autres ont la mission de répondre aux besoins de santé de la population.*<sup>36</sup> »

### 6.2. Un soignant + un patient

La relation soignant-soigné est la relation qui s'établit entre le professionnel de santé et le patient qu'il prend en charge. Cette relation se met en place avant même que les deux parties n'aient commencé à discuter. Ainsi comme l'explique Alexandre Manoukian : « *[...] Nous échangeons des informations en permanence. Celles-ci utilisent différents supports tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes mais aussi ce qu'on appelle les "accessoires" [...] la tenue vestimentaire (uniforme, vêtements civil ou chemise d'hôpital) et les attributs d'une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre, mais aussi bassin, urinoir, etc.)*<sup>37</sup> »

Ces différentes informations sont analysées très rapidement par le patient et/ou le soignant afin d'obtenir des renseignements sur son interlocuteur.

---

<sup>32</sup> MANOUKIAN, Alexandre, titulaire d'un DESS de psychologie clinique, ancien enseignant en institut de soins infirmiers, est psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier.

<sup>33</sup> MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant soigné* 3em édition Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, page 9, 223 pages

<sup>34</sup> MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant soigné* 3em édition Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, page 9, 223 pages.

<sup>35</sup> Claude Curchod, infirmier, enseignant et consultant, travaille au CHU vaudois à Lausanne dans le service de formation continue de la Direction des soins.

<sup>36</sup> CURCHOD, Claude. *Relation soignants-soignés Prévenir et dépasser les conflits* Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, 2009, page 13, 224 pages.

<sup>37</sup> MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant soigné* 3em édition Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, page 8, 223 pages

A ces renseignements vont se rajouter les expressions du visage, les cris etc. Toutes ces formes de communication non verbales font déjà partie de la relation soignant-soigné.

### **6.3. Impact du conflit dans la relation soignant-soigné**

Selon Claude Curchod : « *Un des mécanismes qui conduit à des difficultés relationnelles entre personnes soignées et personnes soignants, [...] repose sur la présence de jugement de valeur. [...] Ces étiquettes sont parfois à l'origine de relations d'emblée tendues. [...] C'est le cas lorsque des soignants affichent des stéréotypes envers certains malades qu'ils ont connu précédemment ou envers certains groupes. [...] Origines ou conséquences, ces jugements et les étiquetages qui les accompagnent sont porteurs de stigmates. Ils peuvent être annonceurs de discrimination et d'exclusion tant des patients que de leurs famille.*<sup>38</sup> »

### **6.4. Juste distance professionnelle**

Selon Pascal Prayez : « la juste distance est la capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places »

Selon Laurent Morasz « La bonne distance n'est pas une distance fixe à trouver, mais un objectif « théorique » à avoir en tête, pour nous rapprocher du patient quand nos « réactions » humaines tendent à nous en éloigner, et à nous en distancier quand ces mêmes « réactions » nous en rapprochent trop au risque de la confusion<sup>39</sup>. »

---

<sup>38</sup> CURCHOD, Claude. *Relation soignants-soignés Prévenir et dépasser les conflits*  
Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, 2009, page 31, 224 pages

<sup>39</sup> MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie* 2ème édition  
France : Elsevier Masson, 2012, page 187, 336 pages

### **III. ANALYSE**

#### **Présentation des différents infirmiers interrogés**

Pour ce travail d'analyse j'ai souhaité interroger quatre infirmiers travaillant dans des services de soins généraux afin de leur soumettre mon guide d'entretien.

La première chose que l'on remarque dans la présentation de chacun c'est l'année d'obtention du Diplôme d'État. En effet l'infirmière ayant le plus d'expérience est la N°1 dont l'obtention date de l'été 2015. Les deux infirmiers diplômés depuis le moins longtemps sont les infirmiers N°2 et N°3 diplômés en juillet 2017.

Les infirmières N°1 et N°4 ont un profil semblable. Elles ont 23 et 25 ans et sont diplômées à un an d'écart. De plus elles travaillent toutes les deux dans un service de réanimation dans lequel elles ont passé la majeure partie du temps depuis l'obtention du diplôme d'état.

De l'autre côté les infirmiers N°2 et N°3 n'ont pas le même parcours. L'infirmier N°2 exerce en secteur d'intérim et est donc amené à changer régulièrement de service ce que l'infirmière N°3 ne fait pas car elle travaille en chirurgie urologique depuis l'obtention de son diplôme.

#### **La prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel**

Les quatre infirmiers qui ont été interrogés ont tous déclaré avoir pris en charge un ou plusieurs patients qui ont commis un acte criminel. Les infirmiers N°1 et N°2 en ont pris en charge plusieurs alors que les N°3 et N°4 n'ont pris en charge qu'un seul patient qui a commis un acte criminel.

Le premier point commun à ce sujet qui m'a marqué pour les quatre entretiens que j'ai effectué est la connaissance très rapide des motifs d'incarcération du patient. En effet alors que les IDE N°1 et N°4 m'ont spontanément parlé de l'interdiction pour le personnel soignant de connaître le motif d'incarcération conformément à l'article 42

de la loi du 24 novembre 2009<sup>40</sup>. Les quatre infirmiers disent avoir appris rapidement le motif par différentes méthodes. Les infirmières N°1 et N°4 ont fait des recherches sur internet pour obtenir plus de renseignements alors que les infirmiers N°2 et N°3 ont eu l'information par le personnel policier ou par le patient lui-même.

### **1<sup>er</sup> thème : Valeurs personnelles :**

Pour l'ensemble des quatre infirmiers interrogés, les valeurs personnelles sont une caractéristique de leur personnalité, de ce qu'ils sont et comment ils se comportent dans la vie de tous les jours. Dès la définition des valeurs personnelles, l'infirmier N°2 met en opposition ses valeurs personnelles avec ses valeurs professionnelles : « *Pour moi les valeurs personnelles c'est la personne qu'on est dans la vie de tous les jours. C'est en opposition avec les valeurs professionnelles.* » Cette opposition dès le début est intéressante car elle permet de montrer que l'infirmier N°2 apporte une importance à différencier ses valeurs personnelles et professionnelles. À ce moment il est le seul à faire un lien entre valeurs personnelles et professionnelles.

À la question quelles sont vos principales valeurs personnelles ? Seules les infirmières N°3 et N°4 ont en commun d'avoir abordé le respect en première valeur alors que toutes les autres valeurs ne sont citées qu'une seule fois.

Comme vu précédemment dans le cadre théorique, selon Lise Michaux : « *Les notions de culture et de valeurs sont au fondement de la réunion de personnes au sein de groupes, qu'il s'agisse de groupes sociaux, professionnels ou autre, les membres partageant des points communs, des vues communes. Ces notions permettent aussi à des personnes de se positionner dans telle ou telle frange plus ou moins formelle d'une population car elles peuvent se projeter et se reconnaître dans les spécificités affichées, sentir qu'elles ont une fibre commune.* » Cette affirmation est partagée par l'infirmière N°1 qui évoque à propos des valeurs personnelles : « *C'est aussi en fonction des valeurs personnelles de chacun que tu accroches ou pas avec les gens.* »

Bien que les autres infirmiers ne parlent pas de leurs valeurs personnelles comme de quelque chose qui rassemble, ils admettent, en revanche facilement que

---

<sup>40</sup> Article 42 de la loi pénitentiaire de novembre 2009

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do.jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s\\_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20180521](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do.jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20180521)

les valeurs personnelles occupent une place essentielle dans l'exercice de leur métier à l'image de l'infirmière N°3 qui dit : « *Si on devait mettre un pourcentage ce serait de l'ordre de 100% c'est-à-dire que l'empathie à laquelle j'attache une importance, le respect et la sympathie elle est clairement visible quand je travaille.* » L'infirmier N°2 a également une vision forte de ses valeurs personnelles dans son métier car pour lui ce sont ces valeurs qui l'ont guidé vers le métier d'infirmier : « *[...] je m'y retrouvai notamment dans ce côté aide à l'autre, le côté on est tous des êtres humains donc on doit s'entraider [...]* »

## **2<sup>ème</sup> thème : La prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel**

Prendre en charge tous les patients sans jugement est rappelé dans l'article R431211 du code de déontologie infirmier<sup>41</sup>. L'infirmière N°1 a déjà une expérience de contact avec des personnes incarcérées car son père travaillait comme gardien de prison dans la seule prison ouverte d'Europe en Corse. Elle a eu l'occasion lors de ses vacances de côtoyer à ce moment des détenus. Pour elle, la prise en charge semble plus facile. Elle dit d'ailleurs ne pas porter d'aprioris sur cette population. Pour les trois autres infirmiers, bien qu'ils partagent cette volonté de prendre en charge ces patients de la même façon que les autres, ils admettent une potentielle différence de prise en charge. Pour l'IDE N°3, la différence faite est inconsciente et elle ajoute : « *[...] sur cet exemple là, je pense que j'ai moins raconté de blagues, j'ai moins été vers le contact physique avec lui.* » L'infirmier N°2 parle de son image de l'univers carcéral avec des « *tueurs bodybuildé* », en revanche il nuance son propos juste après en affirmant que « *c'est des gens comme tout le monde* ». L'infirmière N°4 commence par dire : « *Je pense que on n'est pas là pour juger* » et continue plus loin : « *[...] je pense que c'est pas pareil de prendre en charge un patient qui a pu commettre des viols, des meurtres tout ça et un patient qui entre guillemet a fait un cambriolage* »

Quand je parle de prendre en charge un patient qui a commis un acte criminel, les infirmiers me répondent ne pas vouloir juger le patient, ils se placent derrière leur position de soignant pour justifier cela. L'infirmière N°4 nuance tout de même son

---

<sup>41</sup> Article R4312-11 du code de déontologie infirmier, Ordre National des Infirmiers novembre 2016, Consulté le 21 mai 2018, Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

propos en admettant l'erreur d'avoir pris en charge le patient « *comme un patient lambda* ». Elle évoque le moment où la situation a évolué. Prise d'un « *excès de confiance* » car la prise en charge se déroulait bien depuis plusieurs jours : « *Lui a complètement changé de comportement au bout de son troisième jour et du coup arrivé au quatrième jour où il me connaissait, il s'est permis des remarques voire des menaces envers moi, qui fait que la prise en charge a été très compliquée.* »

Plusieurs infirmiers m'ont répondu ne pas faire de distinction entre la prise en charge d'un patient libre et d'un patient qui a commis un acte criminel. En revanche plusieurs m'ont affirmé avoir constaté ce comportement chez certains de leurs collègues.

### **3<sup>ème</sup> thème : Les émotions du soignant**

Dans sa réponse, l'infirmière N°4 commence par citer les différentes émotions auxquelles elle pense : « *la peur, la tristesse, l'angoisse, la joie.* » Parmi les émotions qu'elle cite, trois sont des émotions plutôt négatives et une, la dernière, est une émotion positive. Trois des émotions citées par l'infirmière N°4 sont des émotions primaires définies par Paul Eckman<sup>42</sup>. Il définit les émotions primaires comme pouvant être ressenties indépendamment de notre culture et de notre environnement.

Cette vision plutôt négative est abordée par les infirmiers N°1 et N°2. Ils évoquent la possibilité que l'émotion « *entrave ta prise en charge* » ou encore qu'elle est « *à la fois un outil et à la fois un danger.* » Cela fait référence aux propos de Catherine Mercadier : « *D'un simple coup d'œil, l'infirmière évalue l'état de gravité d'un patient qui, simultanément, va lui inspirer de la sympathie ou au contraire de l'aversion.* »

Les infirmières N°1, N°3 et N°4 disent apporter une grande importance aux valeurs personnelles dans leur exercice professionnel. A contrario l'infirmier N°2, dit donner une place assez faible. Il voit l'infirmier comme un « *professionnel et pas une simple nonne qui s'occupe des gens* » il confirme sa pensée en affirmant : « *On est censé rationaliser le soin et pas l'émotionnaliser* »

---

<sup>42</sup> Paul Eckman, psychologue Américain et professeur de psychologie à l'université des sciences médicales en Californie. Il fut l'un des pionniers dans l'étude des émotions dans leurs relations aux expressions faciales.

#### **4<sup>ème</sup> thème : Les mécanismes de défense du soignant :**

Selon Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, le mécanisme de défense est : « *l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique.* » Le caractère de danger est partagé par les quatre infirmiers, en effet tous ont abordé lors de notre entretien cette notion. Pour l'infirmière N°3 par exemple : « *[...] c'est ce que l'on met en œuvre, encore une fois, consciemment ou inconsciemment pour se protéger [...]* » L'IDE N°4 évoque la même idée : « *Ce sont des attitudes qu'on adopte pour se défendre de choses qui peuvent nous attaquer nous personnellement et donc des réactions que l'on n'aurait pas en temps normal [...]* »

La place des mécanismes de défense chez les soignants et donc les infirmiers a été étudiée par Martine Ruszniewski. Elle en a identifié neuf. Ces mécanismes de défense sont connus des infirmiers interrogés. Parmi les quatre entretiens effectués seule l'infirmière N°3 dit ne pas avoir l'impression d'en avoir mis en œuvre. Les trois autres interrogés disent faire attention aux mécanismes de défense allant jusqu'à faire spécialement attention pour l'infirmière N°1 car elle sait que les patients détenus ont accès plus facilement à la justice et peuvent porter plainte.

Lors des quatre entretiens effectués, aucun infirmier n'a répondu à ma question à propos de se soustraire d'une situation par le mécanisme de défense. Il est très intéressant d'observer qu'ils n'ont pas esquivé la prise en charge d'un patient qui a commis un acte criminel par ce mécanisme. En revanche l'IDE N°4 évoque avoir passé la main lorsqu'elle ne se sentait plus apte à poursuivre correctement cette prise en charge.

#### **5<sup>ème</sup> thème : Les valeurs professionnelles**

Lorsque j'aborde les valeurs professionnelles avec les infirmiers interrogés, certains ne comprennent pas la différence entre les deux. C'est le cas pour l'infirmière N°4 qui dit : « *[...] ça revient un peu à la question sur les valeurs personnelles [...]* » ou encore l'IDE N°3 qui dit : « *J'ai du mal à faire la distinction entre mes valeurs personnelles et professionnelles [...]* ».

Pour l'infirmier N°2 les valeurs professionnelles sont « *en théorie communes à toute la profession* ». La valeur de respect qui était citée deux fois à propos des valeurs personnelles est citée une nouvelle fois par l'infirmier N°2 pour qui, le respect des choix des patients est une valeur importante dans sa pratique professionnelle.

Pour les infirmières N°1, N°3 et N°4 leurs valeurs professionnelles étaient déjà présentes avant d'entrer en formation. Cette réponse n'est toutefois pas surprenante car elles avaient déjà dit précédemment que leurs valeurs professionnelles étaient complètement liées aux valeurs personnelles. Cependant elles admettent la place de la formation dans la consolidation de ces valeurs. Pour l'infirmier N°2, ce sont les stages qui ont favorisé l'émergence de valeurs professionnelles. Selon lui « *j'ai été plus formé pendant mes stages qu'à l'IFSI parce que c'était beaucoup de blablas.* » Cette vision du développement des valeurs pendant le stage est partagée par l'infirmière N°1 qui dit « *c'est aussi les stages qui t'aident à les façonner. Ça dépend aussi sur quels soignants tu tombes [...] si tu n'as pas un personnel qui est là pour t'aider et qui a ces valeurs aussi tu ne peux pas les acquérir.* » L'IDE N°1 par cette dernière phrase évoque l'importance du personnel infirmier qui encadre les étudiants. Pour elle, les valeurs professionnelles sont donc transmises en stage.

### **6<sup>ème</sup> thème : Concilier valeurs personnelles et professionnelles**

Lors des entretiens, les quatre IDE m'ont affirmé ne pas faire de distinction entre les valeurs personnelles et les valeurs professionnelles à l'image de l'infirmier N°2 qui me répond : « *... même, je vais confondre les valeurs personnelles et professionnelles car il y en a, je ne sais pas si je les considère comme personnelles ou professionnelles.* » Ces réponses données précédemment ont bien sûr eu un écho supérieur au moment d'aborder la notion de concilier les deux. Les infirmières N°1 et N°3 ont toutes les deux utilisé l'image du vestiaire comme l'explique l'IDE N°1 : « *Avant on disait aux élèves infirmiers qu'on posait nos émotions et nos problèmes personnels au vestiaire mais je suis désolée ce n'est pas quelque chose qui est possible [...]* » Même réponse pour l'infirmière N°3 qui dit ne pas laisser ses valeurs au vestiaire « *Mes valeurs personnelles m'accompagnent tous les jours, toutes les minutes dans mon travail.* »

Chaque infirmier a répondu pendant l'entretien, qu'il essayait de ne pas faire de différence de traitement entre la prise en charge d'un patient « classique » et d'un patient qui a commis un acte criminel. Cependant cette notion est nuancée par l'infirmière N°4 qui dit : « *Je pense que c'est pas pareil de prendre en charge un patient qui a pu commettre des viols, des meurtres tout ça et un patient qui entre guillemet a fait un cambriolage.* » Cela entre en opposition avec le code de déontologie infirmier qui précise que : « *L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.*<sup>43</sup> »

#### **7-ème thème : Le conflit de valeurs**

Selon Lise Michaux<sup>44</sup> : « *Les valeurs professionnelles ne viennent pas remplacer les valeurs personnelles ; elles peuvent s'y surajouter, prendre plus ou moins d'importance... et peuvent éventuellement mener à des conflits ou tensions internes.* » Ce point de vue est partagé par l'infirmière N°4 qui dit : « *[...] ce que je pense c'est que ma prise en charge pourrait être différente même si je dis que je ne suis pas juge dans le cas où j'apprends que un patient détenu a violé, a tué, tout ça je pense que ça serait compliqué pour moi même si je dis qu'on n'est pas juge.* » Pour l'infirmier N°2, « *Si ses valeurs sont beaucoup trop éloignées des tiennes tu vas avoir un gros décalage et ne vas pas pouvoir entre guillemets comprendre ton patient [...]* » Pour se protéger de ce conflit de valeurs et afin de prendre en charge correctement le patient, l'infirmier N°2 nous dit qu'il se protège en « *restant juste dans le technique c'est bête et méchant et du coup ça demande moins de réflexion, moins d'investissement sentimental.* » L'infirmière N°1 parle du binôme infirmier : l'aide-soignant, comme d'un soutien en cas de difficultés face au patient.

---

<sup>43</sup> Article R4312-11 du code de déontologie infirmier, Ordre National des Infirmiers novembre 2016, Consulté le 21 mai 2018, Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

<sup>44</sup> MICHAUX, Lise. *Culture et valeurs dans l'univers du soin*  
Paris : Seli Arslan, 2015, page 74, 172 pages.

Selon l'article R. 4312-12 du code de déontologie infirmier : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle [...].* » Malgré ce texte législatif seule une infirmière sur les quatre interrogés admet avoir refusé une prise en charge qu'elle estimait contraire à ses valeurs. Pour justifier cela les infirmières N°2 et N°4 parlent du travail en équipe et de l'échange, que cela permet de discuter et de reprendre la prise en charge correctement.

### **8<sup>ème</sup> thème : La relation soignant-soigné**

Lors des entretiens, les quatre infirmiers ont tous donné une importance à la relation soignant-soigné. Pour l'infirmière N°3 la relation soignant-soigné est :

« [...] *la relation entre nous personnel soignant qui pouvons apporter quelque chose à un soigné.* » Pour l'infirmière N°4 : « [...] *je pense que la relation soignant-soigné, elle est forte [...]* »

Selon Claude Curchod : « *Il n'y a pas de soins sans l'établissement de relation entre les humains, dont certains demandent à être soignés, alors que d'autres ont la mission de répondre aux besoins de santé de la population.* » Cette citation reflète ce que dit l'infirmière N°3 quand elle dit : « [...] *la relation entre nous personnel soignant qui pouvons apporter quelque chose à un soigné. Dans mon monde à moi, elle est de qualité.* »

Selon Alexandre Manoukian : « [...] *Nous échangeons des informations en permanence. Celles-ci utilisent différents supports tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes mais aussi ce qu'on appelle les "accessoires" [...] la tenue vestimentaire (uniforme, vêtements civil ou chemise d'hôpital) et les attributs d'une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre, mais aussi bassin, urinoir, etc.)* » Ce que dit Alexandre Manoukian est partagé lors de mes entretiens par les infirmières N°1, N°3 et N°4 comme dans cet extrait « *Elle se met en place à la première seconde où tu rentres dans la chambre du patient.* »

Dans la suite de notre entretien, chaque infirmiers a rappelé qu'ils mettaient tout en œuvre pour prendre en charge les patients ayant commis un acte criminel comme les autres patients qu'ils prennent en charge dans leurs services.

### **9<sup>ème</sup> thème : La juste distance professionnelle**

Pour les infirmiers interrogés, la juste distance professionnelle n'est pas perçue de la même manière. Pour l'infirmière N°3 c'est la clef de notre métier alors que pour l'infirmière N°4 il s'agit uniquement d'un terme très théorique qui n'a pas lieu d'être dans la réalité. Ce que nous remarquons dans les réponses c'est que chaque infirmier adapte la juste distance professionnelle dans son travail. L'infirmière N°4 s'implique beaucoup et admet pleurer parfois à la mort d'un patient alors qu'à l'inverse, l'infirmier N°2 met une plus grande distance entre lui et le patient : « *Les patients ne doivent entre guillemets jamais devenir des amis, une relation c'est une relation professionnelle.* »

Ensuite, la juste distance professionnelle avec un patient qui a commis un acte criminel, tous les infirmiers sont unanimes, ils n'ont pas modifié leur manière d'être avec les patients qui ont commis un acte criminel à l'image de l'infirmier N°2 qui dit : « *[...] j'essaye d'en faire abstraction et de me comporter de la même façon que je me comporterai avec un patient non criminel.* » La réaction est la même pour l'infirmière N°1 qui dit « *Il n'y a pas de différence, moi ça m'est arrivé avec le détenu de parler de tout et de rien après il avait une facilité déconcertante à parler de son acte, ça par contre c'est particulier.* »

Pour finir, l'infirmière N°4 qui raconte avoir subi des insultes et des menaces de la part du patient conclut son entretien de cette façon : « *[...] au début effectivement peut-être que ça a été trop loin, peut être que j'aurais dû plus me méfier. [...] Moi comme je disais, j'y suis allé en me disant, il faut prendre en charge ce patient comme n'importe qui. Au final je ne pense pas que j'aurais dû faire les choses autrement.* »

## IV. SYNTHÈSE

Au cours des quatre entretiens que j'ai effectué avec les infirmiers, j'ai découvert des professionnels qui prennent en charge leurs patients avec beaucoup de sérieux et d'implication. Chaque IDE interrogé m'a parlé de ses valeurs personnelles et professionnelles pour finalement constater que la barrière était très fine entre les deux. Comme ils me l'ont fait remarquer à plusieurs reprises, un infirmier ne dépose pas ses valeurs au vestiaire pour les récupérer quelques heures plus tard.

Ils ont prouvé lors des entretiens qu'ils prennent en charge leurs patients avec leurs valeurs, leur vécu, leurs expériences. Ainsi il n'existe pas une prise en charge infirmière mais il en existe autant qu'il y a d'infirmier.

Prendre en charge un patient qui a commis un acte criminel n'a pas été un choix pour ces infirmiers. Ils travaillent dans des services de soins généraux et sont un jour, par hasard, confrontés à cette prise en charge. Face à un patient qui vous dit avoir tué ou encore un autre qui a séquestré une personne plusieurs heures pour de l'argent, ils ont répondu par une prise en charge bienveillante, avec le sourire et pour certains en oubliant, parfois, la condition particulière du patient qu'ils soignaient.

Au cours des quatre entretiens, les infirmiers interrogés ont eu la même constance dans leurs réponses. Chacun est conscient de prendre en charge un patient qui a fait beaucoup de mal, parfois tué parfois violé. Cependant à aucun moment ils ne se sont laissé envahir par le jugement. Dès le début certains m'ont rappelé d'eux même qu'ils n'étaient pas juge et que ce n'était pas à eux de faire ce travail et que la justice était présente pour cela.

Si chacun des infirmiers interrogés a eu la force de continuer la prise en charge ou de passer la main c'est parce qu'une équipe soignante est comme son nom l'indique UNE ÉQUIPE. Cet élément de réponse est le même que chaque infirmier m'a rappelé sans que jamais je n'oriente les questions vers cette réponse. Soit les collègues sont une ressource pour évacuer des sentiments, parfois trop lourds à porter ou alors ils sont présents pour prendre la suite de la prise en charge quand cela n'est plus possible pour leur collègue. La clef de ma question de départ est là : L'Équipe !

## V. CONCLUSION

Alors que se termine ce mémoire de fin d'études, je repense à ce patient que j'ai croisé en service de psychiatrie et qui a été le déclencheur de toute ma réflexion pendant ce mémoire. Tout le travail de recherche effectué mais aussi d'interrogation auprès d'infirmiers qui ont vécu une situation similaire à celle que j'ai vécue m'a fait comprendre beaucoup de choses sur moi-même et ma capacité à prendre en charge sans juger. Effectivement alors que je conclue une année de travail personnel, de recherches, j'arrive à la conclusion que le comportement que j'ai eu face à ce patient, était similaire aux comportements que j'ai retranscrits lors de mes entretiens. Pendant longtemps cette situation m'a marquée et je me suis souvent demandé si j'avais réussi à le prendre en charge en oubliant ce qu'il avait fait.

Aujourd'hui ce travail de recherche étant terminé, je ne pense pas avoir mis de côté le passé de ce patient mais je pense avoir réussi à le prendre en charge quand même. Ce que m'ont prouvé les infirmiers interrogés, c'est que l'objectif n'est pas d'oublier mais bien de mettre de côté notre jugement personnel comme nous le ferions pour tous les autres patients sans nous poser cette question.

De plus, j'ai réussi à trouver dans les réponses des infirmiers qui m'ont accordé de leur temps pour me répondre, un début de solution. L'équipe soignante est une force dans notre métier. Nous travaillons rarement seul et nous pouvons nous aider mutuellement. C'est la notion que chacun des infirmiers m'a apportée dans leurs réponses. Pouvoir passer la main quand nous arrivons au bout de notre capacité à être bienveillant est une chose très importante.

Tout au long de ce travail, j'ai appris à en connaître un peu plus sur moi. J'ai appris à savoir l'infirmier que je souhaite devenir. Un infirmier qui a des valeurs personnelles et qui acquière des valeurs professionnelles toujours dans l'intérêt du patient.

En lien avec le travail effectué et afin d'ouvrir mon travail sur une question de recherche, je me pose la question : « Comment l'équipe soignante devient-elle un support à l'infirmier pour passer la main en cas de difficulté dans la prise en charge d'un patient criminel ? »

## VI. BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages

Définition de crime, le petit robert, dictionnaire de la langue Française  
Paris : Le Robert, juin 2000, 2842 pages.

HAZAN, Adeline ; PERRIER, Jean-Baptiste (sous la dir.). *Soins et privation de liberté*  
Clermont : Centre Michel de l'hôpital, décembre 2015, 192 pages

MICHAUX, Lise. *Culture et valeurs dans l'univers du soin*  
Paris : Seli Arslan, 2015, 172 pages.

MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2em édition  
Paris : Seli Arslan, Août 2017, 296 pages

LAPLANCHE, Jean ; PONTALIS, Jean-Bernard. *Vocabulaire de la psychanalyse*  
Paris : Presses universitaires de France, 2007, 523 pages

MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant soigné* 3em édition  
Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, 223 pages

CURCHOD, Claude. *Relation soignants-soignés Prévenir et dépasser les conflits*  
Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson, 2009, 224 pages

MORASZ, Laurent ; PERRIN-NIQUET, Annick. Et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie* 2ème édition  
France : Elsevier Masson, 2012, 336 pages

### Article

MOREAU, D. Soigner : une éthique en acte. *Savoirs et Soins infirmiers*  
2009 60-160-U-10, page 8.

### Sitographie

*Article R4312-11 du code de déontologie infirmier relatif à la non discrimination*  
Ordre National des Infirmiers, novembre 2016

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

Consulté le 3 juin 2018

*Article 111-1 du code pénal relatif aux classifications des infractions pénales*

Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417175&dateTexte=&categorieLien=cid>

Consulté le 3 juin 2018

*Article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D36DD9CE2A3044E8A0D4016F240D1280.tplgfr27s\\_1?idArticle=JORFARTI000021312291&cidTexte=JORFTEXT000021312171&dateTexte=20091125&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D36DD9CE2A3044E8A0D4016F240D1280.tplgfr27s_1?idArticle=JORFARTI000021312291&cidTexte=JORFTEXT000021312171&dateTexte=20091125&categorieLien=id)

Consulté le 3 juin 2018

*Quels sont les différents types d'infractions pénales ?*

Direction de l'information légale et administrative, août 2012

Disponible à l'adresse suivante : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/fonctionnement/justice-penale/quels-sont-differents-types-infractions-penales.html>

Consulté le 3 juin 2018

*Définition d'un criminel*, dictionnaire de droit criminel. Jean-Paul Doucet, mars 2018

Disponible à l'adresse suivante :

[http://www.ledroitcriminel.fr/dictionnaire/lettre\\_c/lettre\\_c\\_crimi.htm](http://www.ledroitcriminel.fr/dictionnaire/lettre_c/lettre_c_crimi.htm)

Consulté le 3 juin 2018

*Préambule de la constitution du 27 octobre 1946. Conseil constitutionnel*

Disponible à l'adresse suivante :

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>

Consulté le 3 juin 2018

*Article 42 de la loi pénitentiaire de novembre 2009 relative à la confidentialité des documents personnels*

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s\\_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20180521](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20180521)

Consulté le 3 juin 2018

*Définition de valeur. Dictionnaire Larousse*

Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valeur/80972>

Consulté le 3 juin 2018

*Définition de l'émotion. Dictionnaire Larousse*

Disponible à l'adresse suivante :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

Consulté le 3 juin 2018

*Article R4312-3 du Code de déontologie infirmier relatif au devoir d'humanité*

Ordre National des Infirmier, novembre 2016

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

Consulté le 3 juin 2018

*Article R4312-4 du code de déontologie infirmier relatif au respect des principes fondamentaux*

Ordre National des Infirmier, novembre 2016

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

Consulté le 3 juin 2018

ASKENAZY, Philippe ; BAUDELLOT Christian. et al. *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, rapport du collègue d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, mai 2010, 223 pages

Disponible à l'adresse suivante :

[http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_SRPST\\_definitif\\_rectifie\\_11\\_05\\_10.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf)

Consulté le 3 juin 2018

*Article R4312-12 du code de déontologie infirmier relatif à la continuité des soins*

Ordre National des Infirmier, novembre 2016

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

Consulté le 3 juin 2018

*Article 42 de la loi pénitentiaire de novembre 2009*

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s\\_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGI TEXT000021329505&dateTexte=20180521](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=6FDBF19ED86668715082764FD05964A8.tplgfr34s_1?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGI TEXT000021329505&dateTexte=20180521)

Consulté le 3 juin 2018

## Podcast

*Réparer les méchants.* Mélanie van Kempen [podcast] Arte radio, 26-27 janvier 2017

Disponible à l'adresse suivante :

[https://www.arteradio.com/son/61658289/reparer\\_les\\_mechants](https://www.arteradio.com/son/61658289/reparer_les_mechants)

Écouté le 3 juin 2018

## **VII. ANNEXES**

	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4
Présentation de l'IDE				
Année de diplôme	« Je suis diplômée depuis l'été 2015 » L3	« [...] je suis diplômé depuis juillet 2017 [...] » L3	« [...] je suis diplômée depuis juillet 2017 [...] » L4	« [...] j'ai commencé en septembre 2016 [...] » L4
Parcours depuis le diplôme	« 1 mois, 1 mois et demi de service de médecine polyvalente d'urgence et j'ai fait un petit peu d'UHCD et d'urgence » L4-5	« [...] j'ai travaillé pour plusieurs services, j'ai travaillé aux urgences, en médecine respiratoire et infectieuse [...] » L3-4	« [...] depuis août 2017 je travaille en chirurgie urologique [...] » L4-5	« [...] j'ai commencé direct par la réanimation suite à un stage que j'avais fait en réa [...] » L4-5
Service actuel	« Ca fait 2 ans, 2 ans et demis que je suis en réanimation et en unité de soins continu » L6-7	« [...] là je travaille en intérim donc je fais un peu de tout mais surtout de la chirurgie. » L5	« [...] c'est tout ce que j'ai fait depuis le diplôme. » L5	« [...] pour l'instant j'ai fait que de la réa [...] » L8
Prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel				
Connaissance des antécédents juridique du patient	« [...] on n'est pas sensé savoir ce genre de chose. Après la curiosité de l'équipe, en général à chaque fois fait qu'il suffit d'avoir le nom et le prénom tu le tape sur internet et tu as tout. » L20-22 « [...] certains de mes collègues qui refusent de le savoir car suivant les types de crimes ils ont peur de ne pas être capable de ne pas s'en occuper. » L25-27	« Parfois les patients se confient et peuvent nous donner eux même le motif ou alors c'est en discutant avec les policiers qui nous donnent des informations comme la durée d'incarcération. » L14-16 « On sait que si le patient a pris 10 ans fermes ce n'est pas un petit délinquant. » L16-17	« A son arrivé ont avaient aucunes informations, en tout cas moi j'en avais aucunes et c'est des policiers avec qui j'ai sympathisée qui étaient là la nuit qui m'ont expliqué pourquoi. » L11-13	« [...] la cadre était venu dans le service pour prévenir qu'il y allait avoir un patient détenu, moi je n'étais pas là le jour ou elle a prévenu donc je l'ai su par mes collègues. » L13-15 « [...] normalement les patients détenus sont rentrés sous X à l'hôpital pour des questions que l'extérieur ne sache pas qu'il est hospitalisé, et pour éviter les risques d'évasion. » L17-19 « [...] le jour ou j'arrive je vois sur la prescription que le patient n'est pas rentré sous X [...] » L20-21 « [...] le personnel de la journée avait cherché ce qu'il avait fait sur internet et du coup, quand moi je suis arrivé on m'a dit ce qu'il avait fait. » L22-23

### Valeurs personnelles

<p>Q1 : Comment définissez-vous les valeurs personnelles ?</p>	<p>« [...] c'est les choses auquel moi je crois » L30-31          « [...] quelque chose qui définit les personnes » L32-33          « C'est aussi en fonction des valeurs personnelles de chacun que tu accroches ou pas avec les gens » L33-34</p>	<p>« [...] ça va peut-être entrer en opposition avec les valeurs soignantes qui sont plus larges et qui vont concerner tous les infirmiers. » L28-29          « Ce sont nos valeurs qu'elles soient politiques ou personnelles en termes d'amitié ou de relation avec d'autres personnes hors du contexte professionnel. » L29-31          « Pour moi les valeurs personnelles c'est la personne qu'on est dans la vie de tous les jours. C'est en opposition avec les valeurs professionnelles [...] » L31-33</p>	<p>« [...] comme un état d'esprit ou une façon d'être, auxquels on attache une importance pour sois, on fait attention de la mettre à profit tous les jours. » L24-25</p>	<p>« [...] se sont des valeurs qui nous animent nous en tant que personne. Ce sont des choses qui sont indépendantes de nous parce qu'on ne peut pas les contrôler. » L26-28</p>
<p>Q1 : Quels sont vos principales valeurs personnelles ?</p>	<p>« [...] je ne fais pas de distinction entre les personnes qui ont une orientation sexuelle différente, une origine différente » L37-39          « Je dirais donc plutôt l'égalité » L40</p>	<p>« [...] dirais la fidélité, la loyauté. On ne laisse jamais quelqu'un derrière c'est principalement ça, et le partage. » L37-38          « [...] l'entraide est aussi une valeur importante. » L42</p>	<p>« [...] j'attache beaucoup d'importance et je tâche de l'être sur le respect, l'empathie et la sympathie. » L28-29</p>	<p>« Le respect ça c'est sûr » L34          « L'humilité aussi [...] » L35          « [...] je pense que c'est les deux qui sont pour moi les plus importantes sur le plan personnel. » L35-36</p>
<p>Q1 : Quelle place occupent vos valeurs personnelles dans l'exercice de votre métier ?</p>	<p>« [...] quand je suis au travail j'y suis avec mes valeurs personnelles. » L44-45          « [...] la personne que je suis dans la vie est la même que celle dans mon travail. » L46-47</p>	<p>« Ce sont ses valeurs-là qui m'ont guidés vers la voix d'infirmier [...] » L40          « [...] je m'y retrouvai notamment dans ce côté aide à l'autre, le côté on est tous des êtres humains donc on doit s'entraider [...] » L41-42</p>	<p>« Si ont devait mettre un pourcentage se serait de l'ordre de 100% c'est à dire que l'empathie à laquelle j'attache une importance, le respect et la sympathie elle est clairement visible quand je travaille. » L32-34</p>	<p>« Je mets un point fort pour respecter toutes personnes que je prends en charge [...] » L39-40          « [...] moi je suis une personne assez souriante, assez extravertie et que forcément dans mon travail je mets un point d'honneur à faire pareil et d'ailleurs souvent les patients le disent, ils disent vous avez tout le temps le sourire. » L42-45</p>

Prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel

<p>Q2 : Que pensez-vous de la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?</p>	<p>« [...] en ce qui me concerne ça ne me change pas grand-chose [...] » L50          « Je n'ai pas d'apriori sur les détenus, j'arrive facilement à faire la part des choses » L55-56</p>	<p>« Au début on a une petite appréhension car on se fait une idée de l'univers carcéral on s'attend avoir une espèce de tueur bodybuildé mais en général c'est des gens comme tout le monde. » L44-46          « [...] mais sinon ouais c'est un patient, moi de mon côté j'essaie de ne pas me renseigner sur ce qu'ils ont fait parce que moi je prends en charge mon patient puis la justice fait son travail et la santé fait le siens. » L47-49</p>	<p>« Je pense que sur le papier cela ne doit rien changer. » L37          « [...] dans la réalité je pense que consciemment ou inconsciemment, et j'espère inconsciemment on fait une différence, quand même. Ce n'est pas normal, mais on le fait. » L38-40          « [...] sur cet exemple là, je pense que j'ai moins raconté de blagues, j'ai moins été vers le contact physique avec lui. » L42-43</p>	<p>« Je pense que on n'est pas nous là pour juger. Il y a des personnes qui font ce métier là, qui sont habilités à juger, moi c'est pas mon travail [...] » L49-50          « [...] je pense que c'est pas pareil de prendre en charge un patient qui a pu commettre des viols, des meurtres tout ça et un patient qui entre guillemet a fait un cambriolage [...] » L53-55</p>
<p>Q2 : Comment avez-vous vécu la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel par rapport à vos valeurs personnelles ?</p>	<p>« [...] pour le premier, je dirais que ça ne m'a pas changé grand-chose dans le sens où il s'est retrouvé dans un état végétatif [...] » L72-73          « Sur l'autre détenu, j'arrive facilement à faire la part des choses quand ont rentrent dans la chambre [...] » L79-80          [...] dès l'instant qu'il y a un minimum de confiance qui s'instaure qu'ils soient détenu ou pas ça ne change pas grand-chose [...] L82-83</p>	<p>« [...] je pense que c'est l'avantage d'avoir fait une fac de droit avant arrivée en études d'infirmier j'ai dissocié les deux. » L53-54          « Mon travail n'était pas de savoir si ce qu'il avait fait était bien ou mal mais je me suis plus ou moins rapporté au serment d'Hippocrate, ont soignent tout le monde et ce n'est pas à nous de poser les questions. » L54-56</p>	<p>« [...] comme dans mes valeurs personnelles le prendre en charge en tant que patient est extrêmement important j'ai essayé de ne faire aucune différence entre les deux. » L47-49</p>	<p>« [...] je savais ce qu'il avait fait, effectivement ce n'est pas quelque chose qui me traumatisait par rapport à ce qu'il avait fait donc quand je l'ai pris en charge, je l'ai pris en charge comme un patient lambda. » L60-62          « C'est peut être ça qui a été mon erreur du coup, parce que je me suis peut-être un peu trop laissé amadouer [...] » L62-64</p>

### Les émotions du soignant

<p>Q3 : Comment définiriez-vous les émotions du soignant ?</p>	<p>« [...] les réactions qu'on va avoir vis à vis du patient [...] » L116-117          « [...] que ce soit triste heureux peut importe ça va être les émotions qui vont être créés par la prise en charge du patient [...] » L118-119</p>	<p>« C'est à la fois un outil et à la fois un danger. C'est que les émotions, il faut savoir les reconnaître et ne pas les laisser nous déborder. » L63-64          « Que ce soit la peur, l'appréhension, la colère, des choses comme ça on peut les ressentir mais il faut savoir aussi les détecter pour prendre en soin le patient et savoir passer la main si on n'arrive pas à les gérer. » L64-67          « On ne peut pas éteindre ses émotions quand on est au travail mais on doit les gérer parce qu'on est professionnel. » L67-68</p>	<p>« [...] c'est les choses que l'on va mettre en œuvre consciemment ou inconsciemment et qui vont avoir des répercussions sur notre manière de travailler. » L51-53</p>	<p>« Ce sont des sentiments qui sont propre à chacun, des choses qui peuvent nous toucher plus ou moins ... et qui peuvent interférer dans notre prise en charge [...] » L82-84          « [...] en terme d'émotions il y a la peur, la tristesse, l'angoisse, la joie. » L84-85          « Je pense que si l'on n'a pas d'émotions en étant soignant on n'est pas un bon soignant car ça fait partie de la prise en charge totale et c'est ce qui fait que l'on apporte un plus dans notre prise en charge. » L88-90</p>
<p>Q3 : Quelle place occupent vos émotions dans la prise en charge des patients ?</p>	<p>« [...] les émotions sont très importantes, elles peuvent très bien être bénéfique comme elles peuvent totalement entraver ta prise en charge. » L125-127          « [...] si tu t'investis un petit peu trop, tu as trop de sympathie ça peut te bouffer [...] » L129-130          « [...] quand ça fait un moment que tu le prends en charge et que régulièrement tu te prends de l'agressivité en pleine figure il arrive un moment où on reste humain on n'est pas des machines on a envie de répondre. » L135-137</p>	<p>« Une place assez faible en fait, parce que du coup je vois plus l'infirmier comme un professionnel et pas une simple none qui s'occupe des gens [...] » L70-71          « On est censé rationaliser le soin et pas l'émotionnaliser. » L72-73</p>	<p>« Ont aiment tous à se dire que l'on ne met pas nos émotions, que l'on est là pour travailler, je pense que ce n'est pas vrai. » L56-57          « [...] elles occupent une place extrêmement importante c'est évident après je fais en sorte que mes émotions qui n'ont rien à voir avec ce patient-là ne l'impact pas. » L63-64</p>	<p>« Je pense une grande place, je pense que je fonctionne beaucoup au feeling avec les patients. » L94-95          « [...] je mets un point d'honneur à être avec les patients comme je suis dans la vie de tous les jours et que après quand je suis triste malheureusement ça peut se voir de temps en temps. » L95-97          « Je pense que les émotions positives c'est très bien de les mettre dans la prise en charge mais dans les négatives il faut essayer de les contrôler. » L102-103</p>

<p>Q3 : Comment gérez-vous vos émotions lors la prise en charge d'un patient criminel ?</p>	<p>« [...] ça nous arrive même régulièrement de passer la main. » L143-144</p>	<p>« Bah j'essaie de le voir comme un patient j'allais dire normal, mais comme un autre patient non criminel et essayer de ne pas laisser des émotions prendre le dessus [...] » L75-76 « Normalement, je suis en train de faire un soin qui est bien pour lui donc j'ai pas de raison d'avoir des soucis avec lui. » L79-80</p>	<p>« [...] il a été très violent une nuit envers une des policière qui était là, et en effet j'ai changé je pense inconsciemment et maintenant en y réfléchissant, j'ai changé dans le sens où j'étais plus sa copine dans la relation que j'avais avec lui [...] » L70-72</p>	<p>« [...] il y avait aucuns jugements de ma part, pour moi la prise en charge a été vraiment pareille. » L110-111 « Mais il n'y avait aucunes peurs, aucunes angoisses et c'était vraiment des émotions comme celles que je peux avoir habituellement quand je prends un patient en charge. » L113-115</p>
<p>Mécanismes de défense</p>				
<p>Q4 : Pouvez-vous me dire ce que sont pour vous les mécanismes de défense ?</p>	<p>« [...] c'est ce que met en place le soignant quand il est en difficultés. » L158-159 « [...] c'est l'infirmier qui lorsqu'il ne maîtrise plus une situation use de stratégies pour s'en échapper. » L162-163</p>	<p>« Ce sont des comportements inconscients que l'on va mettre en place quand l'on se retrouve dans des situations difficiles. » L106-107 « Le fait de refouler certaines pensées ou des émotions et de ne pas entendre certaines informations parce que notre cerveau n'est pas prêt à le traiter. » L107-109</p>	<p>« [...] c'est ce que l'on met en œuvre, encore une fois, consciemment ou inconsciemment pour se protéger sois et pour ce que l'on pense parfois être de protéger le patient. » L80-82</p>	<p>« Ce sont des attitudes qu'ont adoptent pour se défendre de choses qui peuvent nous attaquer nous personnellement et donc des réactions que l'on n'aurait pas en temps normal [...] » L117-119 « [...] quand on se sent vulnérable face à une situation. » L119</p>
<p>Q4 : Quelle place donnez-vous aux mécanismes de défense lors de la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?</p>	<p>« [...] on va d'avantages faire attention car on sait pertinemment que c'est des gens qui ont à faire à la loi donc ils peuvent très vite aller s'amuser à aller porter plainte ou à se plaindre. » L190-192</p>	<p>« [...] quand je les repères dans la prise en soins j'essaie de comprendre comment ils sont arrivés là pour prendre en soins le patient de la meilleure des manières possibles en évitant que les instincts prennent le dessus et éviter de considérer le patient comme quelqu'un de dangereux. » L113-116</p>	<p>« Je n'ai pas l'impression d'en avoir spécialement mis en œuvre mis à part ce moment ou du coup il a été violent [...] » L85-87</p>	<p>« On a tous forcément des mécanismes de défenses, mais je pense que je ne m'en rends pas compte. » L122-123 « [...] mon mécanisme de défense a été très simple car après le problème, j'ai refusé de le prendre en charge et j'ai demandé à un de mes collègues de prendre la suite de la prise en charge. Donc la pour le coup ça a été quelque chose de très clair. » L131-134</p>

<p>Q4 : Dans quelle mesure ce mécanisme de défense vous a-t-il permis de vous soustraire de cette situation ?</p>				
<p>Valeurs professionnelles</p>				
<p>Q5 : Comment définiriez-vous les valeurs professionnelles d'un infirmier ?</p>	<p>« C'est quelqu'un qui doit mettre tout le monde sur un pied d'égalité pour moi une des valeurs principale. » L 209-210  « [...] on n'est pas là pour juger les gens, on n'est pas là pour ça. » L211-212  « [...] il faut être impartial [...] » L218</p>	<p>« C'est des valeurs qui sont en théorie commune à toute la profession c'est à dire de ne pas juger les patients, de respecter les patients, d'être dans la bienveillance, de respecter leurs choix de vie, je pense que le respect du consentement est quelque chose de très important. » L124-127  « La solidarité dans l'équipe parce qu'on fait un travail qui n'est pas toujours facile et on a besoin d'une équipe derrière nous qui peut nous soutenir [...] » L127-128</p>	<p>« J'ai du mal à faire la distinction entre mes valeurs personnelles et professionnelles [...] » L96-97  « Je ne fais pas de distinction entre les deux. » L100  « [...] je ne joue pas un rôle quand je suis au travail, je suis souriante avec plaisir, c'est naturel. » L110-111  « [...] quand j'ai une discussion avec quelqu'un que je ne connais pas dans la rue j'aurais le même comportement qu'avec l'un de mes patients. » L114-116</p>	<p>« [...] ça revient un peu à la question sur les valeurs personnelles, pour moi c'est des valeurs auxquels je pense quand je prends en charge un patient et je pense que mes valeurs personnelles sont proches de mes valeurs professionnelles. » L147-149  « [...] je pense que mes valeurs personnelles sont proches de mes valeurs professionnelles. Pour moi les deux sont très proches car je pense que je suis dans ma vie professionnelle un peu comme je suis dans ma vie personnelle. » L148-151</p>
<p>Q5 : Dans quelle mesure pensez-vous que vos études ont favorisés l'émergence de valeurs professionnelles ?</p>	<p>« [...] elles les ont forgés forcément oui, après je pense que je les avais déjà comme toutes personne qui rentre à l'IFSI [...] » L230-231  « [...] c'est aussi les stages qui t'aident à les façonner. Ca dépend aussi sur quels soignants tu tombes [...] » L236-237  « [...] si tu n'as pas un personnel qui est là pour t'aider et qui à ces valeurs aussi tu ne peux pas les acquérir. » L240-241</p>	<p>« Il y a eu des temps à l'IFSI notamment les temps de retour de stage qui nous permettaient de parler de situation qu'ont avaient vécu et qui nous avaient questionnés. » L133-134  « [...] c'est surtout dans les stages où la rencontre des professionnelles forge nos valeurs. » L135-136  « [...] je considère que j'ai été plus formé pendant mes stages qu'à l'IFSI parce que c'était beaucoup de blablas. » L139-140</p>	<p>« Je pense que je les avais avant, maintenant mes études m'ont permis de savoir ce que surtout je ne voulais pas être et pas faire. » L119-120  « J'ai compris l'importance de garder mes valeurs et que le jour où je les ais plus il faut que je me remettre en question et pourquoi pas changer de métier. » L120-122</p>	<p>« Je pense que du coup je les avais avant, je ne pense pas que ce soit mes études qui m'ont permis de construire mes valeurs professionnelles. » L154-155  « [...] surement que je les développe plus aujourd'hui en tant que professionnelle mais je pense que j'avais pas mal de valeurs professionnelles que j'avais de base en valeurs personnelles. » 157-159</p>

### Concilier valeurs personnelles et professionnelles

<p>Q6 : Comment conciliez-vous vos valeurs personnelles et professionnelles dans l'exercice de votre métier ?</p>	<p>« Pour moi mes valeurs sont les mêmes que je sois au travail ou pas [...] » L246          « Avant ont disaient aux élèves infirmier qu'ont posaient nos émotions et nos problèmes personnelles au vestiaire mais je suis désolé ce n'est pas quelque chose qui est possible [...] » L247-249          « [...] tu es ce que tu es donc pour moi mes valeurs personnelles c'est aussi mes valeurs professionnelles c'est ce que je suis. » L250-252</p>	<p>« [...] ça se concilie plutôt bien. C'est à dire que les valeurs que j'avais déjà personnellement composent bien avec les valeurs soignantes » L143-145          « De ne pas juger les gens, de tolérer les différences, des choses comme ça qui se retrouvent bien dans le métier d'infirmier. » L145-147          « Du coup même, je vais confondre les valeurs personnelles et professionnelles car il y en a je ne sais pas si je les considère comme personnelles ou professionnelles. » L149-150</p>	<p>« J'arrive avec mes valeurs personnelles et je ne les laisse pas au vestiaire. Mes valeurs personnelles m'accompagnent tous les jours, toutes les minutes dans mon travail. » L125-127</p>	<p>« Pour moi les deux sont liés, je ne me pose pas la question. En fait pour moi on est une seule et même personne. » L162-163</p>
<p>Q6 : Dans quelle mesure le passé criminel d'un patient intervient-il dans la confrontation de vos valeurs personnelles et professionnelles ?</p>	<p>« [...] en ce qui me concerne le passé du patient n'a pas d'incidences dans ma prise en charge. » L261-262          « [...] j'ai eu des stages qui m'ont prouvés que j'étais capable de me décharger de ça. » L271-272          « [...] le fait de pouvoir passer la main et de tourner dans les secteurs ça nous évite aussi justement d'être trop investi sur une prise en charge et qu'on se confronte trop avec nos valeurs personnelles et qu'au bout d'un moment ça dérape. » L278-281</p>	<p>« Je pense que certains crimes sont trop graves pour qu'on puisse prendre en soins le patient. » L154-155          « [...] des criminels comme des pédophiles ou des violeurs j'aurai eu du mal à passer outre car ça va trop à l'encontre de mes valeurs pour que je les prenne en soins comme un patient normal. » L156-158          « Même si en théorie ont soignent tout le monde mais je pense qu'il y a certaines personnes... Par exemple est ce que j'aurais sauvé Adolf Hitler [...] » L161-163</p>	<p>« Je suis évidemment pas d'accord avec son passé criminel, c'est à dire l'acte criminel ça ne correspond pas du tout à mes valeurs personnelles, en revanche mes valeurs personnelles sont aussi que tout le monde a le droit d'être soigné [...] » L131-133          « [...] tout le monde a le droit à des soins de même qualité et donc c'est ça qui prend le dessus dans ma tête au lieu de me concentrer sur son passé criminel. » L134-136</p>	<p>« Qu'il ait fait des erreurs grave dans sa vie cela ne me concerne pas. » L172          « [...] c'est pas dans mes valeurs ce qu'il a fait mais je ne doit ne pas en tenir compte pour assurer au patient une bonne prise en charge. » L173-175</p>

**Conflit de valeurs**

<p>Q7 : Comment l'association des valeurs personnelles et professionnelles peuvent-elles entrer en conflit dans une prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?</p>	<p>« [...] leur passé criminel c'est une chose moi je m'intéresse plus à ce qu'ils sont face à moi. » L302-303          « [...] quand j'ai en face de moi quelqu'un qui va me respecter je vais le respecter aussi car c'est ce qu'on nous a appris et c'est comme ça que je suis [...] » L305-306</p>	<p>« Si ces valeurs sont beaucoup trop éloignés des tiennes tu vas avoir un gros décalage et ne vas pas pouvoir entre guillemets comprendre ton patient [...] » L167-168          « Tu vas faire le soin technique mais tu vas moins t'investir dans la relation avec ton patient. » L170-171          « Tu vas te protéger, tu vas te dire je vais m'investir un minima avec lui, je vais faire mon travaille à minima, je vais le soigner point et il va rentrer chez lui. » L172-174</p>	<p>« [...] demain on t'amène un terroriste qui vient de commettre un attentat, c'est évidemment pas dans mes valeurs que de tuer des gens, évidemment, par contre c'est dans mes valeurs personnelles et professionnelles que tout le monde a le droit à des soins. » L140-143          « Ça va être un conflit interne mais le patient sera traité comme n'importe quel autre patient. » L143-144          « Par contre, demain sur un violeur d'enfant je ne sais pas si je vais réussir. J'espère, c'est mon idéal. » L145-147</p>	<p>« [...] ce que je pense c'est que ma prise en charge pourrait être différente même si je dit que je ne suis pas juge dans le cas où j'apprend que un patient détenu a violer, a tuer, tout ça je pense que ça serait compliqué pour moi même si je dis qu'on est pas juge. » L179-182          « [...] c'est là ou le personnel influe sur le professionnel car nous on doit prendre en charge n'importe quelle personne de la même manière et ça ne doit pas interférer normalement dans notre prise en charge. » L184-186</p>
<p>Q7 : Comment avez-vous surmontés vos propres valeurs en vue de la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?</p>	<p>« Je dirais que j'arrive facilement à passer au-dessus [...] » L315          « [...] on est une équipe qui parle beaucoup à côté donc c'est facile d'évacuer les choses que tu as sur le cœur [...] » L316-317          « Le fait de savoir qu'on peut facilement passer la main à quelqu'un d'autre et qu'on sait que pendant deux jours ont l'aura pas en charge c'est plus facile de prendre sur soit [...] » L323-325</p>	<p>« [...] me protéger en restant juste dans le technique c'est bête et méchant et du coup ça demande moins de réflexion, moins d'investissement sentimental. » L178-180</p>	<p>« J'ai occulté complètement, c'est à dire que je ne rentrais pas dans sa chambre en me disant "ah c'est celui qui a fait ça" » L150-151</p>	<p>« [...] comme je savais ce qu'il avait fait je n'avais pas trop de problèmes avec ça c'est plutôt lui, ce qu'il a fait, il sera jugé pour ça. » L189-190          « Dans le sens où je n'avais pas de peurs, pour moi je me devais de le prendre en charge car c'est un patient à prendre en charge comme n'importe qui. » L193-194          « [...] je ne me suis pas dit que je prenais en charge un détenu. » L199-200</p>

<p>Q7 : Avez-vous déjà refusé une prise en charge ou un soin car il n'était pas en accord avec vos valeurs personnelles et professionnelles ?</p>	<p>« [...] nous dans les chambres on est deux donc c'est plus facile de faire un soin sur quelqu'un avec qui tu n'es pas du tout en accord quand tu es deux car tu te soutiens. » L349-351</p>	<p>« Non ! » L183  « J'en ai fait abstraction en me concentrant juste sur la technique. » L185  « Elle est peut-être d'un peu moins bonne qualité mais elle est présente quand même. Plus vite c'est fait plus vite c'est passé. » L187-188</p>	<p>« [...] c'était en oncologie, une patiente plus ou moins en soins palliatif qu'on nous a demandé de préparer pour descendre au bloc pour une ponction d'ascite. » L158-160  « J'étais étudiante infirmière et avec mon infirmier on a stoppé net en disant qu'il était hors de question parce que de toute façon elle ne tiendrait même pas le fait d'être transférée sur un brancard. » L160-162  « [...] la ponction d'ascite a été faite au lit et ensuite le même jour deux heures après on nous a demandé de préparer tout ce qu'il faut pour que le lendemain elle soit transférée en unité de soins palliatif, ce que l'on a refusé car de toute façon encore une fois elle ne tiendrait pas le transfert sur le brancard. Et cette dame est décédée deux heures plus tard. » L163-167  « [...] c'était contre mes valeurs d'acharnement thérapeutique [...] » L167-168</p>	<p>« Non, [...] Après quand il y a des désaccords sur des soins, des choses qui peuvent interférer sur mes valeurs professionnelles je pense qu'il y a toujours moyen de discuter avec d'autres médecins, d'autres infirmiers. » L207-212</p>
---	--	---	---	---

La relation soignant soigné				
<p>Q8 : Comment définissez-vous la relation soignant soigné ?</p>	<p>« Une relation soignant soigné ça peut très bien être sur quelques heures aux urgences ou sur des années en EHPAD. » L357-359 « [...] elle peut être soit très agréable ou au contraire très épuisante sur le long terme. » L363-364</p>	<p>« C'est une relation qui doit être équitable. » L191 « Tu dois lui donner les informations nécessaire à lui permettre d'avoir un consentement qui est le siens et pas selon toi ce qui est le mieux pour lui. » L193-194 « Enfin nous on est juste entre guillemets un outil pour le patient car il n'a pas les capacités physique de le faire ou alors il n'est pas formé pour le faire et du coup on le fait à sa place mais toujours pour lui. » L201-204</p>	<p>« Pour moi la relation soignant soigné c'est une relation qui doit être si possible dans le meilleur des monde de qualité ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. » L175-177 « [...] la relation entre nous personnel soignant qui pouvons apporter quelque chose à un soigné. Dans mon monde à moi, elle est de qualité. » L178-179</p>	<p>« Pour moi, je pense que la relation soignant soigné elle est forte [...] » L214 « [...] j'ai besoin de créer un lien avec le patient. » L215 « [...] je mets un point d'honneur à essayer de créer une relation de confiance, de rigolade aussi si je puis dire. » L217-218</p>
<p>Q8 : Comment cette relation se met elle en place dans votre exercice professionnel ?</p>	<p>« A chaque fois que je suis avec un patient cette relation soignant soigné se met en place. » L420-421 « [...] parfois même avant d'être dans la chambre, on est dans le couloir et le premier contact est très important. » 422-423</p>	<p>« [...] j'explique toujours à mes patients ce que je vais faire et pourquoi je le fais et je leur laisse la possibilité de le refuser un soin s'ils ne veulent pas. » L206-207 « [...] tu leurs dit nous on pense que ça c'est mieux pour vous si vous êtes d'accord on le fait si vous n'êtes pas d'accord on va essayer de trouver autre chose mais ça ne va pas être aussi efficace. » L210-212</p>	<p>« Elle se met en place à la première seconde ou tu rentres dans la chambre du patient. » L181-182 « C'est à dire que le toc toc, oui entrez, bonjour, sourire, c'est moi l'infirmière C... infirmière de nuit c'est 70% - 80% de ta relation soignant soigné qui est gagnée. » L182-183</p>	<p>« Elle se met en place naturellement quand je suis avec le patient. » L227 « Comme j'aime bien rigoler avec eux souvent c'est comme ça que j'aborde mes patients ça me permet de créer tout de suite un contact pour ensuite faciliter nos échanges. » L227-229 « Je pense aussi que la relation que j'ai avec mes patients est complètement liée à mon attitude dans les premières secondes de la prise en charge. » 229-231</p>

<p>Q8 : Quelle place avez-vous donné à la relation soignant soigné dans la prise en charge d'un patient criminel ?</p>	<p>« Pour moi c'est ce qui va faire ta prise en charge c'est à dire le premier rapport que tu vas avoir avec lui justement cette relation soignant soigné et le rapport que tu as avec eux va définir la prise en charge que tu vas avoir sur le long terme avec lui [...] » L426-428</p>	<p>« [...] la même place qu'un autre patient, c'est en théorie un patient comme un autre et on doit le prendre en charge de la même façon. » L215-216  « Il a une privation de liberté vu qu'il a commis un crime mais ce n'est pas une abolition totale de ces libertés donc il a toujours le droit de dire non à un soin. » L216-218  « Ça reste un être humain. » L219</p>	<p>« Du coup moi au début ou je me suis occupé de lui je n'étais pas au courant du pourquoi du comment donc je n'ai rien changé à ce que j'ai dit avant c'est à dire que les premières secondes font tout. » L186-188  « Une fois que j'ai su le pourquoi du comment ça n'a rien changé jusqu'au moment où il a commencé à être violent. » L189-190</p>	<p>« Bah comme je disais pour moi la relation soignant soigné elle doit être pareille, elle doit être naturelle, ne pas avoir de peurs ou d'aprioris parce que sinon ça peut être compliqué et ça impliquerait de ne pas prendre en charge comme je prendrais en charge un autre patients. » L234-237  « Moi quand j'ai des patients détenus je préfère vraiment, ne pas savoir pourquoi ils sont là. Parce que ça pourrait influencer ma prise en charge, ma relation soignant soigné et ce n'est pas forcément bénéfique. » L237-239</p>
<p><b>La juste distance professionnelle</b></p>				
<p>Q9 : Que représente pour vous la juste distance professionnelle ?</p>	<p>« [...] la juste distance pour moi il faut suffisamment avoir de relation poussés dans le sens ou la personne en face de toi va avoir confiance et va pouvoir se livrer [...] » L440-441  « On a pas à introduire notre vie personnelle car à partir du moment où tu fais intervenir ta vie personnelle c'est tout de suite plus compliqué [...] » L451-452</p>	<p>« Les patients ne doivent entre guillemets jamais devenir des amis, une relation c'est une relation professionnelle. » L221-222  « C'est une relation avec son infirmier mais du coup une fois que je ne suis plus son infirmier j'ai plus besoin d'avoir cette relation de confiance ou de partage avec lui. » L222-224</p>	<p>« Pour moi, elle représente un peu la clef, une des clefs de notre métier. » L199  « Elle n'est pas toujours facile à tenir. Pour moi elle l'est, par contre je me rends de plus en plus compte que pour les patients elle n'est pas toujours claire. » L201-203  « [...] il y a des patients qui se permettent des réflexions qui ne sont plus du tout dans la distance de soignant à soigné, dans la distance professionnelle. » L203-204</p>	<p>« Un terme très théorique, pour moi qui dans la réalité n'a pas lieux d'être. » 241-242  « [...] à l'école on nous répétait "ouïe la distance professionnelle, patati patata, il ne faut pas trop s'impliquer dans la prise en charge d'un patient" en fait si tu t'impliques pas, au bout d'un moment ça n'ira pas non plus. » 243-245  « Moi je m'implique, alors oui des fois le décès d'un patient ça va être compliqué quand tu t'es beaucoup impliqué dans la prise en charge. Et bah en fait si tu as besoin d'aller pleurer dans les toilettes cinq minutes pour souffler et bah tu le fait. » L245-248</p>

<p>Q9 : Comment gérez-vous cette juste distance avec ce patient ?</p>	<p>« Il n'y a pas de différences, moi ça m'est arrivé avec le détenu de parler de tout et de rien après il avait une facilité déconcertante à parler de son acte, ça par contre c'est particulier. » L463-465</p>	<p>« [...] j'essaye d'en faire abstraction et de me comporter de la même façon que je me comporterai avec un patient non criminel. » L228-229 « [...] le fait d'enlever ces pinces Kocher et ces ciseaux de sa poche et même les stylos avant d'entrer dans la cellule parce que potentiellement il y a danger, bah ça nous rappelle que ce n'est pas un patient comme les autres. » L234-236</p>	<p>« Je n'ai pas eu de difficultés avec lui à la gérer. » L214</p>	<p>« [...] au début effectivement peut être que ça a été trop loin, peut être que j'aurais dû plus me méfier. » L274-275 « Moi comme je disais, j'y suis allé en me disant, il faut prendre en charge ce patient comment n'importe qui. Au final je ne pense pas que j'aurais du faire les choses autrement. » L275-277</p>
---	---	---	--	---

## **Guide d'entretien :**

- **Pouvez-vous vous présenter ?**
    - Depuis quand êtes-vous diplômé ?
    - Depuis quand êtes-vous dans ce service ?
    - Dans quel(le)s autres structures/services avez-vous exercé ?
  - Vous avez pris en charge un patient ayant commis un acte criminel, pouvez-vous me présenter le patient et les informations que vous aviez sur lui au moment de la prise en charge ?
- 
- 1. Comment définissez-vous les valeurs personnelles ?**
    - a. Quelles sont vos principales valeurs personnelles ?
    - b. Quelle place occupent vos valeurs personnelles dans l'exercice de votre métier ?
  
  - 2. Que pensez-vous de la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?**

Comment avez-vous vécu la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel par rapport à vos valeurs personnelles ?
  
  - 3. Comment définiriez-vous les émotions du soignant ?**
    - a. Quelle place occupent vos émotions dans la prise en charge des patients ?
    - b. Comment gérez-vous vos émotions lors la prise en charge d'un patient criminel ?
  
  - 4. Pouvez-vous me dire ce que sont pour vous les mécanismes de défense ?**
    - a. Quelle place donnez-vous aux mécanismes de défense lors de la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?
    - b. Dans quelle mesure ce mécanisme de défense vous a-t-il permis de vous soustraire de cette situation ?
  
  - 5. Comment définiriez-vous les valeurs professionnelles d'un infirmier ?**

Dans quelle mesure pensez-vous que vos études ont favorisées l'émergence de valeurs professionnelles ?
  
  - 6. Comment conciliez-vous vos valeurs personnelles et professionnelles dans l'exercice de votre métier ?**

Dans quelle mesure le passé criminel d'un patient intervient-il dans la confrontation de vos valeurs personnelles et professionnelles ?

**7. Comment l'association des valeurs personnelles et professionnelles peuvent-elles entrer en conflit dans une prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?**

- a. Comment avez-vous surmonté vos propres valeurs en vue de la prise en charge d'un patient ayant commis un acte criminel ?
- b. Avez-vous déjà refusé une prise en charge ou un soin car il n'était pas en accord avec vos valeurs personnelles et professionnelles ?
  - I. Si oui, pourquoi ?
  - II. Si non comment trouvez-vous les ressources pour faire abstraction de vos valeurs personnelles et respecter vos valeurs professionnelles ?

**8. Comment définissez-vous la relation soignant-soigné ?**

- a. Comment cette relation se met-elle en place dans votre exercice professionnel ?
- b. Quelle place avez-vous donné à la relation soignant-soigné dans la prise en charge d'un patient criminel ?

**9. Que représente pour vous la juste distance professionnelle ?**

Comment gérez-vous cette juste distance avec ce patient ?

## Entretien C.C N°1

- 1 **Théo** : Est-ce que tu peux te présenter, depuis quand tu es diplômé, dans quel service  
2 tu travailles, depuis quand tu y es et un peu ton parcours depuis ton diplôme ?
- 3 **IDE 1** : Alors je suis diplômée depuis l'été 2015 ça va faire trois ans, j'ai fait un petit  
4 peu mais alors très peu un mois, un mois et demi de service de médecine polyvalente  
5 d'urgence et j'ai fait un petit peu d'UHCD et d'urgences mais principalement de la réa  
6 donc ça fait deux ans, deux ans et demi que je suis en réanimation et en unité de soins  
7 continus car mon service fait les deux.
- 8 **Théo** : Très bien, et du coup moi je t'ai sélectionné car tu m'as dit que tu avais pris en  
9 charge un patient criminel est-ce que tu peux me parler de lui, ce que tu savais au  
10 moment de sa prise en charge ?
- 11 **IDE 1** : Alors j'en ai pris plusieurs en charge car nous, quand les détenus ont des  
12 soucis que ce soit à la prison de St Maur, à la prison de haute sécurité ou le Craquelin  
13 qui est plus une prison avant jugement, c'est redirigé sur Châteauroux, a part bien sûr,  
14 si la prise en charge nécessite une spécialité qu'on n'a pas. Donc quand on les a on  
15 sait qu'ils sont détenus parce qu'on a forcément les policiers, on a un règlement qui  
16 fait que tout le temps, constamment il y a obligatoirement deux policiers qui sont  
17 présents 24/24h.
- 18 **Théo** : D'accord et du coup tu as les infos, tu sais ce qu'il a commis ou combien  
19 d'années il doit effectuer ?
- 20 **IDE 1** : Alors sur le principe non car on n'est pas sensé savoir ce genre de choses.  
21 Après la curiosité de l'équipe, en général à chaque fois fait qu'il suffit d'avoir le nom et  
22 le prénom tu le tapes sur internet et tu as tout.
- 23 **Théo** : D'accord et c'est quelque chose que vous faites, de vous renseigner ?
- 24 **IDE 1** : Après oui certains pas tous, moi je l'ai jamais fait on me l'a toujours dit aux  
25 transmissions donc quand on sait, on sait hein voilà on y peut rien. J'ai certains de  
26 mes collègues qui refusent de le savoir car suivant les types de crimes ils ont peur de  
27 ne pas être capables de ne pas s'en occuper.
- 28 **Théo** : Ok, merci du coup la première question, est-ce que tu peux me définir ce que  
29 sont pour toi les valeurs personnelles ?
- 30 **IDE 1** : Les valeurs personnelles ? Ouh là c'est compliqué ça (rire) c'est les choses  
31 auxquelles moi je crois, que je considère, que j'ai envie de garder. Les choses  
32 auxquelles je crois, pour moi, les valeurs personnelles sont quelque chose qui définit  
33 les personnes. C'est aussi en fonction des valeurs personnelles de chacun que tu  
34 accroches ou pas avec les gens. C'est souvent quand tu as des valeurs personnelles  
35 en commun que tu te fais des amitiés que tu fais un cercle d'amis.
- 36 **Théo** : D'accord et quels sont toi tes principales valeurs personnelles ?
- 37 **IDE 1** : Hum ... Je dirais que je ne sais pas comment le dire mais je ne fais pas de  
38 distinction entre les personnes qui ont une orientation sexuelle différente, une origine  
39 différente je ne sais pas je ne fais pas de distinction, je m'en fous d'où viennent les

40 personnes et de ce qu'ils sont. Je dirais donc plutôt l'égalité ... je m'attarde beaucoup  
41 plus à leurs valeurs plus que d'où ils viennent.

42 **Théo** : Quelle place occupent tes valeurs personnelles dans l'exercice de votre métier  
43 d'infirmière ?

44 **IDE 1** : Bah c'est très simple elle est super importante car quand je suis au travail j'y  
45 suis avec mes valeurs personnelles. Je ne peux pas arriver dans mon service et  
46 devenir une autre personne, donc forcément la personne que je suis dans la vie est la  
47 même que celle dans mon travail.

48 **Théo** : Que penses-tu de la prise en charge d'un patient qui a commis un acte criminel  
49 ?

50 **IDE 1** : Hum ... alors moi en ce qui me concerne ça ne me change pas grand-chose  
51 dans le sens où je n'ai pas été habituée à être avec des détenus mais mon père a été  
52 gardien de prison, il est lieutenant dans la pénitencière il a été employé en Corse où  
53 tu as la seule prison ouverte d'Europe c'est-à-dire que tu n'as pas de barreaux tu n'as  
54 rien. Moi j'ai été plusieurs fois en vacances là bas où les détenus je les croisais et il y  
55 a 80% de détenus qui sont là bas pour meurtre. Je n'ai pas d'a priori sur les détenus,  
56 j'arrive facilement à faire la part des choses. Après en réa, la plupart du temps au début  
57 ils sont endormis et quand ils sont réveillés ils sont forcément attachés. Donc  
58 forcément tu as une peur qui peut s'écarter et quelqu'un qui est en réa qui se réveille  
59 on en a certains qui ne sont pas détenus et qui n'ont pas d'antécédents criminels, ils  
60 peuvent être très violents parce qu'ils sont perdus, ils ne savent pas ce qu'il se passe  
61 et en plus certains ont même des hallucinations donc quand ils sont persuadés qu'on  
62 veut les tuer ils ont des réactions très violentes et je dirais même plus qu'un détenu.  
63 Donc la situation de violence on la connaît déjà on la vit quotidiennement.

64 **Théo** : Du coup ; le patient qui n'est pas incarcéré n'a pas les policiers pour réagir ?

65 **IDE 1** : Non il n'y a pas les policiers, après la seule différence qu'il va y avoir c'est  
66 qu'on a la police parce qu'on a forcément deux policiers et les détenus ont forcément  
67 les entraves qu'aux pieds. Après, nous quelqu'un qui se réveille qu'il soit détenu ou  
68 pas il est forcément attaché. Après voilà c'est un protocole spécifique au service mais  
69 quand il se réveille il est forcément attaché.

70 **Théo** : Ok d'accord et comment toi tu as vécu la prise en charge de ces patients par  
71 rapport à tes valeurs personnelles ?

72 **IDE 1** : Alors pour le premier, je dirais que ça ne m'a pas changé grand-chose dans le  
73 sens où il s'est retrouvé dans un état végétatif donc de toute façon il ne nous aurait  
74 pas sauté dessus et c'est plus la famille où c'était particulier. Il avait une famille,  
75 comme d'autres en ont, qui n'ont pas commis d'actes criminels, mais il avait une famille  
76 qui jouait un petit peu là dessus, sur la peur qu'ils pouvaient instaurer sur le personnel  
77 médical et paramédical, c'est là où c'est le plus délicat, parce que la violence des  
78 familles c'est particulier. Parfois on a même plus de problèmes avec une famille qui va  
79 être violente, plus que les patients. Sur l'autre détenu, j'arrive facilement à faire la part  
80 des choses, quand on rentre dans la chambre après je dirais pas que je suis hyper  
81 rassurée, j'aime bien quand il y a quelqu'un d'autre mais la première c'est la plus

82 importante qu'on va avoir avec la personne dès l'instant qu'il y a un minimum de  
83 confiance qui s'instaure qu'ils soient détenus ou pas ça ne change pas grand-chose,  
84 en tout cas de mon point de vue, c'est vraiment plus ce premier rapport qu'il va y avoir  
85 je ne fais jamais totalement confiance parce qu'on, sait pertinemment qu'ils sont  
86 capables de passer à l'acte après. Il y a des circonstances qui sont différentes selon  
87 les actes criminels mais c'est plus cette instauration de confiance dont j'ai besoin.  
88 Quand la personne n'est pas agressive envers moi-même, si je vais être méchante, la  
89 prise en charge va être la même et on a un chef de service qui insiste énormément là-  
90 dessus sur le fait que la prise en charge doit être la même pour tous les patients.

91 **Théo** : D'accord ok, parce que du coup le patient qui est détenu a le droit de voir sa  
92 famille ?

93 **IDE 1** : Alors ça, ça dépend, en règle général il y a des interdictions. Alors nous le  
94 deuxième, il n'avait pas de famille donc ça réglait les soucis mais sur le premier, à la  
95 base personne n'avait le droit de visite. Personne n'était même sensé savoir qu'il était  
96 hospitalisé. Le problème c'est qu'à l'intérieur de la prison il y a dû y avoir des fuites, je  
97 ne sais pas forcément, mais ils ont su qu'il était en réa et c'est à partir de ce moment-  
98 là où c'était compliqué parce que la famille a appelé et a commencé à mettre un poids  
99 sur l'équipe Paramé, pour dire de toutes façons on va venir, que vous le vouliez ou  
100 non, s'il faut forcer on forcera. C'est plus le côté familial qui était très pressant de ce  
101 côté-là, même s'ils n'ont pas le droit de venir, quand ils sont là on ne peut pas y faire  
102 grand-chose, même si la police est là. Dans ce cas-là on doit alléger les tensions il y  
103 a eu une autorisation de visite mais normalement les autorisations de visite ne sont  
104 que pour une certaine personne de la famille, ou les policiers font signer un registre  
105 comme quoi ils sont venu, ils sont repartis avec telle ou telle personne. Après en  
106 fonction de l'évolution médicale du patient il peut y avoir des visites autorisées. Nous,  
107 ce patient là, il s'est trouvé que ce patient-là ne se réveillait pas spécifiquement donc  
108 l'autorisation a été élargie et le problème je dirais annexe à ce problème médical que  
109 ce soit pour ce détenu là ou l'autre sur Châteauroux la police n'a pas énormément de  
110 personnel. C'est à dire que systématiquement ils ont deux personnes qui sont  
111 bloquées au CH qui ne peuvent pas intervenir, certains sont rappelés sur leurs  
112 vacances et comme tout service c'est compliqué. Souvent au bout de quelques  
113 semaines d'hospitalisation la peine est levée c'est à dire que tant que les détenus sont  
114 hospitalisés la peine est levé.

115 **Théo** : D'accord, est-ce que tu peux me définir ce que sont pour toi les émotions du  
116 soignant ?

117 **IDE 1** : Les émotions du soignant ça va être les réactions qu'on va avoir vis à vis du  
118 patient, après que ce soit triste heureux peu importe ça va être les émotions qui vont  
119 être créées par la prise en charge du patient après de là à te définir exactement, c'est  
120 tellement... vaste.

121 **Théo** : C'est ta définition que je veux.

122 **IDE 1** : Pour moi c'est la réaction qui va contribuer à la prise en charge du patient. Pas  
123 forcément ce qu'il est mais sa prise en charge en général.

124 **Théo** : Et quelle place occupent tes émotions dans ta prise en charge ?

125 **IDE 1** : Elle est très importante car dans la prise en charge les émotions sont très

126 importantes, elles peuvent très bien être bénéfiques comme elles peuvent totalement

127 entraver ta prise en charge. Ça peut très bien être bénéfique et puis aller vers l'avant

128 quand tu es quelqu'un d'assez optimiste qui pousse les patients vers l'avant avec qui

129 tu crées entre guillemets un lien, tu tires les patients vers le haut alors que si tu

130 t'investis un petit peu trop, tu as trop de sympathie ça peut te bouffer nous on a certains

131 collègues à partir d'un certain moment refusaient de prendre en charge certains

132 patients parce qu'on s'investi trop, on sent que les situations peuvent vite nous

133 dépasser car on est trop impliqués dans la prise en charge car il y a des choses qui

134 nous ont plus ou moins touchées ou un patient qui va avoir un comportement agressif

135 même si on sait que c'est pas contre nous quand ça fait un moment que tu le prends

136 en charge et que régulièrement tu te prends de l'agressivité en pleine figure il arrive

137 un moment où on reste humain on est pas des machines on a envie de répondre. Pour

138 éviter ça, nous dans le service on passe la main. Pour moi c'est vraiment essentiel que

139 ce soit bénéfique ou entravant les émotions sont essentielles.

140 **Théo** : Tu as un peu répondu à la question suivante à savoir comment tu gères tes

141 émotions avec un patient criminel ? Tu as dit que vous passiez la main est-ce que c'est

142 quelque chose que vous faite régulièrement ?

143 **IDE 1** : Ah oui ça nous arrive, que ce soit criminel ou pas, ça nous arrive même

144 régulièrement de passer la main. Ça nous est déjà arrivé plus d'une fois d'avoir des

145 familles de nos collègues qui sont hospitalisées en réa donc la personne ne prend pas

146 en charge sa famille, ni les collègues qui sont trop proches aussi évitent de prendre

147 en charge

148 **Théo** : Et par rapport aux patients criminels est-ce que ça vous est déjà arrivé ?

149 **IDE 1** : Á ma connaissance non c'est vrai qu'on a plus tendance à passer la main

150 quand la personne est réveillée et si elle est agressive. Qu'il soit criminel non on passe

151 plus la main sur la réaction qu'ils peuvent avoir vis à vis de nous. On peut en avoir

152 certains qui peuvent être très agressifs avec les personnes qui vont être typés on

153 passe la main ça sert à rien de mettre de l'huile sur le feu.

154 **Théo** : Est-ce que tu peux me dire ce que sont pour toi les mécanismes de défense

155 du soignant ?

156 **IDE 1** : Les mécanismes de défenses ? ... heuuu c'est quelque chose qu'on étudie à

157 l'IFSI (rire). Non plus sérieusement, comment je peux te répondre ? ... Les

158 mécanismes de défense c'est ce que met en place le soignant quand il est en

159 difficultés. C'est ça ?

160 **Théo** : Je ne suis pas là pour te dire si c'est vrai ou pas ce que je veux c'est ta définition

161 du mécanisme de défense.

162 **IDE** : Oui bah voila c'est ça c'est l'infirmier qui lorsqu'il ne maîtrise plus une situation

163 use de stratégies pour s'en échapper.

164 **Théo** : Et est-ce que ça vous arrive d'utiliser des mécanismes de défense ?

165 **IDE 1** : Non c'est rare, je sais que c'est arrivé dans certains services pour l'avoir  
166 constaté. On n'a pas beaucoup de patients, on est sur des secteurs de 5 patients  
167 grands maximum en réanimation et 6 patients en unité de soins continus. Les gens qui  
168 sonnent qui vont commencer à être très chiant il faut dire ce qui est ou très lourd, non,  
169 on répond. Après c'est vrai qu'on peut commencer à s'agacer ça arrive que dans nos  
170 explications on commence à devenir un peu plus sec. Après je dirais qu'avec le  
171 caractère de certains patients ils ont besoin qu'on leur rentre dedans ça nous est déjà  
172 arrivé que arrivé 20h quand tu embauches que la personne oublie déjà toutes les  
173 formules de politesse, dès le début, de leur rentrer dedans et de leur expliquer ce  
174 qu'est la politesse et que on se doit un minimum de respect envers l'équipe  
175 paramédicale et qu'ils sont en colère car ils sont hospitalisés ils ont pas envie c'est  
176 compréhensif personne n'aime être hospitalisé mais que nous on y est pour rien et  
177 qu'on attend un minimum de respect ça nous est déjà arrivé plusieurs fois d'être obligé  
178 de l'expliquer c'est quand même malheureux. Mais souvent la prise en charge se  
179 passe mieux car une fois que la violence est passée tout le monde se calme de son  
180 côté, tout le monde prend sur soi, le patient, le soignant et ça se passe bien. Je dirais  
181 on peut avoir au bout d'un moment un certain agacement après non on répond aux  
182 sonnettes les gens qui ont besoin on est là. Je dirais on peut être plus sec dans nos  
183 explications à un moment.

184 **Théo** : Par rapport au patient qui a commis un acte criminel quelle place tu donnes  
185 aux mécanismes de défense ?

186 **IDE 1** : J'ai vu des collègues agacés auprès de patients détenus mais comme elles  
187 auraient été agacées avec un autre patient. Si c'est 6 fois dans la journée qu'il arrache  
188 son pansement c'est un petit peu chiant. C'est des pansements qui sont très long donc  
189 on s'agace mais comme on se serait agacé avec un autre patient. Après je dirais même  
190 le contraire on va d'avantage faire attention car on sait pertinemment que c'est des  
191 gens qui ont affaire à la loi donc ils peuvent très vite aller s'amuser à aller porter plainte  
192 ou à se plaindre. Les plaintes d'un détenu ça peut aller très loin, l'hôpital est frileux car  
193 ça peut très vite monter et tout ce qui est détenu, je ne sais pas comment le dire mais  
194 il faut faire attention. Il peut vite y avoir scandale donc on a tendance à plus prendre  
195 sur nous que ce soit avec les familles, les détenus ou quoi que ce soit ça peut aller  
196 plus loin. Je sais que notre chef de service fait très attention à ça, il en est même très  
197 frileux c'est-à-dire qu'il insiste pour que la prise en charge soit la même pour tout le  
198 monde et spécifiquement pour eux donc je dirais qu'on a plus tendance à prendre sur  
199 nous quand c'est des détenus pour éviter le scandale que ça peut faire s'il y a un  
200 problème. Après s'il faut s'agacer car ça fait 10 fois qu'il arrache son pansement c'est  
201 agaçant.

202 **Théo** : La question suivante était : Dans quelle mesure ce mécanisme de défense t'a-  
203 t-il permis de te soustraire d'une situation ? Mais comme tu m'as dit que tu n'avais  
204 jamais utilisé de mécanismes de défense tu ne vas pas pouvoir y répondre.

205 **IDE** : Non du coup je vais avoir du mal à te répondre la dessus. Peut-être que j'ai eu  
206 des mécanismes de défense avec des patients mais alors je ne m'en suis pas rendu  
207 compte donc je vais avoir du mal à les analyser.

208 **Théo** : Comment tu définirais les valeurs professionnelles d'un infirmier ?

209 **IDE 1** : C'est quelqu'un qui doit mettre tout le monde sur un pied d'égalité pour moi  
210 une des valeurs principale. Que la prise en charge soit égale. Alors je sais que ça peut  
211 être difficile, que les patients agressifs ça peut être quelque chose de difficile mais on  
212 n'est pas là pour juger les gens, on n'est pas la justice, on n'est pas là pour ça. Après  
213 je ne suis pas là pour me faire marcher dessus mais si il y a quelque chose qui se  
214 passe, je pars du principe que ça ne doit pas venir de nous. S'il y a quelque chose qui  
215 se passe mal, il faut répondre mais ce n'est pas de nous que doit venir l'agressivité ou  
216 la façon de parler qui peut être désagréable.

217 **Théo** : Donc tu dirais qu'il faut apaiser les choses

218 **IDE 1** : Oui il faut être impartial, pour moi c'est l'impartialité qui fait tout, même si ce  
219 n'est pas toujours évident dans chaque situation. Je dis ça mais ça m'est déjà arrivé  
220 de m'agacer, c'est justement pour ça que pour moi c'est essentiel d'être capable de  
221 passer le relais à quelqu'un d'autre. Alors je dis ça avec facilité parce que moi dans le  
222 service où je suis on peut le faire facilement, je sais très bien que dans un service où  
223 tu as 20, 25 lits pour 1 infirmier tu ne peux pas passer la main il faut faire avec. Je  
224 pense que c'est là aussi que c'est difficile c'est à dire quand tu ne peux pas passer la  
225 main bah ce n'est pas évident je pense que c'est aussi là qu'il y a des débordements  
226 parce que ce relais tu ne peux pas le faire.

227 **Théo** : Dans quelles mesures tu penses que tes études ont favorisé ces valeurs  
228 professionnelles ? Est-ce que tu penses que tes trois années d'IFSI t'ont aidé à forger  
229 ces valeurs ?

230 **IDE 1** : Je pense qu'elles les ont forgé forcément oui, après je pense que je les avais  
231 déjà comme toute personne qui rentre à l'IFSI, tu rentres car tu as des convictions. On  
232 le voit, les personnes qui n'ont pas ces valeurs sont soit écartées de la formation soit  
233 dégoûtés et s'en vont eux même. Il y a quand même un certain tri. Quand je vois il y  
234 en a un certain nombre qui ont arrêté d'eux même. Après c'est des valeurs que j'avais  
235 déjà commencé à façonner dans le secourisme car c'est des valeurs sur lesquelles on  
236 insiste au sein du secourisme. Après c'est aussi les stages qui t'aident à les façonner.  
237 Ça dépend aussi sur quels soignants tu tombes car les stages c'est bien beau mais  
238 c'est vraiment les personnes qui te forment qui font que tu es et qui font que tu es plus  
239 ou moins à l'aise dans un stage et qui vont t'aider à avancer. Car les stages c'est bien  
240 joli mais si tu n'as pas un personnel qui est là pour t'aider et qui a ces valeurs aussi tu  
241 ne peux pas les acquérir. Je pense que ça aide à les façonner mais je pars du principe  
242 qu'on les as déjà tu ne peux pas les créer. Tu les as ou tu les as pas tu ne peux pas  
243 créer ces valeurs-là.

244 **Théo** : Comment tu concilies tes valeurs personnelles et professionnelles dans ton  
245 métier d'infirmière ?

246 **IDE 1** : Pour moi mes valeurs sont les mêmes que je sois au travail ou pas, parce que  
247 c'est juste ce que je suis quand je vais au travail. Avant ont disaient aux élèves  
248 infirmiers qu'on posait nos émotions et nos problèmes personnels au vestiaire mais je  
249 suis désolée ce n'est pas quelque chose qui est possible même s'il le faut, je dirais  
250 plus qu'on fait avec, plus qu'on les pose au vestiaire pour les reprendre après. Non tu  
251 es ce que tu es donc pour moi mes valeurs personnelles c'est aussi mes valeurs  
252 professionnelles c'est ce que je suis. Je vais au travail avec ce que je suis avec mes  
253 problèmes si j'en ai et c'est juste qu'il faut être capable de faire avec et de prendre sur  
254 soi. Les déposer au vestiaire je ne vois pas comment c'est possible. A part être dans  
255 l'urgence constamment comme ça m'arrive déjà, comme ça nous arrive parfois et  
256 d'être en pleine réanimation pendant 12h et là tu as autre chose à penser (rire) pour  
257 moi c'est ce que je suis enfin mes valeurs personnelles et professionnelles se  
258 rejoignent.

259 **Théo** : Dans quelle mesure le passé criminel d'un patient intervient-il dans la  
260 confrontation de ces valeurs personnelles et professionnelles ?

261 **IDE 1** : Alors moi en ce qui me concerne le passé du patient n'a pas d'incidences dans  
262 ma prise en charge. Je sais que j'ai certains collègues où ça intervient forcément  
263 surtout ceux qui ne veulent pas savoir ce qu'ils ont fait, c'est parce qu'ils savent  
264 pertinemment que ça ne pourra pas concilier avec leur valeurs et la prise en charge  
265 car ils ne veulent pas savoir. Après l'acte criminel pour moi en ce qui me concerne ça  
266 ne sera pas en accord avec mes valeurs personnelles pour la plupart des prises en  
267 charges sur les actes criminels. J'ai eu un gros trafiquant avec un gros réseau et l'autre  
268 avait assassiné son colocataire de 40 coups de couteaux avant de l'avoir attaché au  
269 lit pour aller acheter de la vodka. Donc non forcément ça ne rentre pas dans mes  
270 valeurs personnelles (rire) mais la prise en charge je dirais il faut être, en tous cas  
271 nous on est beaucoup à se détacher des choses. Mais parce que j'ai eu des stages  
272 qui m'ont prouvés que j'étais capable de me décharger de ça. Comme les stages en  
273 psychiatrie tu le vois si ça passe ou si ça casse. Quand tu as quelqu'un en face de toi  
274 et qu'il n'a pas les mêmes valeurs. Après il faut être capable de prendre du recul, c'est  
275 pour ça que c'est bien dans mon service on tourne pas mal on n'est pas sans arrêt,  
276 tous les jours à prendre en charge le détenu, ça tourne. Ça nous permet de souffler et  
277 de ne pas trop entrer dans le jugement personnel qu'on peut avoir vis à vis des  
278 personnes et d'interférer avec nos valeurs dans la prise en charge. Justement sur le  
279 fait de pouvoir passer la main et de tourner dans les secteurs ça nous évite aussi  
280 justement d'être trop investi sur une prise en charge et qu'on se confronte trop avec  
281 nos valeurs personnelles et qu'au bout d'un moment ça dérape. Après je n'ai pas eu  
282 l'occasion de prendre en charge pendant 3 semaines 1 mois un détenu je les ai eus  
283 en charge mais en tous cas le temps de ma prise en charge c'est passé. Après on a  
284 tendance quand ils sont réveillés, on nous demande de ne pas y aller tout seul. Mais  
285 de ne pas y aller tout seul peut-être parce qu'ils peuvent être agressifs mais peut être  
286 aussi car il suffit que le détenu interprète mal quelque chose, tu es deux, tu peux  
287 prouver ce que l'autre a dit.

288 **Théo** : Toujours dans l'idée de ce que tu disais tout à l'heure sur le fait qu'ils sont très  
289 procéduriers ? Peut-être plus que d'autres patients ?

290 **IDE 1** : Oui c'est très facile de leur côté d'aller taper un scandale et il y en a qui sont  
291 malheureusement comme on a pu le constater avec des familles aussi qui regardent  
292 partout, qui regardent tout, qui ouvrent les tiroirs alors qu'ils n'ont pas le droit, ils  
293 regardent par les fenêtres. On est très observés, ils font très attention car ils ont de  
294 toute façon l'apriori qu'on prend en charge différemment quelqu'un qui est criminel de  
295 quelqu'un qui ne l'est pas et parce qu'ils ont cet apriori quand ils sont détenus ou quand  
296 ils sont en famille c'est la raison pour laquelle ils sont aux aguets sur tout ce qu'on peut  
297 faire et tout ce qu'on peut dire. C'est plus ça des fois où ils nous mettent une pression.

298 **Théo** : Du coup ma question suivante tu as déjà un petit peu répondu elle est liée,  
299 c'est : Comment l'association des valeurs personnelles et professionnelles peuvent  
300 entrer en conflit dans la prise en charge d'un patient qui a commis un acte criminel ?

301 **IDE 1** : Oui ... enfin ... je pense que ça peut entrer en compte si tu le prends trop en  
302 charge ou si les réactions vis à vis de toi sont ... enfin leur passé criminel c'est une  
303 chose moi je m'intéresse plus à ce qu'ils sont face à moi. Il peut avoir fait un crime,  
304 alors je sais que c'est pas facile car certains crimes ne sont pas en accord avec mes  
305 valeurs personnelles mais quand j'ai en face de moi quelqu'un qui va me respecter je  
306 vais le respecter aussi car c'est ce qu'on nous a appris et c'est comme ça que je suis  
307 après dès l'instant où il va arrêter de me respecter dans ce cas on va passer sur un  
308 autre cas de figure ou si j'ai besoin de lui rentrer dedans je lui rentrerai dedans parce  
309 qu'il y a un moment où le respect c'est mutuel. Moi je leur demande juste une chose  
310 c'est de me respecter. Tant qu'ils me respectent il n'y a pas de problèmes. Dès l'instant  
311 qu'ils vont plus me respecter à commencer à être odieux bah dans ce cas c'est déjà  
312 arrivé c'est la police qui est intervenu.

313 **Théo** : Comment est-ce que tu as surmonté tes propres valeurs quand tu as pris en  
314 charge un patient qui a commis un acte criminel ?

315 **IDE 1** : Je dirais que j'arrive facilement à passer au-dessus, c'est après que tu reviens  
316 dessus ... après on est une équipe qui parle beaucoup à côté donc c'est facile  
317 d'évacuer les choses que tu as sur le cœur tu peux facilement les évacuer parce qu'on  
318 parle beaucoup entre nous et donc après comme je disais c'est des actes certains  
319 tu les retrouves chez nous avec des policiers devant la porte qui ont fait des actes  
320 mais qui des fois ne sont pas aussi graves que celui qui a tué son colocataire. On en  
321 a certains qui se retrouvent en prison pour trois mois et dont l'acte criminel en tant que  
322 tel n'est pas si important que ça mais surtout les actes je pense qu'il faut essayer de  
323 les mettre de côté. Moi j'ai cette facilité parce qu'on peut le faire facilement. Le fait de  
324 savoir qu'on peut facilement passer la main à quelqu'un d'autre et qu'on sait que  
325 pendant deux jours on l'aura pas en charge c'est plus facile de prendre sur soi en  
326 disant que ça ne va pas être dans la durée en ce qui nous concerne nous.

327 **Théo** : Du coup ça aide à surmonter ?

328 **IDE 1** : Bah c'est plus facile de se dire que quelqu'un que tu vas avoir pendant un mois  
329 et en plus d'avoir fait un acte criminel il est désagréable tu sais pertinemment qu'après  
330 un mois ça va être difficile à prendre en charge.

331 **Théo** : S'il est très agréable mais qu'il a commis un acte criminel comme tuer son  
332 colloque de 40 coups de couteaux est-ce que tu te verrais le prendre en charge  
333 pendant un mois. Est-ce que ça modifierait ta prise en charge ou tu as quand même  
334 besoin de prendre du recul et d'aller vers des patients plus "classiques" ?

335 **IDE 1** : Non ça ne me gênera pas tant qu'il y a un respect mutuel. C'est plus  
336 l'agressivité envers l'équipe soignante qui va me gêner, criminel ou pas. Quelqu'un qui  
337 est agressif ça va être plus difficile à prendre en charge sur la longueur car ça épuise  
338 beaucoup. C'est en plus des gens qui sont très demandeurs et qui puisent  
339 énormément sur ton mental et puis sur ta capacité physique car quand tu cours dans  
340 tous les sens ce n'est pas évident. Dès l'instant qu'il est respectueux moi ça me va.  
341 J'ai plus de mal à prendre en charge quelqu'un qui a pas fait d'actes criminels mais  
342 qui est très agressif et très désagréable que quelqu'un qui a commis des actes  
343 criminels mais qui est sympathique.

344 **Théo** : Du coup tu m'as déjà répondu à la question suivante mais il y a une question  
345 de relance. C'était est-ce que tu as déjà refusé une prise en charge ou un soin car elle  
346 n'était pas en accord avec tes valeurs personnelles ou professionnelles ? Donc tu m'as  
347 déjà répondu non mais comment toi tu as trouvé les ressources pour faire abstraction  
348 de ça, de tes valeurs personnelles et pour respecter tes valeurs pro ?

349 **IDE 1** : Bah quand on intervient souvent nous dans les chambres on est deux donc  
350 c'est plus facile de faire un soin sur quelqu'un avec qui tu n'es pas du tout en accord  
351 quand tu es deux car tu te soutiens. C'est tout bête mais une prise en charge quand  
352 tu es deux c'est tout de suite plus facile mais parce qu'on a l'avantage de travailler en  
353 binôme infirmier aide-soignant et que sur un soin ou tu as un doute tu sais que la  
354 personne ça peut dégénérer ou va être désagréable le fait de travailler en binôme ça  
355 facilite le travail.

356 **Théo** : Comment tu définis la relation soignant-soigné ?

357 **IDE 1** : Ouh la (rire) ... La relation soignant-soigné ? C'est complexe une relation  
358 soignant-soigné. Une relation soignant-soigné ça peut très bien être sur quelques  
359 heures aux urgences ou sur des années en EHPAD. La relation soignant-soigné c'est  
360 complexe car aux urgences tu n'as pas d'attaches ça va être beaucoup plus bref alors  
361 qu'en EHPAD la relation soignant-soigné elle est essentielle. Enfin elle est essentielle  
362 partout je ne dis pas qu'elle est plus essentielle en EHPAD qu'aux urgences mais tu  
363 t'investis forcément plus et elle peut être soit très agréable ou au contraire très  
364 épuisante sur le long terme. La relation soignant-soigné, elle est essentielle même en  
365 réanimation sur des gens quand on leur parle, systématiquement il n'y a pas de relation  
366 c'est faux. Ils ne sont pas tous dans le coma artificiel. Nous quand on prend une  
367 personne en charge on prend aussi en charge la famille qui va être présente et qui va  
368 avoir des craintes. La prise en charge de la famille elle fait partie intégrante de la  
369 personne qui est soignée, en tous cas dans le service où je suis. Elle est existentielle

370 cette relation soignant-soigné quand les gens se réveillent, ils sont intubés, ils sont  
371 forcément attachés et c'est angoissant c'est horrible comme situation à vivre. Sachant  
372 qu'il y a ¼ des personnes qui se réveillent qui ont des hallucinations, qui ne savent  
373 pas où ils sont. On en a certains qui étaient persuadés que toutes les nuit on les  
374 emmenait dans les sous-sols des hôpitaux, qu'on les craignait, qu'on voulait du mal à  
375 leur famille. Les hallucinations c'est juste horrible, si tu n'as pas cette relation soignant-  
376 soigné pour essayer de calmer les choses bah ta prise en charge elle est merdique.  
377 Les gens qui sont même conscients qu'ils sont intubés et attachés, cette relation elle  
378 est essentielle, d'être là, d'être présent pour leur expliquer les choses. De pouvoir être  
379 aux petits soins, de leur mettre la télévision, de pouvoir les installer correctement  
380 comme ils veulent, de s'inquiéter, de demander à la famille qu'ils aient leur  
381 shampoing, leurs lunettes c'est tout bête mais d'être lavé par ton shampoing ou ton  
382 gel douche que tu as chez toi au lieu du truc de l'hôpital c'est parfois en réanimation la  
383 seule chose que tu as de l'extérieur. Entre les machines et la casas que tu es obligé  
384 d'avoir c'est la seule chose que tu as de chez toi. Tu n'as pas un soignant en face de  
385 toi pour s'inquiéter de comment tu vas moralement car la réanimation les gens voient  
386 ça comme quelque chose de très technique et c'est très technique c'est que de la  
387 manipulation et là aussi cette relation SS c'est très mis en avant. Moi quand je vois le  
388 nombre de cartes qu'on reçoit des gens qui sortent et qui nous remercient que ce soit  
389 la famille ou les patients il y a justement cette relation soignant-soigné qui est  
390 essentielle c'est la raison pour laquelle on a des bonnes prises en charge. Parce qu'on  
391 les tire vers le haut. Des fois tu vas être désagréable en leur disant non, vous faites  
392 votre toilette du haut parce que même si vous ne voulez pas je ne la ferai pas vous la  
393 ferez. Si vous continuez à vous enfoncer comme ça vous allez finir par ne plus pouvoir  
394 le faire car vous allez atrophier vos muscles et vous allez aller vers un syndrome de  
395 glissement et vous allez continuer et au final vous allez vous retrouver dans un fauteuil  
396 alors que vous pouvez vous retrouver dans votre jardin. Et parce que on s'investit  
397 relationnelle- ment un minimum avec eux qu'on peut les tirer vers le haut. Les patients  
398 de réa qui sont amputés, qui ont vécu un drame familiale, ils sont triste, on ne les laisse  
399 pas triste à ne rien faire on est humain on ne va pas les laisser comme ça constamment  
400 parce qu'ils ne sont pas bien. On est là pour eux pour leurs angoisses, c'est stressant  
401 la réanimation quand tu vois le nombre de bip sur les écrans constamment, les gens  
402 qui courent dans tous les sens qu'on t'oblige à ne pas sortir du lit tu es ficelé à pleins  
403 de fils, de capteurs, pour te mettre au fauteuil c'est une prescription médicale, tu  
404 dépends totalement de l'équipe médicale et paramédicale et si tu n'as pas un minimum  
405 de relation soignant-soigné ça ne peut pas bien se passer, c'est même pas  
406 envisageable. Pour moi c'est essentiel, je sais qu'il y a des réanimations qui ne sont  
407 pas comme ça, j'ai eu certains retours, moi ça me scandalise de voir une personne en  
408 réanimation ne pas parler aux gens intubés sous prétexte qu'ils ne te répondront pas.  
409 Alors ils ne peuvent pas te répondre en parlant mais ils peuvent très bien te répondre  
410 de la tête oui ou non. Ça se lit aussi sur le visage. C'est pas parce qu'il est intubé que  
411 tu ne peux pas avoir de relation soignant-soigné c'est faux. Ce n'est pas parce que tu

412 as un patient sourd ou aveugle que tu ne vas pas avoir de relation avec ces patients-  
413 là. C'est comme quelqu'un qui est intubé. On voit la réa comme quelque chose très  
414 technique, ils sont tous endormis dans les comas mais ce n'est pas vrai, on a  
415 énormément de relations avec nos patients. C'est une fausse idée que les gens se  
416 font. Pour moi c'est essentiel la relation soignant-soigné tu ne peux pas faire sans. Je  
417 sais qu'il y a des réanimations ou des IDE et AS qui n'ont pas ces valeurs là. Mais  
418 chez nous si tu n'as pas ça tu es vite mis à l'écart et très vite ensuite du service.

419 **Théo** : Comment cette relation se met elle en place dans ton exercice professionnel ?

420 **IDE** : À chaque fois que je suis avec un patient cette relation soignant-soigné se met  
421 en place. C'est-à-dire que dès que le patient entre dans le service cette relation se met  
422 en place. Quand je l'accueille dans le service parfois même avant d'être dans la  
423 chambre, on est dans le couloir et le premier contact est très important.

424 **Théo** : Et quelle place donnes-tu à la relation soignant-soigné dans la prise en charge  
425 d'un patient qui a commis un acte criminel ?

426 **IDE 1** : Pour moi c'est ce qui va faire ta prise en charge c'est-à-dire le premier rapport  
427 que tu vas avoir avec lui justement cette relation soignant-soigné et le rapport que tu  
428 as avec eux va définir la prise en charge que tu vas avoir sur le long terme avec lui si  
429 au premier abord ça se passe mal, c'est mort, tu sais pertinemment que ça va mal se  
430 passer sur tes soins. Si il sent que tu vas le prendre en charge comme quelqu'un  
431 d'autre sur ses soins, dès l'instant qu'il va ressentir ça normalement d'un point de vue  
432 général ça va pas bien se passer. C'est vraiment cette relation soignant-soigné du tout  
433 début qui est importante parce que c'est là dessus qu'ils vont se baser. C'est comme  
434 un autre patient si d'entrée de jeu tu es désagréable avec lui il va te coller une étiquette,  
435 c'est mort. Il ne va plus pouvoir te voir. Mais elle est essentielle surtout sur le début.  
436 Après ce n'est pas des gens avec qui on va forcément beaucoup parler. Quoi que ...  
437 Nous on est des bavardes.

438 **Théo** : Justement ça introduit la dernière question c'est que représente pour toi la juste  
439 distance professionnelle ?

440 **IDE 1** : Bah la juste distance pour moi il faut suffisamment avoir de relation poussée  
441 dans le sens où la personne en face de toi va avoir confiance et va pouvoir se livrer  
442 que ce soit au niveau de son corps parce que ce n'est pas évident de se faire mettre  
443 une sonde urinaire mine de rien c'est hyper intrusif comme soin. Il faut avoir  
444 suffisamment de relation pour que la personne ait confiance en toi pour qu'elle se livre  
445 d'un point de vue physique comme relationnel et mentale pour se livrer un minimum  
446 parce qu'il y a le soin physique mais aussi tout ce qui est à-côté si la personne ne va  
447 pas bien mentalement ça ne va pas être évident à prendre en charge car les soins  
448 seront faits plus vite et moins bien mais il ne faut pas non plus faire intervenir notre vie  
449 perso dans cette relation. Pour moi le patient n'a pas à savoir comment se passe la  
450 vie personnelle. C'est quelque chose qu'on n'a pas à faire intervenir dans la relation  
451 soignant-soigné. On a pas à introduire notre vie personnelle car à partir du moment où  
452 tu fais intervenir ta vie personnelle c'est tout de suite plus compliqué ça m'est déjà  
453 arrivé et puis là si le patient en face de toi utilise ta vie personnelle pour te piquer on

454 sait pertinemment qu'on va répondre plus facilement parce que c'est la vie  
455 personnelle. Pour moi il ne faut pas faire intervenir la vie personnelle mais ça  
456 n'empêche pas de pouvoir parler avec les patients de tout et de rien moi ça m'est déjà  
457 arrivé de parler des infos, de la musique, de ce qu'on aime ou pas, de voyages mais  
458 j'ai jamais parlé de ma vie personnelle en tant que telle. Je crois qu'il faut être capable  
459 de parler de tout et de rien sans pour autant faire intervenir réellement sa vie  
460 personnelle.

461 **Théo** : Et comment tu gères cette juste distance avec des patients qui ont commis un  
462 acte criminel ? Est-ce que tu la gères pareille?

463 **IDE 1** : Il n'y a pas de différence, moi ça m'est arrivé avec le détenu de parler de tout  
464 et de rien après il avait une facilité déconcertante à parler de son acte, ça par contre  
465 c'est particulier. À s'en excuser aussi même si on n'est pas là pour ça on est là pour  
466 l'entendre à la rigueur s'il l'a dit mais on n'est pas là pour donner un jugement. Moi ça  
467 m'est arrivé de parler de tout et de rien avec lui mais je n'ai jamais été parlé de ma vie  
468 personnelle.

## Entretien J-F.M N°2

- 1 **Théo** : Est-ce que tu peux déjà te présenter, me dire depuis quand tu es diplômé, dans  
2 quel service tu travailles et les structures dans lesquelles tu as travaillé ?
- 3 **IDE 2** : Moi je m'appelle J.F je suis diplômé depuis juillet 2017, j'ai travaillé pour  
4 plusieurs services, j'ai travaillé aux urgences, en médecine respiratoire et infectieuse  
5 et là je travaille en intérim donc je fais un peu de tout mais surtout de la chirurgie.
- 6 **Théo** : Du coup tu m'as dit que tu avais pris en charge un patient qui a commis un acte  
7 criminel, ça va être un peu le fil rouge de cet entretien.
- 8 **IDE 2** : Il y en a eu plusieurs du coup tu veux que je parle de tout où je me centre sur  
9 un seul ?
- 10 **Théo** : Non d'une manière générale. Du coup est-ce que tu peux me donner les  
11 informations que tu as quand tu les prends en charge, est-ce que tu sais le motif  
12 d'incarcération ou est-ce que tu as d'autres infos ?
- 13 **IDE 2** : J'ai déjà eu des patients notamment aux urgences qui étaient en box cellule.  
14 Parfois les patients se confient et peuvent nous donner eux même le motif ou alors  
15 c'est en discutant avec les policiers qui nous donnent des informations comme la durée  
16 d'incarcération. On sait que si le patient a pris 10 ans ferme ce n'est pas un petit  
17 délinquant.
- 18 **Théo** : D'accord donc tu ne savais pas s'ils étaient là pour un petit délit ou pour avoir  
19 commis un acte criminel ?
- 20 **IDE 2** : Alors j'ai eu les deux. Des patients qui viennent aux urgences et qui ont commis  
21 un petit délit entre parenthèses mais aussi des patients qui étaient extraits de prison  
22 pour être hospitalisés et qui eux étaient bien des criminels comme on l'entend dans la  
23 loi.
- 24 **Théo** : Ok donc pour cet entretien on va se concentrer sur les patients qui ont commis  
25 un acte criminel et que tu as pris en charge.  
26 Alors première question est-ce que tu peux me définir pour toi, ce que sont les valeurs  
27 personnelles ?
- 28 **IDE 2** : Comment dire, ça va peut-être entrer en opposition avec les valeurs soignantes  
29 qui sont plus larges et qui vont concerner tous les infirmiers. Ce sont nos valeurs  
30 qu'elles soient politiques ou personnelles en termes d'amitié ou de relation avec  
31 d'autres personnes hors du contexte professionnel. Pour moi les valeurs personnelles  
32 c'est la personne qu'on est dans la vie de tous les jours. C'est en opposition avec les  
33 valeurs professionnelles, par exemple la fidélité qui pourrait être une valeur  
34 personnelle alors que la solidarité en équipe pourrait être une valeur professionnelle.
- 35 **Théo** : Bah du coup tu commences un peu ma question suivante, c'est qu'elles sont  
36 pour toi tes principales valeurs personnelles ?
- 37 **IDE 2** : Je dirais la fidélité, la loyauté. On ne laisse jamais quelqu'un derrière c'est  
38 principalement ça, et le partage.
- 39 **Théo** : Quelle place occupent tes valeurs personnelles dans l'exercice de ton métier ?

40 **IDE 2** : Ce sont ces valeurs-là qui m'ont guidé vers la voie d'infirmier entre guillemets  
41 parce que je m'y retrouvais notamment dans ce côté aide à l'autre, le côté on est tous  
42 des êtres humains donc on doit s'entraider, l'entraide est aussi une valeur importante.  
43 **Théo** : Que penses-tu de la prise en charge d'un patient qui a commis un acte criminel  
44 **IDE 2** : Au début on a une petite appréhension car on se fait une idée de l'univers  
45 carcéral on s'attend avoir une espèce de tueur bodybuildé mais en général c'est des  
46 gens comme tout le monde. Des fois ils ont un état de santé un peu dégradé parce  
47 que du coup en prison ce n'est pas forcément top, mais sinon ouais c'est un patient,  
48 moi de mon côté j'essaie de ne pas me renseigner sur ce qu'ils ont fait parce que moi  
49 je prends en charge mon patient puis la justice fait son travail et la santé fait le sien.  
50 **Théo** : Comment tu as vécu la prise en charge de ce patient par rapport à tes valeurs  
51 personnelles ?  
52 **IDE 2** : Moi ça ne m'a pas posé de soucis je sais que pour des collègues ça a pu être  
53 difficile, mais je pense que c'est l'avantage d'avoir fait une fac de droit avant d'arriver  
54 en études d'infirmier j'ai dissocié les deux. Mon travail n'était pas de savoir si ce qu'il  
55 avait fait était bien ou mal mais je me suis plus ou moins rapporté au serment  
56 d'Hippocrate, on soigne tout le monde et ce n'est pas à nous de poser les questions.  
57 **Théo** : Et donc pour toi le serment d'Hippocrate te guide dans ton travail ?  
58 **IDE 2** : Oui car le code de déontologie infirmier s'y réfère quand même vachement. Et  
59 du coup bah oui c'est les premières valeurs du soignant qui ont été écrites et du coup  
60 pour moi les valeurs soignantes s'y retrouvent toujours comme infirmier. Ne pas nuire,  
61 ne pas juger les gens et juste les prendre en soin du mieux qu'on peut.  
62 **Théo** : Comment tu définis les émotions du soignant ?  
63 **IDE 2** : C'est à la fois un outil et à la fois un danger. C'est que les émotions, il faut  
64 savoir les reconnaître et ne pas les laisser nous déborder. Que ce soit la peur,  
65 l'appréhension, la colère, des choses comme ça on peut les ressentir mais il faut savoir  
66 aussi les détecter pour prendre en soin le patient et savoir passer la main si on n'arrive  
67 pas à les gérer. On ne peut pas éteindre ses émotions quand on est au travail mais on  
68 doit les gérer parce qu'on est professionnel.  
69 **Théo** : Quelle place occupent tes émotions dans la prise en charge des patients ?  
70 **IDE 2** : Une place assez faible en fait, parce que du coup je vois plus l'infirmier comme  
71 un professionnel et pas une simple nonne qui s'occupe des gens donc le but c'est que  
72 les émotions prennent le moins de place possible. On est censé rationaliser le soin et  
73 pas l'émotionnaliser.  
74 **Théo** : Ok, et comment tu gères toi tes émotions par rapport à un patient criminel ?  
75 **IDE 2** : Bah j'essaie de le voir comme un patient j'allais dire normal, mais comme un  
76 autre patient non criminel et essayer de ne pas laisser des émotions prendre le dessus  
77 et ne pas laisser la petite peur quand tu as des petits papillons dans le ventre te dit : il  
78 est peut-être dangereux, mais en même temps il y a peu de raisons pour qu'il soit  
79 dangereux pour moi. Normalement, je suis en train de faire un soin qui est bien pour  
80 lui donc j'ai pas de raison d'avoir des soucis avec lui.

81 **Théo** : D'accord et du coup, quand tu fais des soins est-ce qu'il y a toujours la police  
82 avec toi ?

83 **IDE 2** : Alors non en général ils sont à l'extérieur du box.

84 **Théo** : Mais ils peuvent intervenir rapidement en cas de problème ?

85 **IDE 2** : Oui tout-à-fait, ils sont juste derrière la porte.

86 **Théo** : Est-ce que c'est une ressource pour toi, est-ce que ça te permet d'éliminer le  
87 stress ?

88 **IDE 2** : Non je trouve que le fait d'avoir des gens armés à côté de moi c'est plus une  
89 source de stress.

90 **Théo** : Plus stressant pour toi ou pour le patient ?

91 **IDE 2** : non pour moi. Le patient en général est habitué, mais moi je ne suis pas habitué  
92 à cette situation, d'avoir des gens avec des gilets pare-balles au milieu d'un hôpital  
93 c'est pas courant. Une fois, une dame âgée est arrivée aux urgences, elle devait avoir  
94 80 ans avec trois autres femmes et du coup je leur dit de rester à l'extérieur. Et en fait  
95 quand j'ai vu l'arme de l'accompagnante, elles m'ont dit qu'elles étaient gendarmes et  
96 qu'elles avaient arrêté cette mamie qui volait des choses dans un magasin et du coup  
97 bah vachement surpris car j'avais un apriori car j'avais l'impression que la mamie était  
98 innocente avec sa petite téléalarme autour du cou mais de voir l'arme du gendarme  
99 c'est bête mais j'ai fait attention à pas laisser de choses de valeurs dans le box. Alors  
100 là, elle n'était pas encore passée en jugement elle était juste arrêtée mais ça joue  
101 quand même un petit peu.

102 **Théo** : Et ça c'est le fait de voir l'arme du policier ?

103 **IDE 2** : Bah je lui ai posé la question et du coup elle m'a dit qu'elle était gendarme et  
104 qu'elle avait arrêté la mamie.

105 **Théo** : Que sont pour toi les mécanismes de défense ?

106 **IDE 2** : Ce sont des comportements inconscients que l'on va mettre en place quand  
107 l'on se retrouve dans des situations difficiles. Le fait de refouler certaines pensées ou  
108 des émotions et de ne pas entendre certaines informations parce que notre cerveau  
109 n'est pas prêt à le traiter. C'est pas quelque chose de conscient on ne peut pas les  
110 déclencher exprès.

111 **Théo** : Et quelle place tu donnes aux mécanismes de défense dans la prise en charge  
112 d'un patient qui a commis un acte criminel ?

113 **IDE 2** : Bah, quand je les repères dans la prise en soins j'essaye de comprendre  
114 comment ils sont arrivés là pour prendre en soins le patient de la meilleure des  
115 manières possibles en évitant que les instincts prennent le dessus et éviter de  
116 considérer le patient comme quelqu'un de dangereux. C'est plutôt des mécanismes  
117 qui sont délétères dans la prise en soins d'un patient.

118 **Théo** : Dans quelle mesure ce mécanisme de défense toi, il peut te permettre de te  
119 soustraire à une situation ?

120 **IDE 2** : Aucune idée, comme ça je n'ai pas d'exemple en tête où c'est arrivé.

121 **Théo** : Ok, du coup on revient aux valeurs, tu m'as déjà parlé très vite des valeurs  
122 professionnelles mais pour toi comment tu définis les valeurs professionnelles d'un  
123 infirmier ?

124 **IDE 2** : C'est des valeurs qui sont en théorie commune à toute la profession c'est à  
125 dire de ne pas juger les patients, de respecter les patients, d'être dans la bienveillance,  
126 de respecter leurs choix de vie, je pense que le respect du consentement est quelque  
127 chose de très important. La solidarité dans l'équipe parce qu'on fait un travail qui n'est  
128 pas toujours facile et on a besoin d'une équipe derrière nous qui peut nous soutenir  
129 notamment dans les situations d'urgence ou il y a besoin de cette solidarité et de cette  
130 confiance dans l'équipe.

131 **Théo** : Dans quelle mesure tu penses que tes études à l'IFSI ont favorisé l'émergence  
132 de tes valeurs professionnelles ?

133 **IDE 2** : Il y a eu des temps à l'IFSI notamment les temps de retour de stage qui nous  
134 permettaient de parler de situation qu'on avait vécu et qui nous avaient questionnés.  
135 Mais c'est surtout dans les stages où la rencontre des professionnelles forge nos  
136 valeurs. Moi j'ai toujours pensé que les cadres de santé formateurs étaient toujours  
137 très éloignés des soins et parfois très éloignés du métier d'infirmier car ils l'exercent  
138 plus depuis longtemps. Du coup j'ai plus pris comme modèle des infirmiers que j'ai eu  
139 en stage que des formateurs que j'ai eus à l'IFSI. Enfin moi je considère que j'ai été  
140 plus formé pendant mes stages qu'à l'IFSI parce que c'était beaucoup de blablas.

141 **Théo** : Comment tu concilies tes valeurs personnelles et professionnelles dans  
142 l'exercice de ton métier ?

143 **IDE 2** : Je pense que comme j'ai fait un bon choix d'orientation ça se concilie plutôt  
144 bien. C'est-à-dire que les valeurs que j'avais déjà personnellement composent bien  
145 avec les valeurs soignantes. Elles vont très bien ensemble. De ne pas juger les gens,  
146 de tolérer les différences, des choses comme ça qui se retrouvent bien dans le métier  
147 d'infirmier.

148 **Théo** : Donc pour toi c'est facile car tu n'as pas besoin de les concilier ?

149 **IDE 2** : C'est ça, pour moi ça a été facile parce que je m'y retrouve. Du coup même, je  
150 vais confondre les valeurs personnelles et professionnelles car il y en a je ne sais pas  
151 si je les considère comme personnelles ou professionnelles.

152 **Théo** : Dans quelle mesure le passé criminel d'un patient intervient-il dans la  
153 confrontation de ces valeurs personnelles et professionnelles ?

154 **IDE 2** : Je pense que certains crimes sont trop graves pour qu'on puisse prendre en  
155 soins le patient. Il y a des crimes où on peut entendre le fait qu'un patient l'ai fait. Mais  
156 des criminels comme des pédophiles ou des violeurs j'aurai eu du mal à passer outre  
157 car ça va trop à l'encontre de mes valeurs pour que je les prenne en soins comme un  
158 patient normal. C'est jamais arrivé mais si c'était arrivé j'aurais eu du mal. Parce que  
159 c'est des gens qui seraient allé trop loin pour moi dans la voie criminelle et j'aurais eu  
160 du mal à les considérer comme des patients. Enfin, j'aurais eu du mal à soigner  
161 quelqu'un qui a fait beaucoup de mal. Même si en théorie on soigne tout le monde

162 mais je pense qu'il y a certaines personnes... Par exemple est-ce que j'aurais sauvé  
163 Adolf Hitler ? Je ne sais, enfin je ne sais pas si tu vois mais c'est pour aller dans l'excès.  
164 **Théo** : Comment l'association des valeurs personnelles et professionnelles peuvent-  
165 elles entrer en conflit dans la prise en charge d'un patient qui a commis un acte criminel  
166 ?  
167 **IDE 2** : Si ces valeurs sont beaucoup trop éloignées des tiennes tu vas avoir un gros  
168 décalage et ne vas pas pouvoir entre guillemets comprendre ton patient car le  
169 décalage va être trop grand entre lui son comportement et toi ce que tu attends entre  
170 guillemet de normal pour un être humain. Tu vas peut-être être un peu plus distant. Tu  
171 vas faire le soin technique mais tu vas moins t'investir dans la relation avec ton patient.  
172 Dans la relation de confiance. Tu vas te protéger, tu vas te dire je vais m'investir a  
173 minima avec lui, je vais faire mon travail a minima, je vais le soigner point et il va rentrer  
174 chez lui. Je ne m'engage pas, je me protège.  
175 **Théo** : Du coup tu réponds un peu à la question suivante, c'est comment tu as  
176 surmonté tes propres valeurs pour prendre en charge un patient criminel ? C'est un  
177 peu ce que tu disais avant.  
178 **IDE 2** : Oui c'est ça, me protéger en restant juste dans le technique c'est bête et  
179 méchant et du coup ça demande moins de réflexion, moins d'investissement  
180 sentimental.  
181 **Théo** : Est-ce que tu as déjà refusé un soin car il n'était pas en accord avec tes valeurs  
182 personnelles ou professionnelles ?  
183 **IDE 2** : Non !  
184 **Théo** : Et du coup comment tu fais abstraction ?  
185 **IDE 2** : J'en ai fait abstraction en me concentrant juste sur la technique. En disant je  
186 vais le faire vite fait bien fait et gagner du temps au max du coup sur la prise en charge.  
187 Elle est peut-être d'un peu moins bonne qualité mais elle est présente quand même.  
188 Plus vite c'est fait plus vite c'est passé.  
189 **Théo** : Maintenant on va parler de la relation soignant-soigné, comment toi tu définis  
190 la relation soignant-soigné ?  
191 **IDE 2** : C'est une relation qui doit être équitable. Je disais que pour moi les valeurs les  
192 plus importantes c'est le consentement du patient libre et éclairé sans contraintes  
193 mises sur lui. Tu dois lui donner les informations nécessaires pour lui permettre d'avoir  
194 un consentement qui est le sien et pas selon toi ce qui est le mieux pour lui. Le modèle  
195 un peu paternaliste du médecin qui décide du parcours de soins du patient moi ne me  
196 plait pas trop et du coup dans une relation soignant-soigné que le patient me dise de  
197 lui-même ce dont il a besoin. C'est peut être bête mais sur les antalgiques, des choses  
198 comme ça c'est vraiment d'écouter le patient, et toi lui proposer les solutions de soins  
199 que tu peux, toujours en lui expliquant là je peux vous donner tel antalgique à telle  
200 heure si vous avez encore mal vous pouvez rappeler on peut monter de pallier. Définir  
201 un projet de soins à deux car en théorie un soin c'est ... Enfin nous on est juste entre  
202 guillemets un outil pour le patient car il n'a pas les capacités physique de le faire ou

203 alors il n'est pas formé pour le faire et du coup on le fait à sa place mais toujours pour  
204 lui.

205 **Théo** : Comment cette relation tu la mets en place dans ton exercice professionnel ?

206 **IDE 2** : Oui j'explique toujours à mes patients ce que je vais faire et pourquoi je le fais  
207 et je leur laisse la possibilité de refuser un soin s'ils ne veulent pas. Les soins ça va du  
208 traitement à la prise de sang, pose de perfusion ou une transfusion qui peuvent être  
209 refusées en fonction des valeurs des gens donc tu leur explique pourquoi tu le fais,  
210 pourquoi c'est nécessaire selon les théories médicales et après tu leurs dit nous on  
211 pense que ça c'est mieux pour vous si vous êtes d'accord on le fait si vous n'êtes pas  
212 d'accord on va essayer de trouver autre chose mais ça ne va pas être aussi efficace.

213 **Théo** : Quelle place tu donnes à la relation soignant-soigné quand tu prends en charge  
214 un patient criminel ?

215 **IDE 2** : Dans le cas où je l'ai fait, la même place qu'un autre patient, c'est en théorie  
216 un patient comme un autre et on doit le prendre en charge de la même façon. Il a une  
217 privation de liberté vu qu'il a commis un crime mais ce n'est pas une abolition totale  
218 de ces libertés donc il a toujours le droit de dire non à un soin. Il a toujours le droit de  
219 refuser quelque chose. Ça reste un être humain.

220 **Théo** : Que représente pour toi la juste distance professionnelle ?

221 **IDE 2** : Les patients ne doivent entre guillemets jamais devenir des amis, une relation  
222 c'est une relation professionnelle. C'est une relation avec son infirmier mais du coup  
223 une fois que je ne suis plus son infirmier j'ai plus besoin d'avoir cette relation de  
224 confiance ou de partage avec lui. Si je le croise à l'extérieur je peux lui faire un signe  
225 s'il me reconnaît mais sans plus ça reste une relation professionnelle.

226 **Théo** : Et du coup comment tu gères la juste distance avec un patient qui a commis  
227 un acte criminel ?

228 **IDE 2** : Bah j'essaye d'en faire abstraction et de me comporter de la même façon que  
229 je me comporterai avec un patient non criminel.

230 **Théo** : Donc comme ta relation soignant-soigné, ta distance professionnelle n'est pas  
231 impactée par le fait qu'il a commis un acte criminel ?

232 **IDE 2** : Non en tous cas j'essaye qu'elle le soit le moins possible. Et selon moi elle doit  
233 l'être le moins possible. Enfin il y a des petites choses qui font que l'on se comporte  
234 différemment. C'est bête mais le fait d'enlever ses pinces Kocher et ses ciseaux de sa  
235 poche et même les stylos avant d'entrer dans la cellule parce que potentiellement il y  
236 a danger, bah ça nous rappelle que ce n'est pas un patient comme les autres. Mais on  
237 doit être capable d'oublier, de le laisser à la porte et de s'occuper du patient. Penser  
238 d'abord au patient avant de penser au criminel.

## Entretien C.L N°3

- 1 **Théo** : Est-ce que tu peux te présenter, me dire depuis quand tu es diplômée, depuis  
2 quand tu travailles dans ce service, dans quel service tu travailles et un peu ton  
3 parcours depuis ton diplôme ?
- 4 **IDE 3** : Bonsoir, je m'appelle C je suis diplômée depuis juillet 2017 et depuis août 2017  
5 je travaille en chirurgie urologique et c'est tout ce que j'ai fait depuis le diplôme.
- 6 **Théo** : Quand on discutait tu m'as dit que tu avais pris en charge un patient qui avait  
7 commis un acte criminel, est-ce-que tu peux me le présenter, est-ce-que tu peux me  
8 dire les informations que tu avais au moment de sa prise en charge à propos de son  
9 passé ?
- 10 **IDE 3** : C'est un monsieur qui venait de la prison de Fresnes, qui est venu pour se faire  
11 opérer, qui était donc sous surveillance policière. À son arrivée on avait aucune  
12 information, en tous cas moi, j'en n'avais aucune et c'est des policiers avec qui j'ai  
13 sympathisé qui étaient là la nuit qui m'ont expliqué pourquoi.
- 14 **Théo** : D'accord, donc tu connaissais le motif exact ?
- 15 **IDE 3** : Non pas exact !
- 16 **Théo** : On va donc commencer la première question, est-ce-que tu peux me définir ce  
17 que sont pour toi les valeurs personnelles ?
- 18 **IDE 3** : Les valeurs personnelles (rire) c'est ce que j'amène de moi dans mon travail.  
19 C'est-à-dire que moi dans mes valeurs, en tant qu'infirmière c'est d'être souriante,  
20 d'être respectueuse, d'être toujours avenante, dans l'empathie pour moi c'est mes  
21 valeurs personnelles que j'amène dans mon sac à main quand je viens à l'hôpital.
- 22 **Théo** : Et hors de l'hôpital quelles sont tes valeurs personnelles ? Comment tu définis  
23 une valeur personnelle en général ?
- 24 **IDE 3** : Du coup je définirais ça comme un état d'esprit ou une façon d'être, auxquels  
25 on attache une importance pour soi, on fait attention de la mettre à profit tous les jours.
- 26 **Théo** : Est-ce que tu peux me donner tes principales valeurs personnelles ? Dans ta  
27 vie de tous les jours, on parlera plus tard de tes valeurs professionnelles.
- 28 **IDE 3** : Dans la vie de tout le jour j'attache beaucoup d'importance et je tâche de l'être  
29 sur le respect, l'empathie et la sympathie. Ce sont mes trois valeurs personnelles.
- 30 **Théo** : Ok, quelle place occupent tes valeurs personnelles dans l'exercice de ton  
31 métier ?
- 32 **IDE 3** : Si on devait mettre un pourcentage ce serait de l'ordre de 100% c'est à dire  
33 que l'empathie à laquelle j'attache une importance, le respect et la sympathie elle est  
34 clairement visible quand je travaille.
- 35 **Théo** : Ok, que penses-tu de la prise en charge d'un patient qui a commis un acte  
36 criminel ?
- 37 **IDE 3** : Je pense que sur le papier cela ne doit rien changer. C'est comme ça, c'est  
38 une évidence, c'est un patient comme un autre. Maintenant dans la réalité je pense  
39 que consciemment ou inconsciemment, et j'espère inconsciemment on fait une  
40 différence, quand même. Ce n'est pas normal, mais on le fait.

41 **Théo** : Comment elle se manifeste pour toi cette différence ?

42 **IDE 3** : Du coup je me base vraiment sur cet exemple là, je pense que j'ai moins

43 raconté de blagues, j'ai moins été vers le contact physique avec lui.

44 **Théo** : Comment est-ce que tu as vécu la prise en charge d'un patient qui a commis

45 un acte criminel ? Surtout que toi tu connaissais le motif par rapport à tes valeurs

46 personnelles ?

47 **IDE 3** : Justement comme dans mes valeurs personnelles le prendre en charge en tant

48 que patient est extrêmement important j'ai essayé de ne faire aucune différence entre

49 les deux.

50 **Théo** : Ok, comment tu définis les émotions du soignant ?

51 **IDE 3** : (Rire) une définition ? ... Bah c'est les choses que l'on va mettre en œuvre

52 consciemment ou inconsciemment et qui vont avoir des répercussions sur notre

53 manière de travailler.

54 **Théo** : Et quelle place occupent tes émotions quand tu prends en charge des patients

55 d'une manière générale ?

56 **IDE 3** : On aime tous à se dire que l'on ne met pas nos émotions, que l'on est là pour

57 travailler, je pense que ce n'est pas vrai. Un patient pour qui je ressens de la

58 sympathie, à la base je ressens de la sympathie pour tous mes patients jusqu'au

59 moment où ça peut basculer.

60 Tu peux répéter la question ? Je me suis égarée dans ma réponse.

61 **Théo** : C'était quelle place occupent tes émotions dans la prise en charge des patients

62 ?

63 **IDE 3** : Oui elles occupent une place extrêmement importante c'est évident après je

64 fais en sorte que mes émotions qui n'ont rien à voir avec ce patient-là ne l'impact pas.

65 Par contre, s'il m'a énervé, il m'a énervé.

66 **Théo** : Et comment tu gères tes émotions quand tu prends en charge un patient qui a

67 commis un acte criminel ?

68 **IDE 3** : J'ai pas eu de besoin... Enfin j'ai pas eu besoin de me poser la question, je

69 n'ai pas été en situation de difficulté face à lui. C'est très faux, c'est complètement faux

70 parce qu'il a été très violent une nuit envers une des policière qui était là, et en effet

71 j'ai changé je pense inconsciemment et maintenant en y réfléchissant, j'ai changé dans

72 le sens où j'étais plus sa copine dans la relation que j'avais avec lui, où on s'entendait

73 bien, là j'étais la soignante qui lui laisse pas le choix et que ce sera la piqûre qui va le

74 calmer.

75 **Théo** : Mais du coup il y a eu un avant et un après le fait qu'il ne respecte pas le

76 personnel ?

77 **IDE 3** : Pas le personnel soignant !

78 **Théo** : Oui mais le personnel policier ou pénitencier

79 Est-ce que tu peux me dire ce que sont pour toi les mécanismes de défense ?

80 **IDE 3** : Les mécanismes de défense c'est ce que l'on met en œuvre, encore une fois,

81 consciemment ou inconsciemment pour se protéger soi et pour ce que l'on pense

82 parfois être de protéger le patient.

83 **Théo** : Et quelle place tu donnes aux mécanismes de défense dans la prise en charge  
84 d'un patient qui a commis un acte criminel ?

85 **IDE 3** : J'essaye de me remémorer des mécanismes de défense (rire). Je n'ai pas  
86 l'impression d'en avoir spécialement mis en œuvre mis à part ce moment ou du coup  
87 il a été violent, forcément bah ce pourquoi il est en prison ça fait forcément écho dans  
88 le cerveau. Dans ce cas ce n'est même pas un mécanisme de défense qu'est la  
89 négociation et tout ça. J'en ai un en tête mais je n'arrive pas à le transposer à la  
90 situation.

91 **Théo** : Tu as peut-être pas utilisé de mécanismes de défense face à cette situation ?

92 **IDE 3** : Je n'ai pas l'impression.

93 **Théo** : Tout à l'heure quand je t'ai parlé des valeurs personnelles, rapidement tu m'as  
94 parlé des valeurs professionnelles du coup on va y arriver. Comment tu définis tes  
95 valeurs professionnelles ?

96 **IDE 3** : J'ai du mal à faire la distinction entre mes valeurs personnelles et  
97 professionnelles, c'est à dire que dans mes valeurs perso j'ai parlé de respect et dans  
98 mes valeurs professionnelles c'est le numéro 1. Tout en découle de là, je ne laisserai  
99 pas un patient avec sa protection pleine, mais ce n'est même pas du professionnel,  
100 c'est juste du respect. Je ne fais pas de distinction entre les deux.

101 **Théo** : Je reformule, tu ne penses pas qu'il y a des valeurs professionnelles que l'on  
102 développe et qui sont propre au métier ?

103 **IDE 3** : Bah j'essaye de réfléchir mais c'est à dire que mes valeurs professionnelles  
104 c'est quoi ? De ne pas laisser un patient dans sa protection pleine mais c'est du respect  
105 tout simplement. Si tu as un exemple qui peut m'aider ?

106 **Théo** : Non mais c'est très intéressant à analyser ce que tu me dis. Du coup pour toi  
107 tu prends en charge tes patients comme tu es dans la vie. Comme tu pourrais prendre  
108 en charge tes amis ? Enfin ce n'est pas les mêmes comportements mais tu vois ce  
109 que je veux dire ?

110 **IDE 3** : Oui bien sûr, je ne joue pas un rôle quand je suis au travail, je suis souriante  
111 avec plaisir, c'est naturel. De temps en temps je mets un masque car je suis fatiguée  
112 ou ça ne va pas mais ce n'est pas grave ça reste à la maison, on met le masque avec  
113 le sourire et ça revient naturellement parce que c'est ma nature d'être et que je suis  
114 comme ça dans la rue dehors, mais oui quand j'ai une discussion avec quelqu'un que  
115 je ne connais pas dans la rue j'aurais le même comportement qu'avec l'un de mes  
116 patients.

117 **Théo** : Dans quelle mesure tu penses que tes études ont favorisé l'émergence de  
118 valeurs professionnelles ? Ou est-ce que tu avais ces valeurs avant ?

119 **IDE 3** : Je pense que je les avais avant, maintenant mes études m'ont permis de savoir  
120 ce que surtout je ne voulais pas être et pas faire. J'ai compris l'importance de garder  
121 mes valeurs et que le jour où je les ai plus il faut que je me remettre en question et  
122 pourquoi pas changer de métier.

123 **Théo** : Comment concilies-tu tes valeurs personnelles et professionnelles dans ton  
124 métier ?

125 **IDE 3** : J'arrive avec mes valeurs personnelles et je ne les laisse pas au vestiaire.  
126 Mes valeurs personnelles m'accompagnent tous les jours, toutes les minutes dans  
127 mon travail. Toujours dans le respect, je radote un peu la dessus mais c'est un peu le  
128 B - A - BA.

129 **Théo** : Dans quelle mesure le passé criminel d'un patient intervient-il dans la  
130 confrontation de tes valeurs personnelles et professionnelles ?

131 **IDE 3** : Je suis évidemment pas d'accord avec son passé criminel, c'est à dire l'acte  
132 criminel ça ne correspond pas du tout à mes valeurs personnelles, en revanche mes  
133 valeurs personnelles sont aussi que tout le monde a le droit d'être soigné, c'est la loi,  
134 c'est écrit dans la loi, tout le monde a le droit à des soins de même qualité et donc  
135 c'est ça qui prend le dessus dans ma tête au lieu de me concentrer sur son passé  
136 criminel.

137 **Théo** : Comment l'association des valeurs personnelles et professionnelles peuvent  
138 entrer en conflit dans une prise en charge d'un patient qui a commis un acte criminel  
139 ?

140 **IDE 3** : Elles peuvent entrer en conflit, un exemple d'actualité, demain on t'amène un  
141 terroriste qui vient de commettre un attentat, c'est évidemment pas dans mes valeurs  
142 que de tuer des gens, évidemment, par contre c'est dans mes valeurs personnelles et  
143 professionnelles que tout le monde a le droit à des soins. Ça va être un conflit interne  
144 mais le patient sera traité comme n'importe quel autre patient. Je ne sais pas si je vais  
145 réussir, mais j'ai réussi sur ce patient là, sur cette situation-là. Par contre, demain sur  
146 un violeur d'enfant je ne sais pas si je vais réussir. J'espère, c'est mon idéal.

147 **Théo** : Et du coup dans la prise en charge dont on parle depuis tout à l'heure, comment  
148 toi tu as surmonté tes propres valeurs personnelles dans la prise en charge de ce  
149 patient ?

150 **IDE 3** : J'ai occulté complètement, c'est à dire que je ne rentrais pas dans sa chambre  
151 en me disant "ah c'est celui qui a fait ça". Non, des fois j'oubliais, je rentrais dans sa  
152 chambre comme dans n'importe quelle chambre et en l'occurrence une des nuits où  
153 j'ai passé la nuit entière dans sa chambre car il avait beaucoup de douleurs, et j'ai  
154 complètement occulté, je pensais à autre chose et à des moments ça me reviens et  
155 ça repart. J'essaye de ne pas y penser.

156 **Théo** : Est-ce que tu as déjà refusé une prise en charge ou un soin car il ne  
157 correspondait pas à mes valeurs personnelles ou professionnelles ?

158 **IDE 3** : Oui par contre ça n'a rien à voir avec le criminel, c'était en oncologie, une  
159 patiente plus ou moins en soins palliatif qu'on nous a demandé de préparer pour  
160 descendre au bloc pour une ponction d'ascite. J'étais étudiante infirmière et avec mon  
161 infirmier on a stoppé net en disant qu'il était hors de question parce que de toute façon  
162 elle ne tiendrait même pas le fait d'être transférée sur un brancard. Donc on nous a  
163 écouté, la ponction d'ascite a été faite au lit et ensuite le même jour deux heures après  
164 on nous a demandé de préparer tout ce qu'il faut pour que le lendemain elle soit  
165 transférée en unité de soins palliatif, ce que l'on a refusé car de toute façon encore  
166 une fois elle ne tiendrait pas le transfert sur le brancard. Et cette dame est décédée

167 deux heures plus tard. Et donc là donc, c'était contre mes valeurs d'acharnement  
168 thérapeutique que je mets entre grandes guillemet mais c'était contre mes valeurs à  
169 moi d'insister, de faire des choses qui vont faire souffrir cette dame alors que  
170 clairement c'est la fin. Ça n'aurait pas amélioré son état.

171 **Théo** : Comment est-ce que tu définis la relation soignant-soigné ?

172 **IDE 3** : Est-ce que je peux ressortir la définition qu'il y a dans mon mémoire ou pas  
173 (rire) ?

174 **Théo** : Bah si tu peux me dire que tu l'as traité dans ton mémoire.

175 **IDE 3** : Oui mais de toute façon je ne me souviens pas de la définition. Pour moi la  
176 relation soignant-soigné c'est une relation qui doit être si possible, dans le meilleur des  
177 monde, de qualité ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. Dans tous les  
178 cas c'est... la relation entre nous personnel soignant qui pouvons apporter quelque  
179 chose à un soigné. Dans mon monde à moi, elle est de qualité.

180 **Théo** : Comment cette relation se met en place dans ton exercice professionnel ?

181 **IDE 3** : Elle se met en place à la première seconde où tu rentres dans la chambre du  
182 patient. C'est à dire que le toc toc, oui entrez, bonjour, sourire, c'est moi l'infirmière  
183 C... infirmière de nuit c'est 70% - 80% de ta relation soignant-soigné qui est gagnée.

184 **Théo** : Quelle place tu donnes à la relation soignant-soigné dans la prise en charge  
185 d'un patient criminel ?

186 **IDE 3** : Du coup moi au début où je me suis occupée de lui je n'étais pas au courant  
187 du pourquoi du comment donc je n'ai rien changé à ce que j'ai dit avant c'est à dire  
188 que les premières secondes font tout. Et comme je l'ai vraiment pris en charge comme  
189 un patient lambda entre guillemet. Une fois que j'ai su le pourquoi du comment ça n'a  
190 rien changé jusqu'au moment où il a commencé à être violent. Mais du coup jusqu'à  
191 ce moment-là, cette relation soignant-soigné avec ce patient là étaient de très bonne  
192 qualité.

193 **Théo** : Et il n'y a pas eu d'appréhension, de premier jugement avec le fait qu'il soit  
194 accompagné de policiers ?

195 **IDE 3** : Non c'est plus de la curiosité malsaine et mal placée mais pas d'appréhension  
196 ça de toutes façons on sait qu'ils sont là pour nous aider si il y a besoin aussi. Donc  
197 non pas spécialement.

198 **Théo** : Que représente pour toi la juste distance professionnelle ?

199 **IDE 3** : Pour moi, elle représente un peu la clef, une des clefs de notre métier. Elle  
200 n'est pas toujours facile justement pour moi personnellement par mes valeurs de  
201 sympathie de blagounettes. Elle n'est pas toujours facile à tenir. Pour moi elle l'est,  
202 par contre je me rends de plus en plus compte que pour les patients elle n'est pas  
203 toujours claire. Donc il y a des patients qui se permettent des réflexions qui ne sont  
204 plus du tout dans la distance de soignant à soigné, dans la distance professionnelle.

205 **Théo** : Tu as un exemple ?

206 **IDE 3** : Oui un très bon exemple il n'y a pas très longtemps, un patient qui m'a dit au  
207 bout de la deuxième nuit que j'étais très jolie mais que je devais perdre du ventre. Bah  
208 la qualité est un peu biaisée pour la suite de la relation.

209 **Théo** : Du coup ça casse la relation soignant-soigné ?  
210 **IDE 3** : Bah là, ça la casse nettement. Alors je suis restée courtoise, respectueuse et  
211 sympathique mais pas plus.  
212 **Théo** : Avec ce patient du coup qui a commis un acte criminel, comment tu as géré  
213 cette juste distance ?  
214 **IDE 3** : Je n'ai pas eu de difficultés avec lui à la gérer. D'ailleurs, je pense qu'on peut  
215 le rentrer là dedans. Dans les premières nuits où je me suis occupée de lui, j'ai eu un  
216 souci je n'arrivais pas à le bilanter. Donc le monsieur m'apprend que dans la journée  
217 des infirmières le laissent se piquer tout seul. C'est-à-dire qu'il fait ses bilans tout seul.  
218 Je pense qu'il y a un souci de distance à ce moment-là. Entre autres problèmes, c'est-  
219 à-dire que le patient il n'est pas au club Med, on n'est pas en prison à se faire ces  
220 tatouages tout seul, ce qui en l'occurrence était le cas. Là il était dans un cadre  
221 spécifique qui est le cadre hospitalier, il n'a pas à se faire ses piqûres tout seul. C'était  
222 beaucoup moins agréable car on a pris en artérielle mais c'est comme ça, ce n'est pas  
223 à lui de se piquer, c'est à nous de le faire.

## Entretien D.E N°4

1 **Théo** : Est-ce que tu peux te présenter, me dire depuis quand tu es diplômée, dans  
2 quel service tu travailles et depuis quand tu y travailles et pour finir ton parcours depuis  
3 ton diplôme

4 **IDE 4** : J'ai 23 ans, j'ai commencé en septembre 2016, j'ai commencé direct par la  
5 réanimation suite à un stage que j'avais fait en réa et du coup je savais que c'était de  
6 la réa que je voulais faire. Ma dernière année c'était surtout tout ce qui était soins  
7 intensifs donc réa et soins intensifs néphrologie et du coup c'était par là que je voulais  
8 me diriger donc pour l'instant j'ai fait que de la réa et maintenant ça fait deux mois que  
9 je travaille de jour. Même pas deux mois, parce qu'avant je travaillais de nuit.

10 **Théo** : Tu m'as dit que tu avais pris en charge un patient qui a commis un acte criminel,  
11 est-ce que tu peux me dire ce que tu savais de lui quand tu l'as pris en charge. Est-ce  
12 que tu avais des informations précises ?

13 **IDE 4** : Alors, la cadre était venue dans le service pour prévenir qu'il y allait avoir un  
14 patient détenu, moi je n'étais pas là le jour où elle a prévenu donc je l'ai su par mes  
15 collègues. Mais avant le jour où je suis arrivé je ne savais pas du tout de quel ordre  
16 c'était, ce qu'il avait fait. La seule chose c'est que du coup j'ai su ce qu'il avait fait parce  
17 que normalement les patients détenus sont rentrés sous X à l'hôpital pour des  
18 questions que l'extérieur ne sache pas qu'il est hospitalisé, et pour éviter les risques  
19 d'évasion. Donc normalement tous les patients sont rentrés sous X à l'hôpital. Donc  
20 c'était sensé être le cas et le jour où j'arrive je vois sur la prescription que le patient  
21 n'est pas rentré sous X, et qu'il a des étiquettes à son nom. Donc bien sûr, j'étais de  
22 nuit à cette époque et le personnel de la journée avait cherché ce qu'il avait fait sur  
23 internet et du coup, quand moi je suis arrivé on m'a dit ce qu'il avait fait. Du coup au  
24 final quand j'ai commencé à le prendre en charge je savais ce qu'il avait fait.

25 **Théo** : Est-ce que tu peux me dire ce que sont pour toi les valeurs personnelles ?

26 **IDE 4** : Pour moi les valeurs personnelles ce sont des valeurs qui nous animent nous  
27 en tant que personne. Ce sont des choses qui sont indépendantes de nous parce  
28 qu'on ne peut pas les contrôler. C'est des choses qui ne devraient pas, normalement  
29 interférer dans notre travail mais qui font qu'on est cette personne là. Qu'on est nous  
30 avec nos pensées. Donc forcément ça s'implique quand même dans notre travail au  
31 quotidien je pense.

32 **Théo** : Sans parler des valeurs professionnelles est-ce que tu peux me donner des  
33 valeurs personnelles qui te caractérisent ?

34 **IDE 4** : ... Le respect ça c'est sûr ... je suis en train de réfléchir, c'est pas facile comme  
35 question. L'humilité aussi, c'est très important ... je pense. Oui je pense que c'est les  
36 deux qui sont pour moi les plus importantes sur le plan personnel.

37 **Théo** : Ok et quelle place occupent tes valeurs personnelles dans ton métier ?

38 **IDE 4** : Bah le respect forcément du coup comme j'ai dit. J'ai dans mon quotidien, donc  
39 bien évidemment que je l'ai dans mon travail. Je mets un point fort pour respecter toutes  
40 personnes que je prends en charge, mais comme les personnes que je ne prends pas

41 en charge et que je côtoie au quotidien. Après au-delà des valeurs il y a aussi les traits  
42 de caractères en général car je pense que moi je suis une personne assez souriante,  
43 assez extravertie et que forcément dans mon travail je mets un point d'honneur à faire  
44 pareil et d'ailleurs souvent les patients le disent, ils disent vous avez tout le temps le  
45 sourire. Il y a tout ce qui est valeurs mais il y a aussi la personnalité qui est indissociable  
46 au niveau du travail et au niveau professionnel de toutes façons.

47 **Théo** : Qu'est-ce que tu penses de la prise en charge d'un patient qui a commis un  
48 acte criminel ?

49 **IDE 4** : Je pense qu'on n'est pas nous là pour juger. Il y a des personnes qui font ce  
50 métier là, qui sont habilitées à juger, moi c'est pas mon travail, je ne suis pas là ...  
51 après comme je pense que la prise en charge dépend ... Si on sait ce qu'il a fait, le  
52 détenu, je pense que ça peut influencer malgré tout la prise en charge,  
53 malheureusement, je pense que c'est pas pareil de prendre en charge un patient qui  
54 a pu commettre des viols, des meurtres tout ça et un patient qui entre guillemet a fait  
55 un cambriolage et qui est détenu pour ça. Je pense que malheureusement ça rentre  
56 en compte même si on n'est pas juge et qu'on n'est pas là pour juger le patient mais  
57 je pense que la prise en charge peut être différente en fonction de ce qu'a commis le  
58 patient. Si on le sait ou pas.

59 **Théo** : Et comment toi tu as vécu cette prise en charge ?

60 **IDE 4** : Quand je l'ai pris en charge du coup je savais ce qu'il avait fait, effectivement  
61 ce n'est pas quelque chose qui me traumatisait par rapport à ce qu'il avait fait donc  
62 quand je l'ai pris en charge, je l'ai pris en charge comme un patient lambda. C'est peut  
63 être ça qui a été mon erreur du coup, parce que je me suis peut-être un peu trop laissé  
64 amadouer, il y eu beaucoup de soucis par la suite et j'y suis allé comme n'importe quel  
65 patient donc sourire, on y va on rigole on instaure une relation soignant-soigné mais  
66 comme n'importe quel patient en fait, vraiment. Parce que je savais ce qu'il avait fait  
67 et c'était pas quelque chose qui me rebutait en fait, qui me faisait peur, donc j'y suis  
68 allé vraiment moi toute souriante, normale.

69 **Théo** : Tu dis qu'il y a eu des soucis, sans rentrer dans les détails est-ce que tu peux  
70 me dire ce qu'il s'est passé ?

71 **IDE 4** : La prise en charge du coup elle s'est passée en deux fois. Je travaillais lundi  
72 mardi, c'est les premiers jours où je l'ai eu en charge, ça c'est extrêmement bien passé  
73 il m'a beaucoup remercié, il disait aux policiers que j'étais très bien et il y a eu la  
74 deuxième partie qui s'est donc passée le vendredi, samedi, non je crois que c'était que  
75 le vendredi du coup, où là je l'ai pris en charge. C'était pas fait exprès, c'était la  
76 répartition qui ce faisait comme ça. Et je pense que dans un excès de confiance et vu  
77 que lui il me connaissait déjà, je le connaissais déjà et ça se passait bien. Lui a  
78 complètement changé de comportement au bout de son troisième jour et du coup  
79 arrivé au quatrième jour où il me connaissait, il s'est permis des remarques voire des  
80 menaces envers moi, qui fait que la prise en charge a été très compliquée.

81 **Théo** : Comment tu définis les émotions du soignant ?

82 **IDE 4** : Les émotions ? ... Ce sont des sentiments qui sont propres à chacun, des  
83 choses qui peuvent nous toucher plus ou moins ... et qui peuvent interférer dans notre  
84 prise en charge aussi. Donc en terme d'émotions il y a la peur, la tristesse, l'angoisse,  
85 la joie. Toutes ces émotions je pense qu'on les voit au quotidien et qui nous animent  
86 en tant que soignants et qui font que la prise en charge est plus ou moins facile auprès  
87 d'un patient mais ça c'est pareil c'est indissociable de nous, de notre personnalité à  
88 l'extérieur et de nous de notre travail en tant que soignant. Je pense que si l'on n'a pas  
89 d'émotions en étant soignant on n'est pas un bon soignant car ça fait partie de la prise  
90 en charge totale et c'est ce qui fait que l'on apporte un plus dans notre prise en charge.

91 **Théo** : Quelles places occupent tes émotions dans la prise en charge de tes patients  
92 ?

93 **IDE 4** : Je pense une grande place, je pense que je fonctionne beaucoup au feeling  
94 avec les patients. Alors des fois il y a plus ou moins de feeling, mais alors moi c'est ce  
95 que je disais je mets un point d'honneur à être avec les patients comme je suis dans  
96 la vie de tous les jours et que après quand je suis triste malheureusement ça peut se  
97 voir de temps en temps. Quand je suis heureuse ça peut se voir aussi mais je pense  
98 que c'est aussi important. Moi il y a une grande place à l'émotion dans la prise en  
99 charge de mes patients. Peu importe que ce soit de l'émotion du bien ou du mal c'est  
100 vrai que quand il peut y avoir un peu d'énerverment j'ose espérer que je ne la mets pas  
101 trop dans ma prise en charge mais on est tous humains et que les émotions ça fait  
102 partie de nous. Je pense que les émotions positives c'est très bien de les mettre dans  
103 la prise en charge mais dans les négatives il faut essayer de les contrôler. Comme la  
104 tristesse, je pense que c'est pas une tare d'être émue dans la prise en charge d'un  
105 patient mais je pense qu'il faut aussi savoir la contrôler.

106 **Théo** : Ton émotion face à un patient criminel, comment tu la gères quand tu es face  
107 à lui ?

108 **IDE 4** : Alors comme je le disais, je n'ai pas pris en charge un seul patient détenu, ça  
109 m'est arrivé plusieurs fois, par contre les autres fois je ne savais pas pourquoi ils  
110 étaient là. Pour le coup comme je disais, il y avait aucun jugement de ma part, pour  
111 moi la prise en charge a été vraiment pareille. Et là avec le patient détenu, je savais  
112 ce qu'il avait fait, pour moi il y avait aucune peur, aucune angoisse. Sauf à la fin quand  
113 il s'est passé le problème. Mais il n'y avait aucune peur, aucune angoisse et c'était  
114 vraiment des émotions comme celles que je peux avoir habituellement quand je prends  
115 un patient en charge.

116 **Théo** : Pourrais-tu me dire ce que sont pour toi les mécanismes de défense ?

117 **IDE 4** : Ce sont des attitudes qu'on adopte pour se défendre de choses qui peuvent  
118 nous attaquer nous personnellement et donc des réactions que l'on n'aurait pas en  
119 temps normal, quand on se sent vulnérable face à une situation.

120 **Théo** : Et quelle place tu donnes aux mécanismes de défense quand tu prends en  
121 charge ce patient criminel ?

122 **IDE 4** : On a tous forcément des mécanismes de défenses, mais je pense que je ne  
123 m'en rends pas compte. Mais quand j'analyse les situations, je pense que sur la

124 première partie de la prise en charge, quand ça se passait très bien, je n'en avais pas  
125 spécialement adopté. Parce que justement je n'avais pas de peurs, pas d'angoisses,  
126 pas d'aprioris sur le patient donc il y a juste au début quand je l'ai pris en charge il avait  
127 très mal, il sonnait beaucoup, c'était pendant le relais avec une autre équipe et du coup  
128 c'était un des policiers qui était venu nous voir pour nous dire que le patient était en  
129 train de s'énerver, qu'il avait très mal. Donc là je m'étais dit si il commence à s'énerver  
130 ... Donc j'y suis allé en adoptant peut être attitude qui allait dans son sens mais très  
131 vite je me suis rendu compte qu'il y avait aucun soucis. Et par la suite mon mécanisme  
132 de défense a été très simple car après le problème, j'ai refusé de le prendre en charge  
133 et j'ai demandé à un de mes collègues de prendre la suite de la prise en charge. Donc  
134 là pour le coup ça a été quelque chose de très clair.

135 **Théo** : Donc ça répond un peu à la question suivante, dans quelle mesure les  
136 mécanismes de défenses t'ont-ils permis de te soustraire à une situation ?

137 **IDE 4** : Donc là c'était clairement d'éviter la situation qui pour moi avec l'événement  
138 qui s'était passé était trop lourde et je ne me sentais pas de retourner dans sa  
139 chambre.

140 **Théo** : Donc tu as vu que la situation t'échappait et tu as préféré passer la main à un  
141 collègue ?

142 **IDE 4** : Ah oui totalement, justement je n'en ai pas assez adopté des mécanismes de  
143 défense. J'étais trop en mode sereine, en mode il n'y a pas de problèmes, c'est un  
144 patient comme les autres, et au final j'aurais du peut être plus me protéger, ne pas y  
145 aller aussi sereinement que j'y suis allée.

146 **Théo** : Comment tu définis les valeurs professionnelles d'un infirmier ?

147 **IDE 4** : Bah ça revient un peu à la question sur les valeurs personnelles, pour moi c'est  
148 des valeurs auxquelles je pense quand je prends en charge un patient et je pense que  
149 mes valeurs personnelles sont proches de mes valeurs professionnelles. Pour moi les  
150 deux sont très proches car je pense que je suis dans ma vie professionnelle un peu  
151 comme je suis dans ma vie personnelle.

152 **Théo** : Dans quelle mesure tu penses que tes études ont permis l'émergence de tes  
153 valeurs professionnelles ?

154 **IDE 4** : Je pense que du coup je les avais avant, je ne pense pas que ce soit mes  
155 études qui m'ont permis de construire mes valeurs professionnelles. Si du coup les  
156 stages mais encore plus l'expérience par la suite. Je pense que la plupart des mes  
157 valeurs professionnelles je les avais déjà. Alors surement que je les développe plus  
158 aujourd'hui en tant que professionnelle mais je pense que j'avais pas mal de valeurs  
159 professionnelles que j'avais de base en valeurs personnelles.

160 **Théo** : Et comment tu concilies tes valeurs perso et pro quand tu effectues ton métier  
161 ?

162 **IDE 4** : Pour moi les deux sont liées, je ne me pose pas la question. En fait pour moi  
163 on est une seule et même personne. C'est peut-être bien ou pas ce n'est pas la  
164 question mais moi, je ne me vois pas ... Enfin moi il y des traits de caractère que j'ai  
165 sur le plan professionnel, que je n'ai pas sur le plan personnel. La patience, je l'ai plus

166 dans le professionnel que dans le personnel. Je ne peux pas manquer de patience  
167 auprès d'un patient qui est là, je ne vais pas réagir devant lui comme je réagi dans la  
168 vie de tous les jours. Mais la plupart de mes valeurs personnelles sont mes valeurs  
169 professionnelles aussi.

170 **Théo** : Dans quelle mesure le passé criminel d'un patient intervient-il dans la  
171 confrontation de vos valeurs personnelles et professionnelles ?

172 **IDE 4** : Qu'il ait fait des erreurs graves dans sa vie cela ne me concerne pas. Je suis  
173 là pour le prendre en charge et le soigner. Effectivement c'est pas dans mes valeurs  
174 ce qu'il a fait mais je ne dois pas en tenir compte pour assurer au patient une bonne  
175 prise en charge.

176 **Théo** : Dans quelle mesure tu penses que les valeurs perso et pro peuvent entrer en  
177 conflit dans la prise en charge d'un patient qui a commis un acte criminel ?

178 **IDE 4** : Bah la, c'est ce que je disais, il y a certaines personnes ça va les rebuter  
179 directement rien que de savoir que ces personnes sont détenues. Donc moi ce que je  
180 pense c'est que ma prise en charge pourrait être différente même si je dit que je ne  
181 suis pas juge dans le cas où j'apprend que un patient détenu a violé, a tué, tout ça je  
182 pense que ça serait compliqué pour moi même si je dis qu'on est pas juge. Mais je  
183 pense que pour beaucoup le fait qu'un patient soit détenu ça peut les rebuter aussi.  
184 Donc c'est là où le personnel influe sur le professionnel car nous on doit prendre en  
185 charge n'importe quelle personne de la même manière et ça ne doit pas interférer  
186 normalement dans notre prise en charge.

187 **Théo** : Et du coup comment toi tu as surmonté tes valeurs quand tu as pris en charge  
188 ce patient criminel ?

189 **IDE 4** : Du coup comme je savais ce qu'il avait fait je n'avais pas trop de problèmes  
190 avec ça c'est plutôt lui, ce qu'il a fait, il sera jugé pour ça.

191 **Théo** : En fait parce que ce n'était pas dans la liste des violeurs et meurtrier c'était  
192 plus facile ?

193 **IDE 4** : Dans le sens où je n'avais pas de peurs, pour moi je me devais de le prendre  
194 en charge car c'est un patient à prendre en charge comme n'importe qui. Ce qui est  
195 plus compliqué moi je trouve dans cette prise en charge c'est le fait qu'il y ait pas mal  
196 de policiers devant la chambre. Pour moi c'est ce qui est plus dérangeant dans la prise  
197 en charge. Qui te rappelle que ce n'est pas un patient comme les autres. Mais en  
198 terme de valeurs moi je n'avais pas de problèmes avec ça et si je parle des autres  
199 patients détenus que j'ai pris, où je ne savais pas le motif, moi c'est pareil, je ne me  
200 suis pas dit que je prenais en charge un détenu. Ce qui est particulier c'est qu'il y ait  
201 tout le temps des policiers devant la chambre et qui ça, te rappelle au quotidien que  
202 ce n'est pas un patient comme les autres. Mais à partir du moment où le patient a du  
203 respect envers moi, mon travail, mes collègues et envers notre prise en charge, est  
204 poli. À partir de ce moment là il n'y a pas de problèmes.

205 **Théo** : Est-ce que tu as déjà refusé une prise en charge ou un soin car il n'était pas  
206 en accord avec tes valeurs personnelles et professionnelles ?

207 **IDE 4** : Non, sauf comme j'ai dit à la fin de la situation où la prise en charge était trop  
208 compliquée pour moi à gérer, j'ai dit "stop". Mais c'est l'unique fois où je n'ai pas pris  
209 en charge, où j'ai arrêté la prise en charge de ce patient. Après quand il y a des  
210 désaccords sur des soins, des choses qui peuvent interférer sur mes valeurs  
211 professionnelles je pense qu'il y a toujours moyen de discuter avec d'autres médecins,  
212 d'autres infirmiers.

213 **Théo** : Comment tu définis la relation soignant-soigné ?

214 **IDE 4** : Pour moi, je pense que la relation soignant-soigné elle est forte, c'est vrai que  
215 j'ai besoin de créer un lien avec le patient. Même quand j'étais étudiante j'ai toujours  
216 aimé le contact avec les patients, c'est pour ça que j'aime la prise en charge des  
217 adultes car je pense que les liens sont faciles à créer et je mets un point d'honneur à  
218 essayer de créer une relation de confiance, de rigolade aussi si je puis dire. Si on arrive  
219 à rigoler avec le patient moi c'est ce que je veux. Si je peux apporter un peu de joie  
220 dans sa prise en charge moi j'y mets un point d'honneur. On pourrait dire qu'en réa  
221 c'est différent mais moi même avec les patients intubés j'essaye de créer un vrai lien.  
222 Pour moi c'est une relation qui est très forte qui doit passer par la confiance mais aussi  
223 par la complicité soignant-soigné. Moi j'ai l'impression de beaucoup rigoler avec mes  
224 patients mais pour moi c'est indispensable.

225 **Théo** : Comment cette relation se met-elle en place dans votre exercice professionnel  
226 ?

227 **IDE 4** : Elle se met en place naturellement quand je suis avec le patient. Comme j'aime  
228 bien rigoler avec eux souvent c'est comme ça que j'aborde mes patients ça me permet  
229 de créer tout de suite un contact pour ensuite faciliter nos échanges. Je pense aussi  
230 que la relation que j'ai avec mes patients est complètement liée à mon attitude dans  
231 les premières secondes de la prise en charge.

232 **Théo** : Quelle place tu donnes à la relation soignant-soigné quand tu prends en charge  
233 un patient qui a commis un acte criminel ?

234 **IDE 4** : Bah comme je disais pour moi la relation soignant-soigné elle doit être pareille,  
235 elle doit être naturelle, ne pas avoir de peurs ou d'aprioris parce que sinon ça peut être  
236 compliqué et ça impliquerait de ne pas prendre en charge comme je prendrais en  
237 charge un autre patients. Moi quand j'ai des patients détenus je préfère vraiment, ne  
238 pas savoir pourquoi ils sont là. Parce que ça pourrait influencer ma prise en charge,  
239 ma relation soignant-soigné et ce n'est pas forcément bénéfique.

240 **Théo** : Que représente pour toi, la juste distance professionnelle ?

241 **IDE 4** : (rire) La juste distance professionnelle ? .... Un terme très théorique, pour moi  
242 qui dans la réalité n'a pas lieux d'être. C'est un peu fort comme mot peut-être mais  
243 quand à l'école on nous répétait "oui la distance professionnelle, patati patata, il ne  
244 faut pas trop s'impliquer dans la prise en charge d'un patient" en fait si tu t'impliques  
245 pas, au bout d'un moment ça n'ira pas non plus. Moi je m'implique, alors oui des fois  
246 le décès d'un patient ça va être compliqué quand tu t'es beaucoup impliquée dans la  
247 prise en charge. Et bah en fait si tu as besoin d'aller pleurer dans les toilettes cinq  
248 minutes pour souffler et bah tu le fais. Pas forcément devant le patient, mais pour moi

249 c'est indispensable d'aussi s'impliquer. Après c'est ma vision des choses, je suis très  
250 à cheval là dessus mais parce que moi je suis entière et pour moi, ça m'est arrivé une  
251 fois ou je me suis impliqué beaucoup beaucoup beaucoup trop et que là effectivement  
252 c'était peut être pas bénéfique pour moi, aussi, parce que c'était une prise en charge  
253 très compliquée, d'un patient qui allait vraiment très mal, qui était jeune. Et là, de moi  
254 même je me suis dit, je pense que ça va, je l'ai beaucoup pris en charge. Mais tant  
255 qu'on a cette analyse sur la situation et qu'on sait que l'on s'implique de telle manière  
256 et que je peux gérer cette situation ... En fait pour moi la juste distance professionnelle,  
257 il faut l'analyser. C'est-à-dire à partir du moment où ça ne va pas trop en pâtir dans ta  
258 prise en charge et que ça reste du positif pour toi et pour le patient, pour moi il n'y a  
259 pas de raisons de ne pas s'impliquer et de ne pas trop s'impliquer. Il faut aussi savoir  
260 s'analyser pendant tes études, on t'apprend à analyser tes situations, à analyser telle  
261 ou telle chose et ça c'est important de le faire. Et parfois moi je rentre chez moi et je  
262 me dis effectivement que ce soit sur des soins techniques ou sur des situations qu'il y  
263 a eu, je pense que j'analyse. Si j'analyse et que je vois que la relation est trop proche  
264 avec le patient, que je m'implique trop, ça peut être compliqué au fur et à mesure. Mais  
265 moi quand je réfléchis, on est beaucoup, je pense, à s'impliquer énormément mais c'est  
266 ce qui fait que l'on prend bien en charge les patients. Je pense qu'il faut arrêter d'être  
267 que dans le théorique, donc toi tu es le soignant et il faut juste rester à bonjour  
268 monsieur, est-ce que vous avez mal? Bon bah très bien, on fait une blague de temps  
269 en temps, de faire genre on est sympa. Je pense que la distance professionnelle, tant  
270 qu'elle est gérée il n'y a pas de soucis. C'est à partir du moment où on voit que c'est  
271 compliqué, on stoppe.

272 **Théo** : Et par rapport à ce patient qui a commis un acte criminel, ta juste distance elle  
273 était la même ?

274 **IDE 4** : Bah au début effectivement peut-être que ça a été trop loin, peut-être que  
275 j'aurais dû plus me méfier. Pas en première partie mais enfin ... Moi comme je disais,  
276 j'y suis allée en me disant : il faut prendre en charge ce patient comment n'importe qui.  
277 Au final, je ne pense pas que j'aurais dû faire les choses autrement. Par contre ça a  
278 été la bonne chose de dire ça a été trop loin, je ne peux plus prendre en charge ce  
279 patient. Parce que je sais qu'il y a d'autres personnes, car certains de mes collègues  
280 m'ont dit que j'avais trop rigolé avec lui, mais en fait ça veut dire que si j'étais partie à  
281 me dire que je ne dois pas rigoler avec ce patient, je dois juste faire les soins lambda,  
282 monsieur vous avez mal, oui, non, Bah cela oui aurait été à l'encontre de mes valeurs  
283 car je ne suis pas juge. Alors oui c'est vrai que j'ai instauré une vraie bonne relation  
284 avec ce patient au début comme j'aurais fait avec n'importe quel patient. Au final ça  
285 m'est retombé dessus car le patient a pris la confiance, il a dépassé les limites et c'est  
286 là où je dis que la distance professionnelle c'était plus possible donc j'ai passé le relais  
287 à mes collègues.

## **Quand les valeurs de l'infirmier rencontrent la criminalité**

Ce mémoire de fin d'étude traite de la gestion des valeurs personnelles et professionnelles d'un infirmier face à un patient ayant commis un acte criminel.

Les valeurs sont omniprésentes dans notre vie de tous les jours. Elles nous accompagnent jusque dans notre poste de soins lorsque nous sommes amenés à nous confronter à la criminalité.

Cette première analyse m'a conduit à la question de départ : les valeurs personnelles de l'infirmier influent-elles sur ces valeurs professionnelles dans la relation soignant-soigné avec un patient ayant commis un acte criminel ?

Afin de construire ce travail de recherche, je me suis tout d'abord appuyé sur des textes de lois ainsi que sur des auteurs ayant rédigé des livres ou des articles à propos de ce sujet.

Après avoir effectué ce travail de recherche, j'ai créé un guide d'entretien semi-directif qui m'a permis ensuite d'interroger quatre infirmiers travaillant dans des services de soins généraux et qui ont pris en charge un patient ayant commis un acte criminel.

L'élément principal qui ressort des entretiens, est le travail en équipe. En effet, tous ont évoqué la nécessité de "passer la main" en cas de difficulté dans une prise en charge.

**5 mots clefs :** Acte criminel, valeurs personnelles, émotions, valeurs professionnelles, relation soignant soigné.

---

## **When the values of the nurse meet the crime**

This dissertation focuses on the management of the personal and professional values of a nurse faced with a patient who has committed a criminal act.

Values are ubiquitous in our everyday lives. They are even with us at work when we are faced with crime.

This primary analysis led me to the initial question: do the personal values of a nurse influence their professional values in the caregiver-patient relationship in the case of a patient having committed a crime?

In building this research, I first of all studied legislative texts as well as books or articles written by authors about this subject. Then I created a semi-directed interview guide which enabled me to interview four nurses working in general care wards who had cared for a patient who had committed a crime.

The main element emerging from these interviews is teamwork. Indeed all four mentioned the need to transfer care to a colleague in case of difficulty with a particular case.

**5 key words :** Criminal act, personal values, emotions, professional values, care-giving relationship.