



HAL
open science

Être infirmier en milieu carcéral. Le jugement de l'autre dans la relation de soin, une double condamnation ?

Panser sans arrière-pensée

Marie Neige

► To cite this version:

Marie Neige. Être infirmier en milieu carcéral. Le jugement de l'autre dans la relation de soin, une double condamnation ? Panser sans arrière-pensée. Médecine humaine et pathologie. 2016. hal-01825567

HAL Id: hal-01825567

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01825567>

Submitted on 28 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Institut de formation en soins infirmiers
Nancy-Brabois

Université de Lorraine

Être infirmier en milieu carcéral

*Le jugement de l'autre dans la relation de soin,
une double condamnation ?*

Panser sans arrière-pensée



Travail personnel de fin d'études

Année de soutenance : 2016

Neige - Marie

Promotion 2013 / 2016

Institut de formation en soins infirmiers
Nancy-Brabois

Université de Lorraine

Être infirmier en milieu carcéral

*Le jugement de l'autre dans la relation de soin,
une double condamnation ?*

Panser sans arrière-pensée



Travail personnel de fin d'études

Année de soutenance : 2016

Neige - Marie

Promotion 2013 / 2016

*« La valeur d'un homme tient dans sa capacité à donner
et non dans sa capacité à recevoir »
Albert Einstein*

En préambule de ce mémoire, je tiens tout d'abord à remercier Mme Nickler Véronique, référente pédagogique à l'IFSI de Brabois, pour son accompagnement et sa bienveillance du début à la fin de la formation. Grâce à vous, j'ai vécu une expérience unique en effectuant un stage en Angleterre. Tout simplement, Merci !

Je souhaite également dire à Mr Titah, cadre de santé et guidant de mémoire, combien sa disponibilité et ses précieux conseils dans la rédaction de mon travail de recherche m'ont été utiles.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à l'ensemble des directeurs, formateurs et secrétaires de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois pour leur écoute et la qualité de la formation dispensée.

Merci à tous les professionnels de santé que j'ai croisés tout au long de mon parcours, en France ou en Angleterre. Vous m'avez transmis la passion du soin infirmier et avez contribué à la construction de mon identité professionnelle. J'adresse aussi une pensée particulière aux infirmières qui m'ont accordé de leur temps en participant à mes entretiens.

Que mes collègues de promotion avec lesquels j'ai passé trois années inoubliables entendent également, ici, ma reconnaissance. Atteindre ensemble notre objectif est notre plus belle réussite !

Merci à ma famille et plus spécialement à mes parents et mes grands-mères pour leur soutien et leur amour. Ce mémoire de fin d'études marque la fin de mon statut d'étudiante à l'IFSI, l'ouverture vers d'autres horizons et le début d'une nouvelle vie !

J'adresse ma dernière pensée à Mlle Parola, mon acolyte de voyage, avec qui j'ai partagé trois années de vie commune et trois mois d'expatriation en Angleterre. Merci Agathe !

Sommaire

1 - Introduction

2 - Problématique

2.1 - Thème de la recherche

2.2 - Pré-enquêtes

2.3 - Problème général

2.4 - Lectures spécifiques

2.5 - Problème spécifique à l'aspect de ma recherche

2.6 - Interrogations

2.7 - Question de recherche

2.8 - Moyens concrets

2.9 - Hypothèses

2.10 - Variables

3 - Modèle d'analyse

3.1 - Cadre théorique

3.2 - Cadre conceptuel

3.3 - Cadre d'analyse

4 - Méthodologie de la recherche

4.1 - Participants

4.2 - Outil de la recherche

4.3 - Déroulement de la collecte

5 - Analyse des données

5.1 - Méthode d'analyse des données

5.2 - Résultats

6 - Interprétation des données

6.1 - Rappel des objectifs et hypothèses de la recherche

6.2 - Confrontation des résultats aux hypothèses

6.3 - Discussion des résultats

6.4 - Limites de la recherche

7 - Conclusion

Table des sigles

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CPP : Code de Procédure Pénale

CPT : Comité européen pour la Prévention de la Torture

CSP : Code de la Santé Publique

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

DGS : Direction Générale de la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IST : Infection Sexuellement Transmissible

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPH : Service Public Hospitalier

TFE : Travail de Fin d'Études

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

UVF : Unité de Vie Familiale

*« C'est lorsque l'on est dedans que l'on se rend compte à quel point la prison est injuste.
Avant d'y être moi-même confronté, cela ne m'avait même pas effleuré.
Comme chacun, je pensais qu'il fallait bien quelques barrières
pour que la société puisse se défendre de ses mauvais éléments.
Aujourd'hui, si je n'ai pas de solution (...),
je sais, expérience à l'appui,
que la prison n'est pas une solution.
On ne soigne pas le « Mal » par le « Pire ».
Ici, l'homme n'est plus qu'un numéro.
Son crime, son délit, lui tient lieu d'identité. (...)
Ma vie ne m'appartient plus.
Je n'existe plus ou si peu... »*

*Sébastien, lettre à sa famille avant son suicide au quartier disciplinaire après vingt jours
de mitard, alors que sa sortie conditionnelle était prévue trois semaines plus tard.*

Extrait de « Paroles de détenus. Lettres et écrits de prison. » de Jean-Pierre GUENO

Introduction

1 - Introduction

De nos jours, de nombreuses représentations existent sur le milieu carcéral, univers mystifié et méconnu de la population. Du point de vue des soignants, j'ai constaté que peu étaient conscients de l'existence d'Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP)*. Or, avec 65 544 personnes incarcérées au 1er septembre 2015¹, la forme physique et psychologique des personnes détenues est un enjeu majeur de santé publique.

Au cours de ma formation, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage en milieu carcéral. J'ai ainsi pu confronter mes représentations à la réalité. Ces idées préconçues étaient partagées par d'autres étudiants ou professionnels de santé : « *Comment soigner quelqu'un qui a tué ou violé ? En prison, c'est pas des Humains* ». Bien que ma curiosité m'ait encouragée à expérimenter le soin derrière les barreaux, je me suis malgré tout demandé comment j'allais réagir lorsque je me retrouverais seule face à un détenu... pardon, un patient !

Forte de cette expérience de stage, qui m'a permis de mûrir tant personnellement que professionnellement, j'ai souhaité orienter mon Travail de Fin d'Études (TFE) sur la particularité de l'exercice infirmier en milieu carcéral et plus spécifiquement l'impact du jugement de l'autre dans les soins.

Mon travail puise son inspiration dans la question suivante : *En quoi la relation de soin établie par l'infirmier lors d'une consultation en milieu carcéral révèle-t-elle une double vulnérabilité ; celle du soigné privé de libertés, celle du soignant victime de ses préjugés ?*

Ma recherche s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive visant à vérifier les hypothèses émises en lien avec cette interrogation. Mon étude, descriptive, de type qualitative, a pour objectif d'étudier l'impact du jugement de l'autre dans la relation de soin. Pour y parvenir, j'ai utilisé la méthode « *enquête et sondage* » en interrogeant des professionnels exerçant en milieu carcéral.

Dans une première partie, nous aborderons l'aspect théorique de la recherche. Cela nous permettra de mieux concevoir la réalité du milieu carcéral, le fonctionnement d'une USMP mais aussi la méthodologie que j'ai suivie pour mener à bien ma recherche. La deuxième partie, plus pratique, concerne l'étude menée sur le terrain. Elle retrace l'élaboration de mon outil de recherche, l'analyse des données puis l'interprétation des témoignages recueillis auprès des soignants qui œuvrent dans l'ombre en assurant les soins auprès de personnes détenues.

¹ FONDATION APRES TOUT. 78.492 personnes sous écrou en France au 1er juillet 2015, [en ligne] <http://www.apres-tout.org/spip.php?article55> (consulté le 21 octobre 2015)

Problématique

2 - Problématique

2.1 - Thème de la recherche

Le thème général de ma recherche porte sur l'exercice infirmier en milieu carcéral.

Au cours de ma deuxième année de formation en Soins Infirmiers, une opportunité s'est présentée à moi : effectuer un stage au sein d'un centre pénitentiaire*. Curieuse de découvrir cet univers, je me suis portée volontaire. A travers cette expérience, je souhaitais comprendre le rôle de l'infirmier au cœur d'une prison. Je m'interrogeais également sur les motivations des soignants qui choisissaient d'y exercer, ainsi que le comportement qu'ils adoptaient avec les personnes détenues. J'appréhendais ce stage du fait du contexte de soin atypique mais également en raison du jugement que j'étais susceptible de porter.

Aujourd'hui, je peux dire que j'ai passé deux mois de ma vie... en prison ! Cette expérience s'est avérée enrichissante et formative, tant au niveau professionnel que personnel.

2.2 - Pré-enquêtes

Je me suis imprégnée de l'univers pénitentiaire à travers un ouvrage de fond intitulé « *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer* » de Roch-Etienne Migliorino². Ce livre m'a permis, d'une part, de me replacer dans un contexte de soin en milieu carcéral, d'autre part, de m'apporter des connaissances au niveau historique et législatif. J'ai aussi pu parfaire ma compréhension du vocabulaire de la prison. De plus, les récits de consultation dépeints par l'auteur m'ont fait prendre conscience que les personnes détenues* sont à la fois coupables et victimes de leurs actes. J'ai compris qu'il ne suffisait pas d'éloigner ces personnes de la société pour bien sûr s'en protéger, mais que nous devons leur accorder une attention particulière pour les accompagner tout au long de leur peine.

J'ai par ailleurs interrogé les soignants rencontrés sur mes différents lieux de stage : « *Que pensez-vous de la prise en charge des personnes détenues ?* ». Dans la majorité des cas, les soignants ignoraient l'existence des USMP. Nombreux étaient ceux qui appréhendaient l'accueil de patient-détenus en service. La raison évoquée n'est pas explicite mais le caractère dangereux de la personne détenue se fait ressentir dans le discours des soignants. Par son statut de prisonnier, le patient-détenu est considéré comme menaçant par les soignants avant même que la rencontre n'ait lieu.

2 MIGLIORINO, Roch-Etienne. *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer*. Éditions Elsevier Masson, 2009. 87p

Enfin, j'ai assisté le 27 mars 2015 à une conférence sur la santé des détenus lors d'un « *Colloque Santé en Détention* ». Cette journée était organisée par l'Université de Lorraine, la Faculté de droit de Nancy et l'Institut de Sciences Criminelles et de Droit Médical. Une des questions morales soulevées a retenu mon attention : « *Est ce que nous côtoyons des détenus à soigner ou des malades incarcérés ?* ». La conclusion tirée par les participants était que nous devons, en tant que soignants, dépasser les actes commis par la personne afin de nous recentrer sur son état de santé physique et psychologique.

2.3 - Problème général

J'ai constaté, avant de me rendre en stage, que je redoutais un peu la rencontre avec une personne incarcérée et la manière dont allait se dérouler le soin.

La peur et l'appréhension rendent complexes la relation avec le patient, et ce d'autant plus quand celui-ci est un détenu. Cependant, j'avais conscience qu'en tant que future soignante, je devais adopter une attitude professionnelle et me comporter comme avec n'importe quel autre patient rencontré en service intra-hospitalier.

Ce rapport conflictuel entre ressenti personnel et conscience professionnelle m'a encouragée à approfondir ma réflexion sur la notion de jugement dans la relation de soin.

2.4 - Lectures spécifiques

Afin de mieux cerner mon sujet, j'ai parcouru le mémoire de *Vincent Van Lacken*³ sur « *La satisfaction des besoins fondamentaux en prison* ». J'ai ainsi compris que vouloir agir pour la santé des détenus nécessitait avant tout une bonne connaissance de leurs conditions de vie ainsi que leurs réels besoins en matière de santé.

Plusieurs articles tels que « *Soins Infirmiers en milieu carcéral : Le rôle infirmier dans toute sa dimension* », de *Pierre Bertaud*⁴ ou « *Être infirmière en prison : le soin derrière les murs* » de *Laure Martin*⁵ m'ont aussi éclairée sur le rôle de l'Infirmier(e) Diplômé(e) d'État (IDE) en USMP.

3 VAN LACKEN, Vincent. *La satisfaction des besoins fondamentaux en prison : approche auprès des personnes détenues dans les Maisons d'Arrêt de Loos-lez-Lille et de Béthune (Région Nord Pas-de-Calais)*. Mémoire de fin d'études : Santé Publique : Université Henri Poincaré Nancy I : École de Santé Publique : Nancy, 2001. 15p

4 BERTAUD, Pierre. *Soins Infirmiers en milieu carcéral : Le rôle Infirmier dans toute sa dimension*. Revue de la Coordination Nationale Infirmière, n°27. Juin 2008, [en ligne] <http://archives.coordination-nationaleinfirmiere.org/index.php/200906101007/Actualites/Soins-Infirmiers-en-milieu-carceral-le-role-infirmier-dans-toute-sa-dimension.html> (consulté le 1 mars 2015)

5 MARTIN, Laure. *Être infirmière en prison : le soin derrière les murs*. Juin 2011, [en ligne] <http://www.actusoins.com/7860/infirmieres-en-prison-le-soin-derriere-les-murs.html> (consulté le 2 mars 2015)

Enfin j'ai visionné deux reportages diffusés sur France 5 intitulés « *Santé en prison : les détenus en danger ?* »⁶ et « *Détenus : des patients comme les autres ?* »⁷. Ces documentaires illustraient la prise en soins des détenus en mettant en exergue les améliorations mais aussi les défaillances du système de santé en milieu carcéral. Par ailleurs, la question du jugement et de la relation de confiance étaient abordées. Les médecins préféraient ne pas connaître le motif d'incarcération de manière à ne pas altérer la relation de soin en jugeant le patient. De leur côté les détenus appréciaient les consultations à l'USMP où ils disaient être considérés comme des hommes plus que des détenus.

2.5 - Problème spécifique à l'aspect de ma recherche

Le soigné de part son enfermement et sa privation de liberté est une personne fragile. Son motif de condamnation fait de lui un être jugé à la fois par la justice mais également par ses pairs qu'il côtoie au sein même de la prison.

Le soignant, quant à lui, exerce dans un service implanté dans une prison. Il prodigue des soins dans un univers qui n'est pas le sien et dans lequel il dépend du système pénitentiaire. De ce fait, le soignant apparaît également comme une personne sensible.

En milieu carcéral, le soignant et le soigné sont donc vulnérables de par leur situation respective. Prisonniers des murs mais aussi du jugement de l'autre, la relation, lors d'un soin, peut s'avérer complexe autant pour le soignant que pour le soigné.

2.6 - Interrogations

Dans ce contexte, de nombreuses questions m'apparaissent :

- Quel est l'impact du jugement de l'autre dans la relation de soin ?
- Quels facteurs amènent le soignant à juger le soigné et inversement ?
- La relation de confiance est-elle indispensable au bon déroulement du soin ?
- Comment adopter une attitude de non-jugement et établir une relation de confiance ?

2.7 - Question de recherche

L'ensemble de ces interrogations concerne l'impact du jugement de l'autre dans la relation de soin. Je peux ainsi transformer mon interrogation de départ en question de recherche : **En quoi le jugement réciproque du soignant et du soigné,**

⁶ France 5. *Santé en prison : les détenus en danger ?*, Avril 2013, [en ligne] <http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-sante-en-prison-les-detenus-en-danger--10027.asp?1=1> (consulté le 7 mars 2015)

⁷ France 5. *Détenus : des patients comme les autres ?*, Octobre 2008, [en ligne] <http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante--detenus-des-patients-comme-les-autres--un-hopital-pour-les-prisonniers-148.asp?1=1> (consulté le 7 mars 2015)

tous les deux vulnérables, peut-il rendre complexe la mise en place d'une relation de confiance lors d'une relation de soin en milieu carcéral ?

2.8 - Moyens concrets

Afin de répondre à cette question, j'ai réalisé un test empirique. Pour cela, j'ai choisi une méthode descriptive de type qualitative. La technique que j'ai utilisée est la réalisation d'entretiens semi directifs auprès d' infirmier(e)s exerçant en USMP. Mon objectif était de recueillir leur ressenti face à une personne détenue et de comprendre quelle attitude ils adoptaient lors d'un soin. Je me suis référée à un guide d'entretien que j'avais rédigé au préalable. J'avais par ailleurs effectué des pré-tests auprès de mon entourage afin de m'assurer que les questions abordées étaient compréhensibles.

2.9 - Hypothèses

J'ai émis deux hypothèses en lien avec ma question de recherche.

Ma première hypothèse, théorique, est que **Le jugement porté par le soignant et/ou le soigné dans la relation de soin influence la relation de confiance.**

Pour ma deuxième hypothèse, spécifique, j'é mets l'idée que **C'est en prenant du recul par rapport à son ressenti que l'infirmier arrivera à considérer le détenu comme une personne à part entière, en attente de soins.**

2.10 - Variables

J'ai pu extraire deux variables indépendantes qui sont **"le jugement porté par le soignant et/ou le soigné"** et **"la prise de recul par rapport à son ressenti"**.

De ces deux variables dépendent respectivement deux autres variables : **"l'influence sur la relation de confiance"** et **"la considération du détenu comme une personne à part entière"**.

Modèle d'analyse

3 - Modèle d'analyse

3.1 - Cadre théorique

3.1.1 - Aspect historique de l'institution pénitentiaire

Afin de comprendre la particularité du milieu pénitentiaire, nous allons définir ce qu'est la prison. Puis, nous énoncerons les caractéristiques sanitaires et sociales des personnes incarcérées. Enfin nous retracerons l'évolution du système de soin en détention.

La prison comme lieu de privation des libertés

Pour commencer, si nous devons définir le terme « *prison* » nous pourrions nous référer au Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)⁸ : « *Établissement pénitentiaire clos, aménagé pour recevoir des individus condamnés par les tribunaux à une peine les privant de liberté ou des prévenus en instance de jugement* ».

Des lettres de détenus, quant à elles, décrivent la prison comme « *absence, éloignement, impuissance, manque, détresse. Un tunnel qui vous éloigne de la vie du dehors* »⁹

Selon Pierre Bertaud¹⁰, cela peut être qualifié de « *Rupture avec la vie antérieure, avec ses repères, avec sa famille et ses amis, avec sa vie professionnelle : c'est un traumatisme social* ».

En 1791, la peine privative de liberté décrite par le Code Pénal^{11*} est généralisée. *La prison est un lieu de punition et d'amendement du condamné par le travail et l'éducation (Roch-Etienne Migliorino)*¹².

Si au XIX^{ème} siècle la prison imposait aux condamnés châtiments corporels et travaux forcés, elle vise aujourd'hui la réinsertion sociale des individus. En accord avec l'article 1er de la loi du 22 juin 1987¹³, « *Le service public pénitentiaire participe à l'exécution des décisions et sentences pénales et au maintien de la sécurité publique. Il favorise la réinsertion sociale des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire* »

8 Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne] <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/prison> (consulté le 24 juillet 2015)

9 GUENO, Jean-Pierre *Paroles de détenus : Lettres et écrits de prison*. Édition Octavo, Octobre 2000. 159p

10 BERTAUD, Pierre. *Soins Infirmiers en milieu carcéral : Le rôle Infirmier dans toute sa dimension*. Revue de la Coordination Nationale Infirmière, n°27. Juin 2008, [en ligne] <http://archives.coordination-nationaleinfirmiere.org/index.php/200906101007/Actualites/Soins-Infirmiers-en-milieu-carceral-le-role-infirmier-dans-toute-sa-dimension.html> (consulté le 1 mars 2015)

11 Code pénal du 25 septembre 1791 [en ligne]

http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_25_09_1791.htm (consulté le 21 octobre 2015)

12 op. cit. p. 2

13 Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire. NOR: JUSX8700042L. Version consolidée au 21 octobre 2015, [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874714&categorieLien=cid> (consulté le 21 octobre 2015)

Le mot d'ordre n'est donc plus d'enfermer en pensant ainsi simplement assurer la sécurité du reste de la population mais bien d'accompagner les personnes détenues afin de leur permettre de se réinsérer socialement une fois la peine purgée.

Cependant, avec 11734 détenus en surnombre au 1er septembre 2015 et un taux de densité carcéral de 115%¹⁴ la prison interpelle. Qui sont les personnes détenues et comment (sur)vivent elles en détention ?

Caractéristiques sanitaires et sociales des personnes détenues

Que ce soit de par leur sexe, leur âge, leur origine, leur motif d'incarcération ou encore leur état de santé, la population carcérale est très hétérogène et ne se réduit pas à un numéro d'écrou*. Pour comprendre cela, nous allons dresser les caractéristiques de la population carcérale. L'ensemble des statistiques exploité ci-dessous est extrait du Rapport sur l'état de santé des détenus publié par l'Institut National de Veille Sanitaire¹⁵ en Juin 2014.

Pour commencer, la majorité des personnes détenues serait issue de milieu défavorisé et aurait peu, voire pas de contact avec le système de soin. 13,7% vivraient dans une habitation précaire et certains seraient même sans domicile. Concernant la protection sociale, 13,6% n'en bénéficieraient pas. Enfin plus de 60% seraient sans emploi. Ces données dévoilent la vulnérabilité sanitaire et sociale des personnes incarcérées. Ces difficultés, présentes en amont de l'incarcération, sont renforcées par les problèmes développés au sein même de la prison.

L'article intitulé «*Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé*» extrait de la Revue Médicale Suisse dresse la liste, en image, des pathologies somatiques et psychiatriques prépondérantes en milieu carcéral.

Somatiques
• Dermatologiques : mycoses, eczéma, acné
• Rhumatologiques : dorso-lombalgies aiguës/chroniques, tendinites aiguës
• Digestives : constipation, dyspepsie, ulcère, reflux gastro-œsophagien, hémorroïdes
• Respiratoires : viroses ORL, asthme, rhino-sinusites
• Cardiovasculaires : HTA, coronaropathie
• Métaboliques : diabète, dyslipidémie
• Neurologiques : céphalées de tension, migraine
• Traumatiques : automutilations, plaies, entorses
• Dentaires : infections dentaires et gingivales
• Ophtalmologiques : anomalies de la réfraction
• Infectieuses : abcès cutanés, VIH, hépatites B et C chroniques, tuberculose

14 op. cit. p. 1

15 GODIN-BLANDEAU, E. VERDOT, C. DEVELAY, AE. *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 94 p, [en ligne] <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenu-es-en-France-et-a-l-etranger> (consulté le 17 février 2015)

Nous constatons que l'incarcération constitue à la fois un traumatisme physique mais aussi psychologique important. Face à ce portrait de la population carcérale, l'accès aux soins est primordial.

Psychiatriques
<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de l'humeur (anxio-dépressif, bipolaire...) • Trouble de la personnalité (borderline, histrionique, narcissique, antisocial, paranoïaque...) • Troubles psychotiques • Pathologies de la sexualité (pédophilie, paraphilies) • Dépendance (stupéfiants, cannabis, alcool, médicaments psychotropes, nicotine...)

Tableau 3 - Pathologies fréquemment rencontrées en milieu carcéral

Extrait de l'article de la Revue Médicale Suisse cité ci-dessus

3.1.2 - Aspect législatif de la prise en charge de la santé des détenus

Nous allons maintenant aborder les principaux textes ayant marqué l'évolution du système de soin en détention, de 1984 à aujourd'hui. Tous les extraits cités dans cette partie sont issus des textes de lois auxquels ils appartiennent.

Prélude du système de santé en détention

Au début du XXème siècle, la prise en charge sanitaire des détenus est encore assurée par l'administration pénitentiaire*.

Le **30 janvier 1984**, le **décret 84-77**¹⁶ modifie certaines dispositions du Code de Procédure Pénale (CPP)* et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.)* se voit confier le contrôle de l'action sanitaire en milieu carcéral.

Deux ans plus tard, l'**arrêté du 14 décembre 1986**¹⁷ permet la création de Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)* dont l'objectif général est la « *prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire* » ainsi que « *la mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus* ». Cet arrêté encourage également la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en détention.

En **1993**, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP)*, en lien avec le Ministère de la Justice, publie le **Rapport « Chodorge »**^{18*} (cf. annexe I), tout premier rapport sur l'état de santé des personnes détenues intitulé « **Santé en milieu carcéral** ».

16 Décret n°84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certains dispositions du code de procédure pénale. [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000689504> (consulté le 21 octobre 2015)

17 Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Version consolidée au 20 octobre 2015 [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072823&dateTexte=20151020> (consulté le 20 octobre 2015)

18 HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE. *Santé en Milieu carcéral : Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. Éditions École Nationale de la Santé Publique. Rennes, Janvier 1993. 127p (Avis et rapport du Haut Comité de Santé Publique)

Ce texte s'avère être alarmant au niveau des conditions de vie en détention et de la prise en charge sanitaire des détenus. On peut y lire *«il est indispensable que les personnes incarcérées puissent bénéficier dans leur ensemble d'un accès aux soins de qualité identique à celui qui est offert à la population générale»*. Suite à cette publication, la santé en milieu carcéral devient un véritable enjeu de santé publique*.

Amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus

La **loi du 18 janvier 1994**¹⁹ constitue une avancée considérable concernant l'accès aux soins des personnes détenues. Elle impose l'affiliation au régime général de la sécurité sociale de tout détenu dès le début de son incarcération. Elle prévoit dans l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP)* que *« Le service public hospitalier assure (...) les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier (...). Il concourt (...) aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées par les établissements pénitentiaires. »*. De ce fait, l'organisation des soins en milieu carcéral est désormais confiée au Service Public Hospitalier (SPH)*.

La même année, la **circulaire du 8 décembre**²⁰ entend assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population. Pour cela, elle propose un Guide méthodologique relatif à la prise en charge des détenus afin de *« décrire le dispositif de prévention et de soins tant somatiques que psychiatriques, l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier (...) »*. Des notions clefs de sécurité et de protection du secret médical sont également abordées à l'intention des professionnels de santé exerçant en prison.

Le **4 mars 2002**²¹ paraît la **loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**. L'article 3 rappelle que, *« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne »* et *« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins »*. Cette loi s'applique à toute personne soignée y compris les personnes détenues. Elle prévoit également la *suspension de peine des personnes dont l'état de santé est incompatible avec la vie en milieu carcéral (Article 10)*.

19 Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la sante publique et à la protection sociale. NOR: SPSX9300136L. [en ligne]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979&categorieLien=id> (consulté le 6 février 2015)

20 Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale. NOR: SPSH9403796C.

[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000368050> (consulté le 21 octobre 2015)

21 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR: MESX0100092L. Version consolidée au 21 octobre 2015 [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> (consulté le 21 octobre 2015)

En **septembre 2002**, la **loi n°2002-1138²²** s'intéresse quant à elle au cas des détenus atteints de troubles mentaux pour leur faciliter l'accès au soin. Ces personnes ne doivent plus être maintenues en détention et sont désormais hospitalisées dans des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)* (Article 48).

Le rôle des médecins dans le cadre de la mesure de suspension de peine* pour raison médicale est précisé dans la **Circulaire DHOS/DGS/DAP n°2003/440 du 24 Juillet 2003²³**. Il est écrit que « *le médecin informe la personne détenue de la gravité de son état de santé (...). Il lui fait connaître (...) qu'elle est susceptible de bénéficier d'une mesure d'aménagement de peine et lui remet un certificat médical descriptif de son état de santé, afin qu'elle puisse faire valoir sa situation* ».

Plus tard, en 2009, la **Loi pénitentiaire n°2009-1436 du 24 novembre²⁴** aborde la notion de secret médical*. Elle explique que la confidentialité des soins est préservée en milieu carcéral (article 45). L'article 46 rappelle que « *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* ».

Actualisation et réévaluation de la santé en milieu carcéral

Dans un souci d'amélioration des soins, un **Plan d'actions stratégiques 2010-2014** (cf annexe II) concernant la politique de santé des personnes placées sous main de justice* est adopté par le Ministère de la Santé en partenariat avec le Ministère de la Justice.

En outre, le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des détenus est actualisé en 2005 puis en 2012 avec la **circulaire interministérielle n°27 du 30 octobre²⁵**. Différents aspects sont abordés tels l'administration pénitentiaire, l'organisation du système de santé, les caractéristiques de la population carcérale, la protection sociale des détenus ou encore les règles de sécurité. L'objectif est d'explicitier les droits et les devoirs des professionnels de santé envers les personnes détenues.

22 Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. NOR: JUSX0200117L. Version consolidée au 20 octobre 2015. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140> (consulté le 20 octobre 2015)

23 Circulaire DHOS/DGS/DAP n° 2003-440 du 24 juillet 2003 relative au rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale. NOR : SANH0330441C. [en ligne] <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-39/a0393055.htm> (consulté le 21 octobre 2015)

24 Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. NOR: JUSX0814219L. Version consolidée au 20 octobre 2015. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&dateTexte=20151020> (consulté le 20 octobre 2015)

25 Circulaire interministérielle n°27 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. [en ligne] [circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf](http://www.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf) (consulté le 6 février 2015)

Le texte le plus récent est l'**avis du 16 juin 2015**²⁶ (cf annexe III). Malgré les avancées au niveau sanitaire, il montre que des difficultés persistent au sein des établissements pénitentiaires ; « (...) *quant aux droits fondamentaux des personnes détenues ; l'importance des atteintes constatées justifie la rédaction d'un avis à l'attention des pouvoirs publics* ». L'objectif de cet avis est de réajuster la prise en charge des personnes détenues, notamment au niveau de la confidentialité des consultations de soin.

L'ensemble de ces textes officiels a permis une avancée considérable dans la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Avec la naissance des USMP, des infirmiers se sont retrouvés dans un univers pénitentiaire. Ils ont ainsi pu confronter leurs représentations à la réalité du milieu carcéral. Mais quelle image nous faisons-nous réellement de la prison ?

3.1.3 - Aspect social et représentations sur le milieu carcéral

Représentations sociales

En 1997, *Jean-Claude Abric*²⁷ définit la représentation sociale comme « *une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références (...)* ».

*Fischer*²⁸ vient compléter cette définition en précisant que « *La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs, les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (...) et donnant lieu à une vision commune des choses (...)* ».

Notre perception de la réalité serait donc influencée par des normes et des représentations sociales auxquelles nous adhérons consciemment ou non. Ces normes, nous les acquérons en grandissant, en fonction du milieu culturel et social dans lequel nous évoluons. Elles nous permettent de mieux appréhender le réel et de classer les objets ou les individus dans des catégories spécifiques.

Cependant, cette vision partagée se base parfois sur des préjugés et des stéréotypes.

26 Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. NOR: CPLX1516614V. [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030891422&categorieLien=id> (consulté le 20 octobre 2015)

27 MARTIN SANCHEZ Marie-Odile. *Concept de représentation sociale. Espace de réflexion et d'échanges autour de la relation soignant / soigné*, Soin Étude et Recherche en Psychiatrie. [en ligne] http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html (consulté le 22 octobre 2015)

28 FORMARIER, Monique. *La relation de soin, concepts et finalités*. Recherche en soins infirmiers, Juin 2007, n°89, p. 35

Préjugés

Dans le cadre de ma recherche, nous constatons que l'image que nous nous faisons du milieu carcéral est souvent infondée. En effet, comment savoir réellement de quelle manière se poursuit la vie derrière les murs sans y avoir réellement été confronté(e)s ?

Selon Florence Langendorff²⁹, « Un préjugé est une idée toute faite, une opinion préconçue, secrétée et véhiculée par le milieu social, l'époque, l'éducation (...), qui pousse les individus à évaluer, voire à juger de façon négative les membres d'un autre groupe. ». Elle explique que « Le préjugé possède ainsi deux composantes essentielles, l'une cognitive, l'autre comportementale : porteur d'informations, il entraîne attitudes et conduites ». Nous nous référons aux préjugés pour schématiser la réalité mais l'utilisation de cette information, parfois erronée, va influencer notre comportement avant même d'être confrontée à l'objet du préjugé. Cette affirmation concerne à la fois le soignant dont l'image du détenu peut être péjorative mais aussi le patient-détenu qui peut redouter « la blouse blanche » et craindre les soins.

Stéréotypes

En outre, notre perception de la réalité est aussi influencée par les stéréotypes c'est à dire par « une idée fixe et conventionnelle au sujet d'un groupe interprétant des faits observés d'une manière déformée. »³⁰. Catégoriser les individus aurait un aspect rassurant mais peut également être préjudiciable. Les médias, en tant que source d'informations, donnent une mauvaise image de la prison et entretiennent la peur face à cette institution. « La société véhicule un certain nombre de clichés que l'on finit par intégrer à la longue : les gens en prison seraient stupides, voire illettrés, rien ne pourrait les intéresser, ils seraient tous drogués ou toxicos (...) »³¹. Ainsi, la vision du milieu carcéral et des personnes détenues sont influencées par l'image même que la société dresse. Entre peur et méfiance, notre perception est perturbée avant même que l'on soit confronté à cet univers.

Je tenais à aborder cet aspect social car n'oublions pas qu'un soignant est avant tout un être humain. Il vit en société et partage des normes et des représentations avec ses pairs. Affirmer que tout soin doit se faire dans le non-jugement ne serait pas en phase avec la réalité. L'être humain qu'est le soignant va inconsciemment poser un jugement de valeur sur

29 LANGENDORFF, Florence. *Petit précis de sciences humaines*. Éditions LAMARRE, Septembre 2009. 238p (Collection Étudiants IFSI)

30 *ibid.* (30)

31 LAROCHE CINDERELLA. « En prison, les clichés sur les détenus volent vite en éclat ». Août 2014, [en ligne] <http://www.streetpress.com/sujet/138043-en-prison-les-cliches-sur-les-detenus-volent-vite-en-eclat> (consulté le 30 octobre 2015)

le patient, qu'il soit détenu ou non. Toutefois, de par son statut de professionnel de santé, il essaye de mettre ses pensées de côté pour se concentrer sur le cœur de son métier : soigner.

3.1.4 - Aspect professionnel et rôle infirmier en USMP

Généralités sur la profession infirmière

Selon le Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; « *Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.* »³².

D'un point de vue juridique, l'article R4311-1 du CSP³³ précise ; « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation, et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ses activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles déontologiques et notamment celles du secret professionnel* ».

En accord avec l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'Infirmier³⁴, les activités infirmières peuvent être résumées en neuf points :

- Observation et le recueil de données cliniques
- Soins de confort et de bien-être
- Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
- Soins et activités à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique
- Coordination et organisation des activités et des soins
- Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits
- Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
- Veille professionnelle et recherche

Les infirmières mettent donc l'ensemble de leurs compétences au profit des personnes soignées que ce soit en milieu hospitalier ou dans un centre pénitentiaire.

32 MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Profession Infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession.* Septembre 2012. p186

33 Article R4311-1 du Code de la Santé Publique modifié par l'Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009

34 Arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'Infirmier. NOR: SASH0918262A . Version consolidée au 22 octobre 2015 [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> (consulté le 22 octobre 2015)

Spécificités de l'exercice infirmier en milieu carcéral

Roch-Etienne Migliorino³⁵, Infirmier diplômé d'état exerçant en milieu carcéral explique que « *L'objectif est d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles de l'ensemble de la population* ». Il explique également que le rôle de l'infirmier en milieu carcéral a de nombreuses facettes.

Le premier contact avec le détenu a lieu lors de l'arrivée en prison. L'infirmier(e) réalise un entretien d'accueil pour connaître le détenu et ses éventuels besoins en matière de santé. L'infirmier(e) doit par la suite répondre aux nombreuses demandes quotidiennes des détenus tout en assurant un suivi des pathologies chroniques.

Les objectifs de cette visite d'entrée ont été répertoriés par la Revue Médicale Suisse³⁶. Les buts principaux sont la santé individuelle du détenu, la santé collective en détention ainsi que la réduction des risques de complications en matière de santé.

Santé immédiate individuelle
<ul style="list-style-type: none">• Evaluation du <i>risque suicidaire</i> («choc de l'incarcération»)• Exploration des <i>dépendances</i> et des éventuelles manifestations de sevrage• Evaluation de la poursuite d'un <i>traitement médicamenteux</i> (principe de la continuité des soins)• Détection des <i>lésions traumatiques</i> consécutives à l'arrestation/ incarcération• Mise en évidence d'<i>affections somatiques et psychiatriques</i> connues ou méconnues
Sécurité sanitaire collective
<ul style="list-style-type: none">• Recherche systématique de la <i>tuberculose pulmonaire active</i>
Rôle préventif/réduction de risques
<ul style="list-style-type: none">• Dépistage des <i>maladies transmissibles</i> (VIH, hépatites B et C)• Contrôler l'<i>état vaccinal</i>, éventuelles vaccinations de rattrapage• Dispensation de <i>messages de prévention</i> et de conseils généraux sur la santé et l'accès aux soins• Distribution d'un <i>kit de prévention</i> (pommade et solution désinfectantes, compresses, sparadraps, préservatifs)• Présentation du programme d'<i>échange de seringues</i> selon les établissements

Tableau 2 - Objectifs de la visite sanitaire d'entrée
Extrait de l'article de la *Revue Médicale Suisse* cité ci-dessus

35 op. cit. p. 2

36 op. cit p. 7 (16)

Roch-Etienne Migliorino³⁷ précise que le rôle éducatif de l'infirmier(e) est important en prison et se manifeste par l'application « *des politiques de prévention et de dépistage des IST (Infection Sexuellement Transmissibles) (...) d'une part mais aussi des tuberculoses, gales, hépatites C et suicides d'autre part.* ». La population étant confinée dans l'enceinte de la prison, les risques de transmissions d'infections et d'épidémies sont multipliés.

L'infirmière doit aussi être apte à intervenir en cas d'urgence vitale, que le pronostic vital de la personne détenue soit engagé ou non, elle doit agir rapidement avec le matériel d'urgence à sa disposition.

Le *Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* rédigé par le *Ministère de la santé et de la protection sociale ainsi que le Ministère de la Justice*³⁸ nous éclaire sur le fonctionnement du système de soin spécifique au milieu carcéral.

Les soins sont assurés par une équipe hospitalière pluridisciplinaire constituée à la fois de personnels médicaux tels que des médecins, des dentistes ou des pharmaciens mais aussi de personnels non médicaux comme les infirmiers, kinésithérapeute ou manipulateurs en électroradiologie. L'ensemble de l'équipe est composé de professionnels qui se portent volontaires pour intégrer l'USMP.

Cette unité se trouve dans un bâtiment de la prison dont l'administration pénitentiaire assure le fonctionnement. Toutefois, il est important de préciser qu'une USMP possède le « *statut d'unité fonctionnelle, rattachée à un service clinique ou à un département hospitalier (...)* ». Bien qu'elle soit implantée dans le centre pénitentiaire, l'unité fait partie intégrante du service public hospitalier. C'est cet hôpital de rattachement qui fournit le matériel nécessaire à la prise en charge médicale et paramédicale des patients.

Un protocole prédéfini assure le bon fonctionnement de cette unité chargée d'assurer les consultations de soins somatiques mais aussi psychiatriques de l'ensemble des détenus.

Le rôle d'enseignement et de formation revient aussi à l'infirmier puisqu'il accueille des étudiants infirmiers en stage et contribue à leur formation professionnelle.

Pour finir, l'infirmier est amené à « *participer à l'élaboration des projets de réinsertion post-carcérale des détenus en partenariat avec les services socio-éducatifs de la prison.* »³⁹

37 op. cit. p. 2

38 MINISTERE DE LA JUSTICE ET MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Paris, Novembre 2012. 368 p. 3e version du guide, [en ligne] <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/documentation.asp> (consulté le 22/07/15)

39 *ibid.* (39)

Tous les aspects du soin sont présents en prison. Que ce soit au niveau préventif, éducatif, curatif, mais aussi, et surtout, relationnel. Les infirmières réalisent des soins somatiques et psychiatriques concourant au maintien ou à la restauration de l'état de santé des détenus.

3.2 - Cadre conceptuel

Ma question de recherche fait appel à différents concepts qu'il me semble nécessaire de définir. Cela permettra de mieux comprendre le sens de chaque terme et, dans le cadre de ma recherche, de les mettre en lien avec le milieu carcéral. Les concepts que j'ai choisis de définir sont la **relation de soin**, la **vulnérabilité**, le **jugement** et la **relation de confiance**.

3.2.1 - La relation de soin en milieu carcéral

La relation

Selon Hartup⁴⁰ en 1988, « *On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures* ». Ces interactions se caractérisent par une communication à la fois verbale et non verbale.

Dans son *Guide d'apprentissage de la relation d'aide*, Odette Patenaude⁴¹ explique ; « *Nous communiquons par le geste, la posture, le regard, la mimique, le ton de la voix et la parole, bien sûr.* »

En milieu carcéral, le soignant et le soigné vont se rencontrer à plusieurs reprises. Au début de l'incarcération, lors de consultations de soins, dans le cadre de séances de dépistage organisées par le personnel soignant ou encore lors de la distribution quotidienne des médicaments. L'un comme l'autre vont être amené à échanger un regard, des paroles ou des gestes et entrer, ainsi, en relation.

40 op. cit. p. 11 (29)

41 PATENAUDE, Odette. *Au cœur des soins infirmiers : Guide d'apprentissage de la relation d'aide*. Éditions Saint-Martin, 2008. 269p , p24

Le soin

Selon le *Dictionnaire Humaniste Infirmier* de Christine Paillard⁴², le soin relève « du devoir, de la charge de quelqu'un, d'y veiller, de s'en inquiéter, de s'en préoccuper ».

Dans son ouvrage, l'auteur se base sur le *Dictionnaire illustré des termes de médecine* pour distinguer deux types de soin : le *soin direct* et le *soin indirect*. Le soin direct correspond aux soins réalisés auprès du patient tels que la pose de perfusion, l'administration médicamenteuse ou encore la relation d'aide. A l'inverse, le soin indirect désigne les actions réalisées autour du patient comme la lecture et la préparation des prescriptions, la rédaction des dossiers de soins infirmiers sans oublier les transmissions entre collègues. L'exercice infirmier constitue donc une prise en charge globale du patient.

Nous pouvons définir plusieurs catégories de soins comme cela est détaillé dans l'ouvrage *Être Infirmier(ère)* de Dorsafe Bourkia⁴³ :

- Soins de nursing permettant d'assurer le confort et le bien-être
- Soins curatifs correspondant à l'administration et la surveillance des thérapeutiques
- Soins éducatifs et préventifs visant à éviter la rechute ou les complications de la maladie
- Soins palliatifs désignant l'accompagnement de la personne en fin de vie

L'IDE met l'ensemble de ses compétences techniques, organisationnelles et relationnelles au profit du patient pour proposer une prise en soin optimale.

La relation de soin

La relation de soin aussi appelée "relation soignant-soigné" est définie dans le *Dictionnaire Humaniste Infirmier*⁴⁴ comme étant une « *Activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant (...). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue (...)* »

Monique Formarier⁴⁵ rajoute que la relation avec le patient doit permettre « *connaissance mutuelle, identification des besoins, demandes, ressources du patient, perception des émotions...* »

42 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Éditions Setes, Mars 2013. 356p, p72 à 295

43 DORSAFE, Bourkia. *Être infirmier(ère)*. Éditions Lieux Dits, Février 2015. 111p, p10 à 11

44 *ibid* (43)

45 *op. cit.* p. 11 (29)

En milieu carcéral, l'infirmier, en tant que professionnel de la santé, va prendre en charge des détenus qui nécessitent des soins. Va alors s'instaurer une relation de soin au cours de laquelle le soignant doit identifier les besoins du patient pour répondre au mieux à ses attentes. Il va, en outre, devoir gagner la confiance du soigné afin que ce dernier accepte l'action médicale.

Dans *Les relations interpersonnelles en Soins Infirmiers*, Peplau Hildegard⁴⁶ découpe cette relation soignant-soigné en quatre étapes : l'orientation, l'identification, l'exploitation et enfin la résolution. Pour comprendre ces étapes nous allons brièvement les définir.

Pour commencer, la phase d'orientation correspond à la rencontre entre le soignant et le soigné. Le soigné cherche un professionnel pour l'aider à résoudre son problème de santé. L'infirmier(e) apparaît alors comme la personne ressource mais pour le moment, aucun des deux ne se connaît, « *Le soignant et le soigné sont deux étrangers l'un pour l'autre* »⁴⁷. S'en suit la phase d'identification au cours de laquelle le soigné et le soignant se rencontrent. L'infirmier(e) essaye de comprendre au mieux le problème de santé du patient pour mettre en œuvre les actions les plus adaptées. La relation naît peu à peu et en fonction de la situation, cette relation sera perçue comme positive ou négative.

Puis lors de la période d'exploitation, le patient va tirer profit du soignant afin de conserver ou retrouver son autonomie. Il va essayer de « *tirer le meilleur parti de sa relation avec l'infirmière et d'exploiter pour son intérêt et ses besoins personnels tous les biens et services mis à sa disposition.* »⁴⁸.

Enfin, l'étape de résolution est atteinte lorsque le patient est rétabli physiquement et psychologiquement. Il va alors se détacher de l'infirmier(e) et reprendre le cours de sa vie.

Le bon déroulement de la relation de soin mis en place au cours de ces quatre étapes dépend en partie de l'attitude de l'infirmière lors de sa rencontre avec le patient-détenu.

Selon Gille Marmin⁴⁹, Cadre Supérieur Infirmier au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bicêtre, une relation de soin de qualité repose sur des valeurs humanistes et consiste à « *respecter le patient en face de soi, sans le juger* », « *se respecter soi-même et ne pas aller à l'encontre de ses valeurs personnelles* » et « *respecter les règles professionnelles* ».

46 PEPLAU HILDEGARD. *Relations interpersonnelles en Soins Infirmiers (Extraits)*. 1952, p2 à 6 [en ligne] www.reseau-asteria.fr/CADCI/CONCEPT%20PEPLAU.PDF (consulté le 30 octobre 2015)

47 ibid. (47)

48 ibid. (47)

49 op. cit. p. 2

3.2.2 - Une double vulnérabilité soignant/soigné

Le soignant

Un soignant s'occupe d'une personne dont la santé est altérée. En accord avec *La philosophie de l'humanité*⁵⁰ ; « Être soignant, ce n'est pas soigner, mais prendre soin d'une personne. Nous n'avons jamais soigné, le malade se soigne lui-même, avec notre aide, bien sûr, mais c'est lui qui se "répare" ».

En milieu carcéral, l'infirmière exerce en USMP et assure les soins apportés aux détenus en collaboration avec d'autres professionnels. Ses missions sont à la fois préventives et curatives. Selon l'article 25 du Décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières⁵¹ : « L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quelle que soit l'origine de cette personne (...) ». Le soignant qui exerce en USMP dispense donc des soins identiques à tout service de soin hospitalier.

Le soigné

Comme l'écrit Christine Paillard⁵², la personne soignée est une « *personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même.* ».

Dans le cas de mon sujet, le soigné est une personne détenue, privée de liberté. *Le Petit Larousse*⁵³ définit le détenu comme étant une « *personne incarcérée par ordre de l'autorité judiciaire* ». Quel que soit le motif d'incarcération, l'infirmière doit considérer le détenu avant tout comme un patient. Le soin doit être réalisé dans l'instant présent, en se référant au besoin actuel de la personne se trouvant en face de soi qui s'abandonne aux mains « expertes » du soignant. Le soigné, qu'il vienne en consultation pour un problème somatique ou psychiatrique doit pouvoir se confier en toute confiance sans se sentir juger.

50 GINESTE, Yves et MARESCOTTI, Rosette. *La philosophie de l'humanité. Qu'est ce qu'être soignant ?*. Soins Corps Communication. La Méthodologie des soins. 1999, [en ligne] <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/philosophie.html> (consulté le 7 février 2015)

51 Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. NOR: SANP9300287D. Version abrogée le 8 août 2004 [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&dateTexte=20040807>

52 op. cit. p.17 (43)

53 Petit Larousse [en ligne] <http://www.larousse.fr> (consulté le 17 mai 2015)

La vulnérabilité soignant/soigné

D'après Yves Morhain⁵⁴, le terme Vulnérabilité signifie « *une faiblesse, une déficience, un manque, une grande sensibilité spécifique à partir desquels l'intégrité d'un être, d'un lieu, se trouve menacée d'être détruite, diminuée, altérée* ». Une personne vulnérable est donc susceptible d'être blessée physiquement ou moralement.

En milieu carcéral, le soignant apparaît comme étant vulnérable pour plusieurs raisons. D'une part, en travaillant au sein d'une USMP, il est isolé du reste du monde hospitalier. Il peut donc ressentir une forme d'exclusion. D'un autre versant, il ne fait pas partie intégrante de l'administration pénitentiaire mais en dépend beaucoup.

De son côté, le soigné, du fait de son incarcération, est privé de libertés et dépend du milieu pénitentiaire. Il est vulnérable de par l'enfermement et les conditions sanitaires et sociales précaires. En outre, son accès au service de soin dépend en partie des surveillants qui ont pour rôle de transmettre les demandes des détenus et de les conduire jusqu'à l'USMP.

3.2.3 - L'impact du jugement dans la relation de confiance

Le jugement

Le concept jugement⁵⁵ désigne à la fois la capacité de notre esprit à distinguer le bien du mal ou à *faire la différence entre la vérité ou le mensonge*. Le jugement, c'est aussi *l'opinion que l'on se fait de quelqu'un ou de quelque-chose* en fonction de nos représentations et convictions personnelles.

Dans n'importe quelle relation, lorsque deux personnes se rencontrent, chacune va porter un jugement sur l'autre, un regard critique. Que ce soit au premier regard ou au cours de la discussion, nous allons être amené à juger l'autre, à nous forger un avis sur cette personne que nous venons de rencontrer.

Lors d'une consultation, le soignant a très peu de temps pour se présenter, gagner la confiance de l'autre et effectuer le soin. Dans ce laps de temps, l'infirmier(e) juge le soigné tout en étant lui même jugé par le patient.

54 MORHAIN YVES. *Vulnérabilité, invulnérabilité et risque*. [en ligne]

<http://cbad.pagesperso-orange.fr/journees/jour6/textes/Morhain.htm> (consulté le 30 octobre 2015)

55 Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne] <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/jugement> (consulté le 24 juillet 2015)

La relation de confiance

La confiance se définit comme une « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence.* »⁵⁶

Incontournable de la relation soignant-soigné, la confiance, permet un équilibre. En effet, si on accorde sa confiance à une personne, on s'autorise à se confier à elle et inversement. Un contrat tacite se crée entre le soignant et le soigné.

Deux personnes qui se font confiance vont rendre possible l'échange entre elles. Si un patient ne veut pas se confier, c'est qu'il ne peut pas ou ne veut pas nous faire confiance. Accorder sa confiance est une décision qui appartient au soigné. L'infirmier(e) doit alors faire en sorte de l'obtenir afin de rendre propices échanges et dialogues.

D'après les écrits de *Hildegarde Peplau*⁵⁷, la confiance s'installe progressivement au cours des différentes étapes de la relation soignant-soigné. Lors de la rencontre, « *le soigné met à l'épreuve. Il cherche à trouver les limites de la confiance qu'il peut avoir dans le soignant avant de s'engager plus loin dans la relation* ». Une fois que le soignant et le soigné se connaissent mieux, chacun sait ce qu'il est en droit d'attendre de l'autre et décide alors de laisser peu à peu, au fil des jours, s'installer un climat de confiance pour que la relation thérapeutique se passe dans les meilleures conditions.

L'impact du jugement

En milieu carcéral, l'infirmier assure l'entretien d'accueil de la personne détenue lors de son arrivée au centre pénitentiaire. Selon le dossier sur *Le rôle des infirmiers dans les prisons*⁵⁸, « *Ce premier contact avec le détenu permet de le mettre en confiance et surtout de lui faire comprendre que son mal-être et sa santé vont être pris en compte.* ».

Contrairement à une consultation en milieu hospitalier "ordinaire", les barreaux aux fenêtres et la présence de surveillant pénitentiaire non loin de la salle de soin peuvent mettre mal à l'aise l'infirmier(e). A l'inverse, le détenu peut développer ce qu'il est habituel de nommer le syndrome de la "blouse blanche"*. Chacun doit aller au delà de ses représentations, de ses peurs et appréhensions pour accorder progressivement sa confiance à l'autre.

Un détenu qui ne parle pas ou refuse de se confier peut donner au soignant l'impression d'être en échec. A contrario, si le détenu se sent jugé, il risque de s'enfermer dans un mutisme ou de refuser les soins pour lesquels il s'est présenté, ce qui constituerait un échec également.

⁵⁶ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne] <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance> (consulté le 24 juillet 2015)

⁵⁷ op. cit. p. 18 (47)

⁵⁸ PICHERIE, Evelyne. *Le rôle des infirmiers dans les prisons*. Actualité et dossier en santé publique N°44. Haut Conseil de la santé publique. Septembre 2003. p30-31, [en ligne] <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Personne?clef=1881> (consulté le 25 juillet 2015)

3.3 - Cadre d'analyse

De façon à valider les hypothèses émises en lien avec ma question de recherche, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de soignants exerçant au quotidien auprès de patients-détenus. Cette méthode me semblait intéressante car elle me permettait, à l'inverse des questionnaires, d'aller directement à la rencontre des professionnels.

En outre, ma question de recherche portant sur le jugement et le ressenti de l'infirmier, je trouvais plus pertinent d'écouter les récits des soignants pour préserver l'authenticité de leurs réponses et de leur vécu. Un entretien permet d'obtenir à la fois des réponses verbales mais aussi de prendre en considération la communication non verbale en observant le comportement des personnes interrogées.

Afin de pouvoir recueillir ces témoignages, il m'a fallu effectuer une demande d'autorisation d'entrevues [REDACTED] en juin 2015. J'ai dû faire envoyer par mail le guide d'entretien (cf. annexe IV) que j'avais réalisé et testé auprès de mon entourage. Puis, celui-ci a été validé et j'ai obtenu l'autorisation pour effectuer mes interviews au sein d'une USMP. J'ai ensuite pris contact avec le cadre du service puis nous avons convenu ensemble de la manière dont allaient se dérouler ces rencontres.

Les hypothèses en lien avec ma question de recherche étaient : **Le jugement porté par le soignant et/ou le soigné dans la relation de soin influence la relation de confiance et C'est en prenant du recul par rapport à son ressenti que l'infirmier arrivera à considérer le détenu comme une personne à part entière, en attente de soin** . Ce sont ces deux hypothèses que je souhaitais confirmer ou réfuter grâce aux entretiens.

J'avais conscience que recueillir des témoignages au sein d'un seul et même service constituait une limite pour ma recherche. Cependant, j'ai pu interroger des infirmiers de psychiatrie ainsi que des infirmiers somatiques. Cela m'a permis de varier la population interrogée et d'enrichir les réponses données. Par ailleurs, il nous avait été conseillé de réaliser cinq entretiens, ce que j'ai fait.

Pour finir, j'aurais aimé pouvoir m'entretenir avec des détenus car ma question de recherche évoque une double vulnérabilité touchant à la fois le soignant mais aussi le soigné. Je trouvais intéressant d'aborder les deux versants de ma problématique, à savoir aussi bien le soignant que le soigné. Toutefois, il semblait difficile, d'un point de vue administratif, d'obtenir le droit de réaliser des entretiens auprès de personnes détenues.

Méthodologie de la recherche

4 - Méthodologie de la recherche

4.1 - Participants

Pour rappel, mon hypothèse théorique est **Le jugement porté par le soignant et/ou le soigné dans la relation de soin influence la relation de confiance**. Elle est complétée par mon hypothèse spécifique qui est **C'est en prenant du recul par rapport à son ressenti que l'infirmier arrivera à considérer le détenu comme une personne à part entière, en attente de soins**.

4.1.1 - Variable

Le but de ma recherche est d'étudier les variables "**le jugement porté par le soignant et/ou le soigné**" et "**la prise de recul par rapport à son ressenti**". Selon moi, ces deux variables auraient un impact sur "**la relation de confiance**" et "**la considération du détenu comme une personne à part entière**".

4.1.2 - Échantillonnage

J'ai, dans un premier temps, suivi un protocole concernant la demande d'autorisation d'enquête dans les unités de soins [REDACTED] dans le cadre du TFE . J'ai envoyé une demande par mail à la Direction des soins le 16 juin 2015 (cf. annexe V) en précisant le thème de mon travail, les objectifs des entretiens ainsi que le nombre de professionnels que je souhaitais interroger. J'ai dû cibler trois unités de soins : deux USMP et une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI)*. J'ai joint en annexe ma grille d'entretien, qui a été soumise à validation par [REDACTED] la Direction des soins ainsi que mon guidant de mémoire, [REDACTED]. J'ai reçu une réponse par mail le 18 juin 2015 m'autorisant à réaliser mes entretiens dans une des USMP sélectionnées (cf. annexe VI).

J'ai ensuite pris contact avec le cadre cette USMP afin d'établir les modalités de réalisation de mes entretiens. Il fallait en effet tenir compte de la spécificité du milieu carcéral et obtenir une autorisation d'accès de l'administration pénitentiaire. Le droit de venir réaliser mes entretiens à l'USMP sur la période du 10 au 17 août 2015 m'a été accordé. Parallèlement, il m'a aussi été rappelé les règles de sécurité concernant l'accès au centre pénitentiaire notamment sur la tenue vestimentaire et les objets que je ne pouvais pas apporter tels que mon téléphone ou mon ordinateur portable.

4.1.3 - Éthique

Au début de chaque entretien, j'ai rappelé que l'anonymat était préservé et que les témoignages seraient exclusivement utilisés dans le cadre de l'analyse et la rédaction de mon TFE. Par ailleurs, j'ai volontairement choisi de ne pas dévoiler ma question de recherche en début d'entretien pour ne pas influencer les réponses données. Nous l'avons abordée en fin d'entretien, une fois le témoignage terminé.

4.1.4 - Échantillon

Nous avons convenu, avec le cadre de santé du service, que les entretiens se feraient sur la base du volontariat. J'ai ainsi pu interroger cinq infirmières dont trois de soins psychiatriques et deux de soins somatiques. Le service n'étant composé que d'infirmières, l'ensemble de la population interrogée est exclusivement féminin. Je tiens également à préciser que je n'ai pas sélectionné les personnes interrogées en fonction de leur parcours professionnel ou de leur ancienneté.

4.1.5 - Matériel

Les entretiens se sont déroulés selon le guide d'entretien que j'avais rédigé et fait validé avant ma venue dans le service.

4.2 - Outil de la recherche

4.2.1 - Construction de l'outil de collecte

Ma question de recherche aborde la vision des soignants. De ce fait, j'ai choisi un outil qui me permettait de recueillir le ressenti personnel : l'entrevue.

Selon les cours dispensés par [REDACTED] Cabinet Coef Continu, l'entrevue est l'outil le plus adapté à ma recherche car il permet de « *recueillir le témoignage verbal des personnes* » et toucher ainsi des « *réalités plus personnelles* ».

Le *Groupe d'Étude et de Recherche sociales*⁵⁹ explique que cette méthode « *laisse libre cours aux choix de réponse des enquêtés, avec leurs mots (...)* Cette méthode permet l'étonnement, ouvre le questionnement sur la complexité des objets étudiés. ».

59 GROUPE D'ETUDE ET DE RECHERCHE SOCIALE. *Le questionnaire et l'entretien semi-directif*. [en ligne] <http://gers-sociologie.fr/methodes/l-entretien-semi-directif/> (consulté le 12 juin 2015)

De plus, je souhaitais aborder des points précis pour répondre à ma question de recherche tout en laissant au soignant la possibilité d'élargir ses champs de réponse. J'ai donc orienté ma grille d'entretien vers une forme semi directive.

L'avantage de cet outil est de pouvoir se rendre sur le terrain pour rencontrer les personnes interrogées. Contrairement à un questionnaire ou une grille d'observation, l'échange est direct. Par ailleurs, les incompréhensions peuvent être reformulées avec l'interrogé ce qui n'est pas envisageable avec un autre outil. L'utilisation de cet outil préserve donc l'authenticité des réponses et assure une meilleure fiabilité des données.

Cependant, cet outil possède aussi ses inconvénients. D'un point de vue spatial, il faut réaliser de nombreux trajets pour se rendre dans le service plusieurs fois afin de rencontrer les professionnels. D'un point de vue temporel, les entretiens doivent être retranscrits par écrit pour pouvoir analyser les données ce qui constitue une charge de travail considérable. Pour finir, l'enregistrement des entretiens via un dictaphone peut être intimidant et affecter la spontanéité des personnes interviewées.

4.2.2 - Validité de l'outil

Afin de tester la pertinence de mon guide d'entretien, j'ai effectué un pré test en interrogeant des personnes extérieures au milieu de la santé dont mes amis et ma famille. Le but était de vérifier si les questions que j'avais formulées étaient compréhensibles.

Pour assurer la validité interne de mon guide d'entretien, j'ai transmis ce guide à ma référente pédagogique [REDACTED] puis je l'ai présenté [REDACTED] lors de mon troisième rendez-vous de guidance.

Concernant la validité externe, j'ai dû transmettre mon guide d'entretien à la Direction des Soins [REDACTED] pour obtenir l'autorisation d'interroger des professionnels.

4.2.3 - Description de l'outil

Le guide d'entretien que j'ai réalisé est composé de deux parties.

La première partie constitue une présentation personnelle et le thème de mon TFE. J'y présente aussi les objectifs de ma recherche ainsi que la forme de l'entretien. Enfin, j'interroge la personne sur les éventuelles questions qu'elle pourrait avoir et l'invite à commencer l'entretien.

La deuxième partie est constituée d'une liste de vingt-quatre questions répertoriées en cinq catégories : Travailler en milieu carcéral, Le soin en milieu carcéral, Le patient-détenu, La relation de soin et le jugement.

J'ai fait le choix de poser des questions ouvertes et des questions fermées. Les questions ouvertes permettent de laisser la liberté de répondre à la personne interrogée et susciter sa propre réflexion. (Exemple : *Quelle attitude adoptez-vous pour mettre le patient en confiance avant un soin? Selon vous, en quoi un détenu est-il vulnérable ?*). Les questions fermées, quant à elles, permettaient d'obtenir des réponses plus courtes lorsque j'attendais une donnée précise (Par exemple : *A votre arrivée, avez-vous bénéficié d'une formation complémentaire ? Vous arrive t-il de connaître le motif d'incarcération ?*).

Au total, mon guide d'entretien compte quinze questions ouvertes contre neuf questions fermées. J'ai fait le choix de poser plus de questions ouvertes pour laisser la parole au soignant et éviter de lui donner l'impression de subir un interrogatoire.

Par ailleurs, mon guide d'entretien compte à la fois des questions à visée qualitative, pour connaître le ressenti propre à chaque soignant concernant les appréhensions, les motivations ou encore le jugement et d'autres questions à visée quantitative afin de récolter des données précises comme, par exemple, le nombre d'années d'expérience professionnelle.

4.3 - Déroulement de la collecte

4.3.1 - Moment et lieu

Mon autorisation de circuler dans l'enceinte du centre pénitentiaire était valable du 7 au 17 août 2015. J'avais choisi, en accord avec le cadre du service, de réaliser les entretiens les après-midi, à partir de 14 heures car les soignants étaient plus disponibles que le matin. Nous avons programmé mes visites par téléphone pour que je puisse venir à la rencontre des professionnels au cours de trois demi-journées.

Les entretiens se sont déroulés dans la tisanerie des soignants. L'avantage était que cette pièce se trouvait dans le service mais à l'écart des salles de soins, de consultations et du secrétariat. Cela rendait le lieu plus calme et propice à la discussion.

Cependant, la tisanerie étant avant tout une salle de pause, les entretiens ont été interrompus plusieurs fois par l'arrivée de soignants. J'aurais pu envisager d'afficher une pancarte sur la porte pour en interdire l'accès... D'un point de vue éthique, empêcher d'autres personnes d'intervenir pendant l'entretien aurait préservé l'anonymat et la discrétion. J'ai aussi rencontré un second problème, vis-à-vis des détenus cette fois-ci.

En effet, la tisanerie se situait en face de la salle informatique de la prison. Lors du premier entretien, des détenus essayaient d'attirer notre attention par la fenêtre ce qui s'est avéré perturbant pour nos échanges. Les fois suivantes, j'ai pris soin de fermer le store afin d'éviter que ce genre d'événement ne se renouvelle.

4.3.2- Tâche

A chacune de mes venues, je me présentais à l'entrée du centre pénitentiaire où l'on me délivrait un badge d'accès en échange de ma carte d'identité. Je devais ensuite mettre mes effets personnels dans une caisse soumise aux rayons X afin de mettre en évidence tout objet non autorisé. Pour finir, je passais dans une porte destinée à détecter les métaux. Je pouvais ensuite récupérer mes affaires, quitter le sas d'entrée et pénétrer dans la prison.

Pour parvenir jusqu'au service de soin, tous les accès sont réglementés via plusieurs portes verrouillées. A chaque étape, il fallait appuyer sur un bouton pour demander l'autorisation d'avancer et patienter jusqu'à ce que la porte s'ouvre.

Avant de monter dans l'USMP, je devais demander à un surveillant de me fournir une alarme portative me permettant de joindre les surveillants au cas où je rencontrerais un problème avec un détenu.

Une fois arrivée dans l'USMP, je me présentais à l'ensemble de l'équipe pénitentiaire, soignante et administrative.

Pour chaque entretien, le cadre du service mettait à ma disposition un dictaphone et des cassettes d'enregistrement que j'allais récupérer dans son bureau. En effet, je n'avais pas le droit vis-à-vis de la détention, de rentrer dans l'enceinte de la prison avec mon téléphone ou mon ordinateur pour garder trace des entretiens.

Je me rendais alors dans la tisanerie où j'allais faire passer mes entretiens. J'effectuais un test d'enregistrement avant l'arrivée des soignants pour m'assurer que j'utilisais correctement le matériel. Je disposais deux chaises autour d'une table de manière à ce que je sois en face du soignant lors de l'entretien.

Lorsque la personne interrogée arrivait, je la remerciais, me présentais en annonçant le thème de mon TFE et précisais les objectifs de l'entretien. Je donnais aussi de brèves explications sur la forme de celui-ci en informant les soignants que la durée était de quarante cinq minutes environ et que je souhaitais enregistrer la discussion avec un dictaphone afin de faciliter la retranscription écrite.

Je recueillais ensuite le témoignage du soignant à l'aide de la grille prévue à cet effet. Puis pour conclure l'entrevue, je demandais aux personnes interrogées si elles voulaient aborder des points que j'avais omis.

Je rangeais ensuite les cassettes d'enregistrement dans des enveloppes séparées pour distinguer tous les entretiens. Pour chacun d'eux (quarante cinq minutes environ) j'utilisais trois cassettes d'enregistrement.

Avant de partir je remerciais toute l'équipe pour son accueil. A chaque fois, l'ensemble des professionnels s'est montré accueillant, curieux et disponible malgré leur charge de travail. Ils ont modifié leur organisation et pris sur leur temps personnel pour me permettre d'aller au bout de mes objectifs.

4.3.3 - Consignes à donner

A chaque début d'entretien, j'ai précisé qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses. J'ai expliqué au soignant que j'avais effectué des recherches sur le thème du milieu carcéral et que j'avais une expérience en tant que stagiaire. Toutefois, j'ai bien précisé que j'avais encore beaucoup à apprendre et que leur témoignage constituait la base de mon analyse.

J'ai ajouté que j'allais être à l'écoute de toutes les informations qu'ils allaient me donner et que je les guiderais pendant l'entretien au travers de mes questions. Malgré tout, ma grille n'était qu'une trame me permettant d'axer mes questions et de relancer éventuellement l'échange mais elle ne devait en aucun cas être un frein à leur expression.

4.3.4 - Temps alloué

Chaque entrevue a duré environ quarante cinq minutes. A cela s'ajoute un temps de présentation, ainsi que les discussions informelles que j'ai pu avoir avec les professionnels concernant le métier d'infirmier et l'exercice en milieu carcéral. En totalité, chaque rencontre durait approximativement une heure.

J'ai ultérieurement retranscrits par écrit tous les entretiens pour pouvoir les interpréter (cf. annexe VII). A raison d'environ une heure de travail par rencontre, l'étape d'écoute et de retranscription aura demandé autant d'efforts et de concentration que la réalisation des entretiens eux-mêmes !

Analyse des données

5 - Analyse des données

5.1 - Méthode d'analyse des données

5.1.1 - Unité de mesure

Chaque question posée lors des entretiens correspond à une variable à laquelle j'ai attribué un nom ainsi qu'un numéro. J'ai ensuite repris les questions une par une pour recenser les réponses obtenues. Dans un premier temps, j'ai noté par écrit toutes les réponses puis les ai regroupées en fonction de leurs similitudes et ai attribué un numéro de code à chaque modalité de réponse retenue pour l'analyse statistique.

5.1.2 - Mesures

Je souhaitais étudier la différence d'opinion entre les professionnels interrogés ainsi que la fréquence à laquelle certaines modalités de réponses apparaissaient.

5.1.3 - Groupements

Cette étape de codification m'a permis de construire un tableau synthétique appelé dictionnaire des codes (cf. annexe VIII). Ce tableau indique comment chaque information relative à l'entretien est notée dans la matrice utilisée pour l'analyse statistique (cf. annexe IX).

Cette matrice permettait de regrouper l'ensemble des réponses obtenues. J'ai ensuite rentré ces données dans un tableur afin de réaliser des graphiques illustrant mon analyse.

Tout au long de la construction de mon outil d'analyse, j'ai dû procéder à la vérification et à l'écrémage des données. Pour cela, j'ai conservé les modalités de réponses les plus fréquentes mais aussi les plus pertinentes au regard des hypothèses que je souhaitais vérifier.

Au cours de mon analyse, je me suis rendue compte qu'une question posée lors de mes entretiens, « *Comment fonctionne une USMP ?* » n'était pas en lien direct avec mes hypothèses. Elle m'aidait à conforter les informations énoncées dans ma partie théorique mais ne m'apportait pas de renseignements supplémentaires concernant ma question de recherche. En accord avec mon guidant, cette question n'a pas été exploitée dans l'analyse principale.

5.2 - Résultats

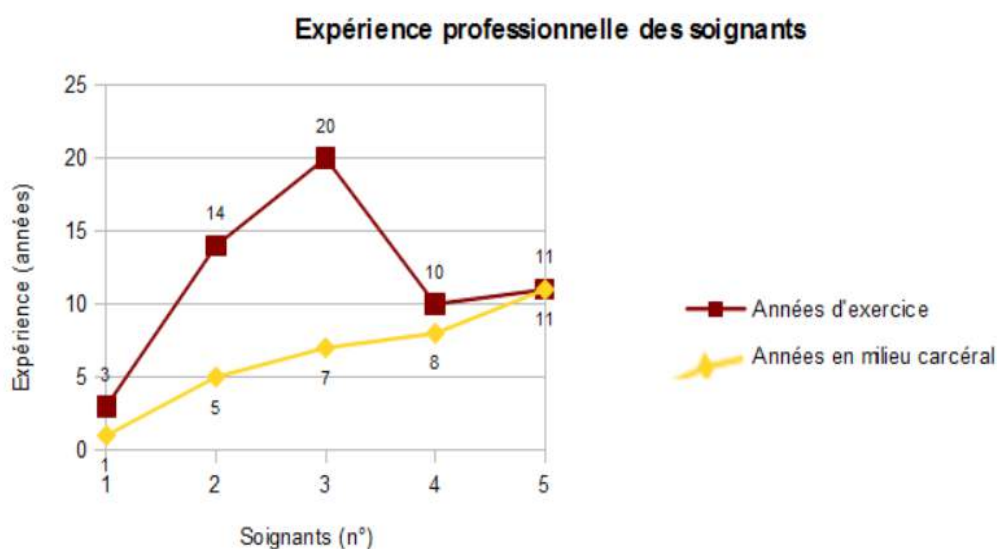
L'analyse est composée d'une analyse principale suivie d'une analyse secondaire. Il me semble important de rappeler que l'ensemble des soignants interrogés est des infirmières et que trois d'entre elles sont des infirmières soins psychiatrie* alors que deux sont infirmières de soins somatiques*. En outre, les passages cités pour étayer les réponses et faciliter la compréhension des graphiques sont tous extraits des entretiens.

5.2.1 - Analyse principale

Cette première analyse a pour but d'illustrer les réponses recensées auprès des soignants. Les réponses sont traitées dans l'ordre dans lequel elles ont été posées lors des entretiens. La majorité des questions a fait l'objet d'une analyse graphique et un texte explicatif permet d'en faciliter la compréhension.

Travailler en milieu carcéral

- **Question 1 : Depuis combien de temps êtes vous infirmier(e) ?**
- **Question 2 : Depuis combien de temps exercez-vous en milieu carcéral ?**



Une infirmière a moins de cinq ans d'expérience, trois d'entre elles ont entre dix et quinze ans d'expérience et une autre exerce depuis vingt ans. L'expérience professionnelle des infirmières varie donc de trois à vingt ans.

Concernant les années en milieu carcéral, la plus novice a moins d'un an d'expérience tandis que trois infirmières ont entre cinq et dix ans d'expérience. L'infirmière la plus expérimentée travaille en prison depuis onze ans.

Avec en moyenne 11,6 années d'expérience professionnelle, les infirmières exerçant en milieu carcéral sont majoritairement expérimentées. Cependant, ce n'est pas le cas de l'une d'entre elle qui a intégré l'USMP après seulement trois années d'expérience professionnelle.

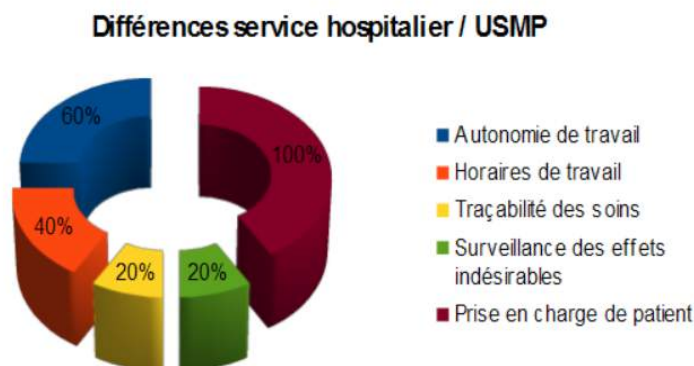
- Question 3 : Exercez-vous dans une autre structure de soin avant d'intégrer l'USMP ?

Toutes les infirmières interrogées ont exercé dans une autre structure de soin avant d'intégrer l'USMP. Trois infirmières ont exclusivement travaillé en milieu intra-hospitalier alors qu'une infirmière a travaillé uniquement en milieu extra-hospitalier. Une seule a exercé à la fois en intra et en extra hospitalier.

Les services intra-hospitaliers cités sont la médecine interne, la gériatrie ainsi que des unités psychiatriques. Une infirmière faisait partie d'une équipe polaire à travers laquelle elle a pu découvrir plusieurs services hospitaliers dont l'unité post urgence polyvalente.

En extra hospitalier, les infirmières ont exercé en soins de suite et de réadaptation et l'une d'entre elle possède une expérience du soin à domicile.

- Question 4 : Quelles différences notez vous entre un service hospitalier et une USMP ?



L'ensemble des infirmières déclare que le fonctionnement d'une USMP diverge d'un service de soin classique. « *On fait des consultations (...) on n'a pas un regard sur le patient H24* ». Toutes estiment que la prise en charge du patient est différente. Ce dernier est vu ponctuellement, « *On s'occupe des soins mais pas tout ce qui est aide à la toilette, nursing* ».

La deuxième différence est l'autonomie de travail revendiquée par 60% des infirmières. Elles expliquent avoir une « *plus grande liberté de travail, de considération du travail infirmier* ». Elles sont au cœur de la prise de décision, le médecin n'étant pas toujours présent dans le service. « *Le fait de travailler en dehors de la maison mère de l'hôpital (...) c'est souvent moins lourd au niveau de la hiérarchie* » explique une infirmière.

Les horaires de travail sont énoncés par 40% des infirmiers. A l'inverse d'un service de soin classique, l'USMP est une unité de consultation où les patients sont accueillis en horaires de journées, de 7h40 à 17h.

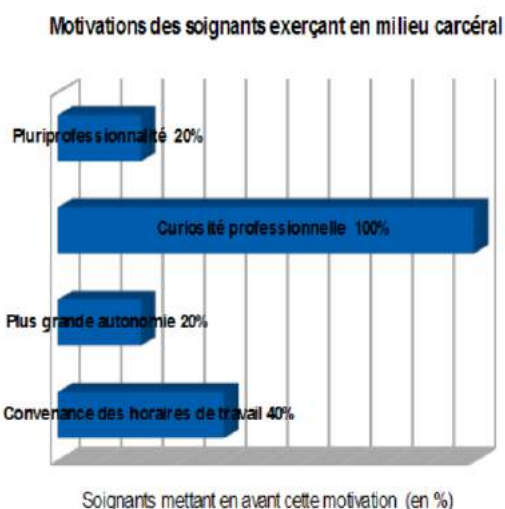
Enfin, une infirmière évoque la traçabilité tandis qu'une autre met l'accent sur la surveillance des effets indésirables. Pour ces deux personnes, la distribution des médicaments et la surveillance de leur efficacité est difficile car « *c'est un service de consultation donc on voit les patients ponctuellement* » et « *(...) ici, tu contrôles pas... Tu valides pas !* », explique l'une d'entre elle.

- Question 5 : Quelles étaient vos motivations en intégrant l'USMP ?

Toutes les infirmières ont fait le choix de venir exercer en milieu carcéral par curiosité professionnelle.

40% d'entre elles recherchaient des horaires de journées par convenance personnelle.

Pour 20%, la pluriprofessionnalité ainsi que l'autonomie de travail, plus grande qu'en service intra-hospitalier, ont été décisives.

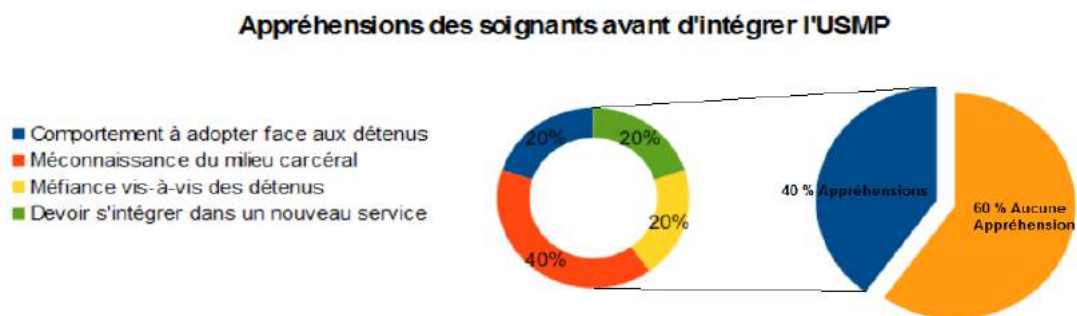


- Question 6 : Aviez-vous déjà une expérience du milieu carcéral ?

80% des infirmières avaient une expérience du milieu carcéral. La moitié des infirmières à travers l'accueil de patient-détenu en service de soin intra-hospitalier, l'autre moitié grâce aux stages pré-professionnels réalisés dans le cadre de la formation en soins infirmiers.

Seule une infirmière, explique n'avoir jamais eu d'expérience carcérale. Cela peut s'expliquer par le fait que celle-ci ait uniquement travaillé en extra-hospitalier avant d'intégrer l'USMP.

- Question 7 : Quelles étaient vos appréhensions avant de commencer à y travailler ?



Plus de la moitié des infirmières étaient confiantes avant de venir travailler en milieu carcéral. En outre, seulement 40% d'entre elles ressentait des appréhensions. La cause principale de celles-ci était la méconnaissance du milieu carcéral (40%). Viennent ensuite, à égalité, la méfiance vis-à-vis du patient détenu (20%), le comportement à adopter face à ce dernier lors d'une consultation de soin (20%) mais aussi le fait de devoir s'intégrer à un nouveau service (20%). Les craintes étaient donc en majorité liées à l'univers pénitentiaire lui-même.

- Question 8 : A votre arrivée, avez vous bénéficié d'une formation complémentaire ?

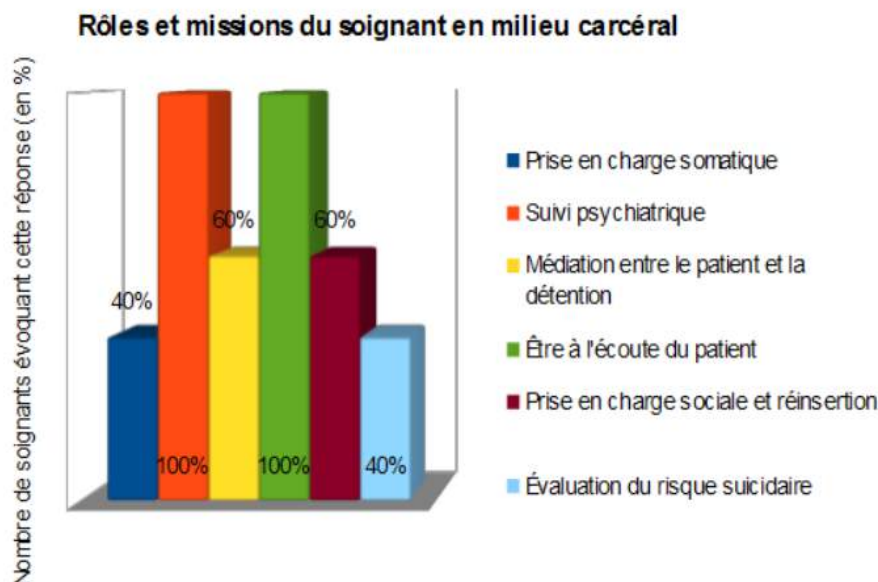
Plusieurs infirmières expliquent avoir suivi une journée d'observation, une réunion d'informations ou encore avoir bénéficié d'une semaine d'intégration dans le service. Cependant, aucune n'a suivi de formation spécifique pour pouvoir intégrer l'USMP.

Elles ne sont pas convaincues de la nécessité d'une formation ; « *Ce qu'il faudrait plus, c'est de l'information* ». Elles s'accordent à l'unanimité pour dire que l'important est de se familiariser avec le milieu carcéral avant de venir y travailler. Pour 40% d'entre elles, l'essentiel serait de « *connaître l'articulation de la prison., savoir à qui s'adresser, connaître les termes juridiques* ». Il serait donc utile de comprendre l'organisation du service et d'apprendre à collaborer avec les autres intervenants, en particulier les surveillants pénitentiaires*.

Le soin en milieu carcéral

Comme expliqué précédemment la Question n°9 portant sur le fonctionnement d'une USMP n'a pas été détaillée dans l'analyse.

- Question 10 : Selon vous, quel est votre rôle en tant qu'infirmier auprès des détenus ?

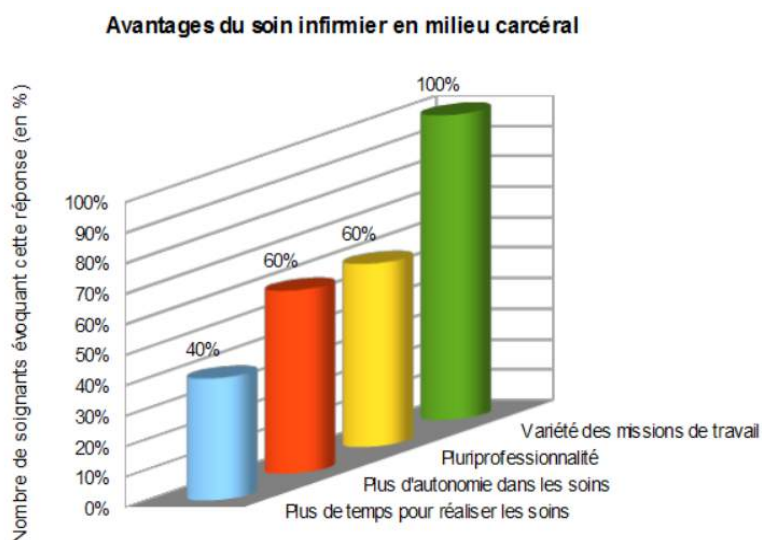


Toutes les infirmières déclarent que le rôle infirmier en milieu carcéral consiste avant tout à être à l'écoute du patient-détenu. Elles assurent également le suivi psychiatrique si cela est nécessaire. D'ailleurs 40% des infirmières considèrent que l'évaluation du risque suicidaire constitue une des missions principales en milieu carcéral.

Viennent ensuite à égalité la médiation entre le patient (60%) et la détention ainsi que la prise en charge sociale et la réinsertion (60%) une fois la peine purgée. « *On a souvent aussi ce rôle d'assistante sociale* », ajoute une des soignantes.

La prise en charge somatique est évoquée par seulement 40% des infirmières. Pourtant les consultations somatiques occupent une place importante dans le déroulement d'une journée à l'USMP. Ce taux de réponses peut s'expliquer par le fait que seules deux infirmières somatiques aient été interrogées contre trois infirmières de psychiatrie.

- Question 11 : Quel(s) point(s) positif(s) en tant qu'infirmier(e) de prison ?



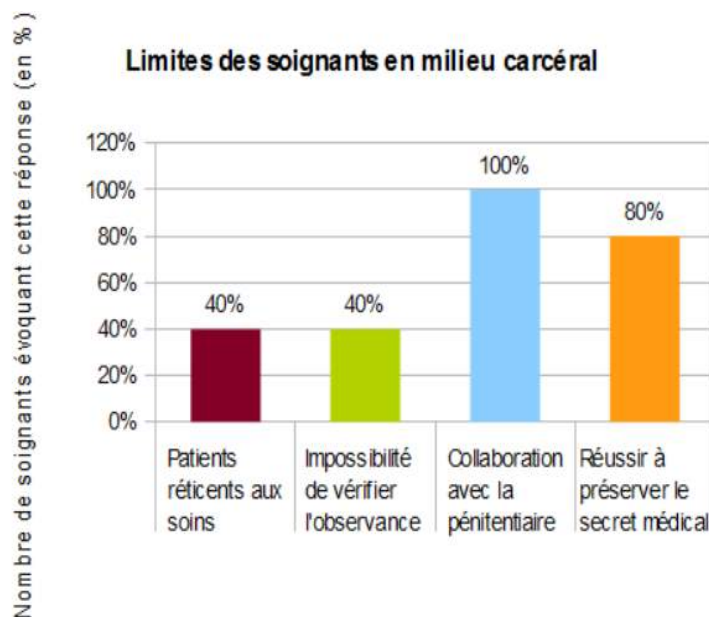
L'avantage majeur, selon l'ensemble des infirmières, serait la variété du travail au sein de l'USMP. Les missions évoquées relèvent à la fois du soin psychiatrique et somatique. Comme le montre la question précédente, l'infirmière intervient également dans le domaine du social en accompagnant le détenu tout au long de la détention mais aussi en l'aidant à préparer au mieux sa sortie, en collaboration avec d'autres professionnels.

Cette pluriprofessionnalité est appréciée par 60% des infirmières. En effet, entre les soignants, les secrétaires, les surveillants, les juges ou encore le service social, en USMP, « *Il y a pleins d'intervenants différents et c'est ça que j'aime bien !* ».

60% expliquent qu'elles se sentent plus autonomes dans les soins ; « *Ici c'est à nous d'analyser la situation (...) évaluer l'urgence avant d'appeler le médecin car il va se baser sur tes propos à toi au téléphone* ». L'autonomie se justifie donc par le fait qu'un médecin n'est pas présent en permanence dans le service. Les infirmières sont confrontées elles mêmes aux détenus et à leur état de santé, y compris en cas d'urgence.

Pour finir, 40% reconnaissent avoir plus de temps pour réaliser les soins. Cela s'explique par « *beaucoup moins de charges administratives* », « *l'absence de sonnettes* » et le fait que l'on ne les « *interpelle pas entre deux portes pendant un soin* ».

- Question 12 : Quelles sont vos limites en tant que soignant en milieu carcéral ?



Le problème majeur rencontré par 100% des soignants en milieu carcéral est la collaboration avec la pénitenciaire c'est-à-dire les surveillants, la direction, l'administration ou encore le juge d'application des peines*. Une infirmière explique que « *Des fois il y a des incompréhensions, des gens qui ne veulent pas entendre ce qu'on fait (...)* ». Cela conduit à une mauvaise collaboration. Une seconde constate que « *les bons de consultations transitent par les surveillants pénitenciaire et il arrive que les bons ne parviennent pas au patient...* ». La limite de cette collaboration réside aussi dans l'impossibilité de mettre en œuvre toutes les démarches qui iraient en faveur de l'état de santé psychologique du patient « *pour qu'il tienne* » le temps de la détention. Une infirmière explique : « *(...) on ne peut pas contredire des décisions des directeurs, par exemple le quartier disciplinaire*..* ».

Pour 80% des infirmières, la difficulté est aussi de préserver le secret médical. Comment faire entendre à un surveillant qu'un détenu a un réel besoin en matière de santé quand on ne peut pas dévoiler le motif de la consultation ? « *(...) il faut travailler en toute intelligence. On sait se faire comprendre sur certaines choses, sans aller trop loin, sans trahir le secret* », explique une infirmière.

Enfin les dernières limites énoncées sont la réticence des patients-détenus vis-à-vis du système de soin (40%) ou encore l'impossibilité de vérifier l'observance (40%).

- Question 13 : Vous sentez-vous mis à l'écart des services intra-hospitaliers ?

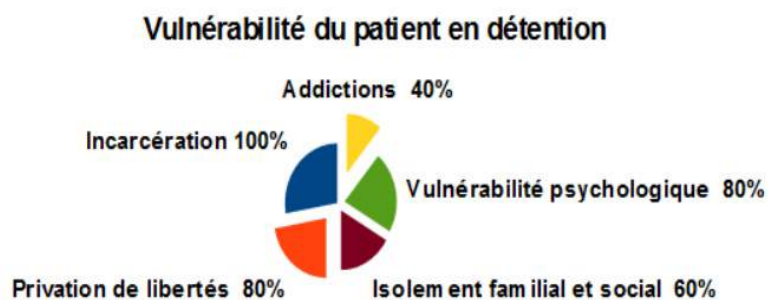
Si 40% des infirmières ne se sentent pas à l'écart, plus de la moitié d'entre elles ont quand même l'impression d'être « *au bout de la chaîne* ». Même si plusieurs infirmières en rient, elles constatent que l'USMP est méconnue des autres services de soins. Beaucoup de soignants ne connaissent ni l'existence ni le fonctionnement du service. « *Il y a pleins d'idées véhiculées comme ça... Et dans ce sens là on se sent déconnectés* » avoue une infirmière.

De plus même si les informations sont bien relayées entre le centre hospitalier de rattachement et l'USMP, il arrive parfois que les infirmières apprennent les choses « *quand on fait des formations avec les collègues des autres services (Rires)* ».

Dans l'ensemble, que les infirmières se sentent mises à l'écart ou non, elles ne s'en plaignent pas car leur épanouissement personnel en USMP prime !

Le patient-détenu

- Question 14 : Selon vous, en quoi un détenu est-il vulnérable ?



Selon l'ensemble des infirmières interrogées, la vulnérabilité des détenus est évidente compte tenu de l'incarcération.

Toujours en lien avec l'emprisonnement, 80% déclarent que la privation de libertés ainsi que la fragilité psychologique des personnes incarcérées renforcent cette vulnérabilité.

L'isolement familial et social a été énoncé par 60% des infirmières. Le patient-détenu se trouve seul face à la détention et doit (sur)vivre dans un environnement pour le moins hostile.

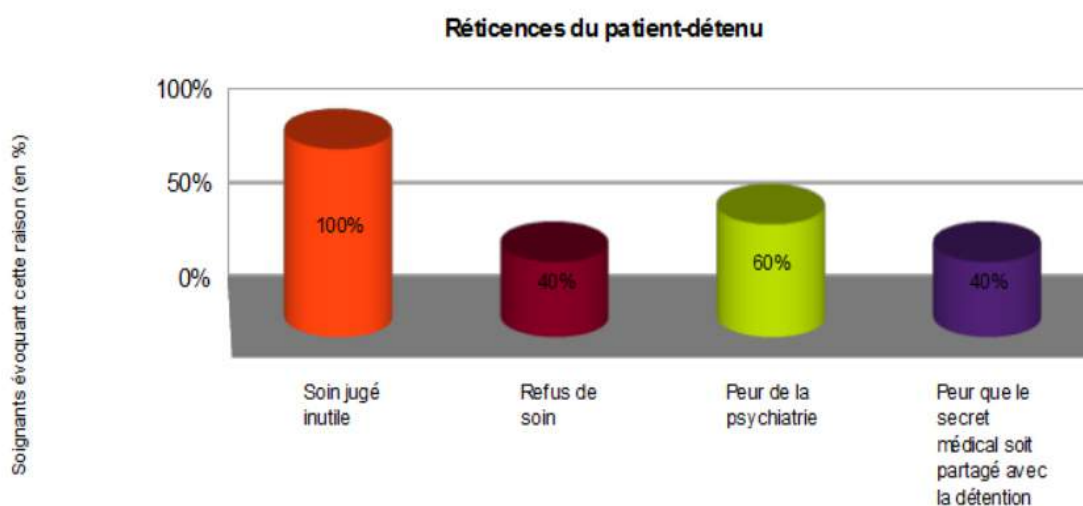
Enfin, 40% des infirmières expliquent que la vie en détention majore le risque d'addiction en raison des drogues qui y circulent.

- Question 15 : L'offre de soin répond t-elle aux besoins des détenus ?

100% des soignants estiment que l'offre de soin est bien développée et que l'accès est facilité. Une infirmière explique ; « (...) *le patient s'il veut, ici est vraiment pris en charge très très bien. Il peut arriver en mauvaise santé ici et repartir remis sur pieds, les dents, les yeux. (Rires)* ». Les soins somatiques proposés englobent, en outre, des soins médicaux et paramédicaux tels que les soins infirmiers, les visites médicales, la radiologie, les soins dentaires, la dermatologie mais aussi l'addictologie.

A cela s'ajoute un suivi psychiatrique efficace (75%) ; « *98% des personnes entrantes sont vues en psy !* » se justifie une infirmière.

- Question 16 : Quelles réticences les détenus peuvent-ils avoir en venant à l'USMP ?



Pour 100% des soignants, la raison principale pour laquelle un détenu décline une consultation est qu'il n'en ressent pas la nécessité, juge le soin inutile.

Au niveau du suivi psychiatrique, plus de la moitié des soignants (60%) sont d'accord pour dire que certains détenus ont peur de la psychiatrie, « *peur d'être pris pour des fous* ».

40% des infirmières affirment que le refus de soin est une raison pour laquelle les détenus n'honorent pas leurs rendez-vous. « *Ils ont besoin de soin mais en même temps c'est la seule chose sur laquelle ils peuvent se rebeller* ». Un refus de soin pour profiter de la seule liberté dont ils disposent en détention, celle de dire « non. ».

Pour finir, 40% des infirmières pensent que la réticence des détenus vient de la peur que le secret médical ne soit pas préservé. Une infirmière explique que « *Beaucoup pensent que les surveillants ont accès à des dossiers médicaux.* ».

La relation de soin

- Question 17 : Comment une consultation de soin se déroule t-elle à l'USMP ?

Les consultations de soins se déroulent en bâtiment pour les entretiens d'accueil puis au sein de l'USMP pour les suivis psychiatriques ou somatiques.

Pour 80% des soignants, la consultation se déroule dans le respect et la politesse. Le soignant se doit d'expliquer qu'il est disponible, à l'écoute et que le secret médical est préservé. Tous les soins se font « *avec le consentement éclairé du patient* ».

60% des infirmières expliquent qu'elles gardent toujours en mémoire les règles de sécurité lorsqu'elles se retrouvent avec un patient. Par exemple, une infirmière explique que les consultations se font parfois « *en binôme pour ne pas être seule avec le détenu.* » quand cela est jugé nécessaire, c'est-à-dire quand le patient est considéré "dangereux".

Enfin, 40% des infirmières expliquent que la consultation de soin se déroule dans une juste distance professionnelle. Si le détenu peut trouver en l'USMP une sorte d'échappatoire à la prison, l'infirmière rappelle qu'elle est avant tout professionnelle et qu'elle « *se comporte de la même manière avec tous les détenus* », sans accorder de faveur.

- Question 18 : Rencontrez-vous des difficultés avec les patients ?

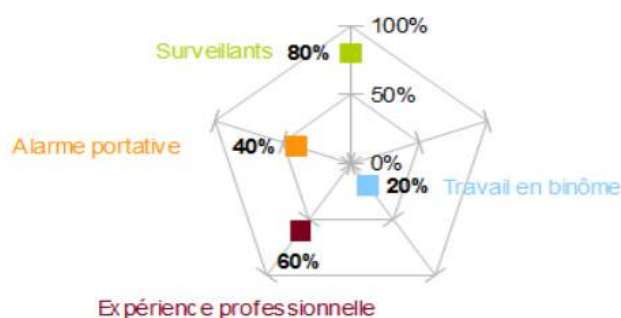
Toutes les infirmières ont déjà rencontré des difficultés avec les détenus lors d'une consultation de soin. Une infirmière cite l'exemple d'un patient : « *Il montait pour son injection d'anticoagulant sauf que, pas de chance, en montant, il s'est fait fouiller, il avait un portable et il se l'est fait prendre par les surveillants. Donc il râlait, et pour lui, c'était de ma faute...* ».

Toutes expliquent que dans une situation conflictuelle, l'important est de « *prendre le temps de discuter avec le patient* » pour mieux comprendre son comportement. Ne pas s'énerver et « *Rester professionnel avant tout* », rappelle une infirmière.

L'une d'elle précise qu'en cas de refus de soin, elle essaye de raisonner le patient mais préfère se plier au choix de celui-ci plutôt que d'insister et risquer un conflit.

- Question 19 : Vous sentez-vous en sécurité ?

La sécurité en milieu carcéral vue par les soignants



Soignants évoquant cet aspect sécuritaire (en %)

Toutes les infirmières interrogées se sentent en sécurité.

Ce sentiment est dû, pour 80% d'entre elles, à la présence permanente des surveillants dans l'USMP. En effet, ces derniers sont là pour accueillir les détenus, les conduire dans la salle de soin puis les faire repartir en cellule. Ils ont continuellement un regard sur le service et les éventuels problèmes relationnels.

Pour 60% des infirmières, leur expérience professionnelle leur permet d'être plus à l'aise en milieu carcéral et de se sentir en sécurité. Elles connaissent le fonctionnement de la prison et les règles de sécurité à respecter pour éviter de se mettre en danger lors d'une consultation de soin.

La possession d'une alarme portative conforte 40% des infirmières. En cas de problème, leur activation alerte les surveillants qui sont prêts à intervenir.

Enfin, une infirmière explique se sentir encore plus en sécurité lorsque la consultation de soin se déroule en binôme, avec une collègue, si le patient est considéré "dangereux".

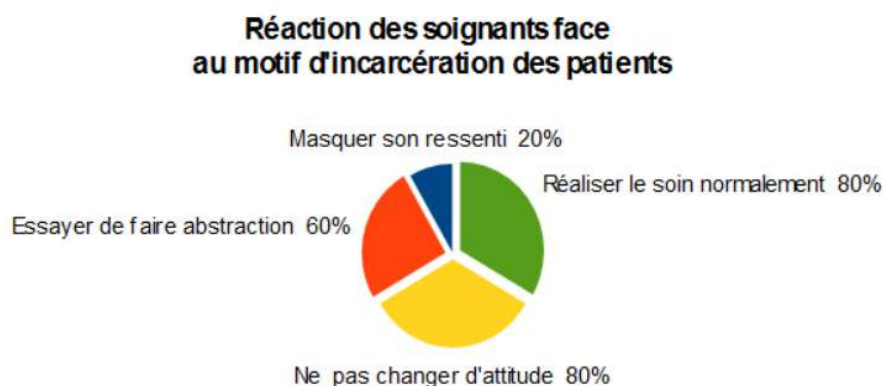
- Question 20 : Quelle attitude adoptez vous pour mettre le patient en confiance avant un soin ?

Pour mettre en confiance le patient, 100% des infirmières déclarent d'une part rester polies et respectueuses à son égard, d'autre part lui montrer qu'elles sont disponibles et à l'écoute. Enfin 40% rappellent au patient que le secret médical est préservé et 40% veillent à ne pas laisser transparaître leur jugement lors de la consultation de soin.

Quand nous abordons la notion de « confiance », une infirmière explique : « Si on reste à notre place et que l'on sait être attentive, entendre ce qu'il se dit sans juger, normalement ça suffit à gagner la confiance. Après cela ne se fait pas en cinq minutes, ça se fait sur plusieurs entretiens ».

Le jugement

- Question 21 : Vous arrive t-il de connaître le motif d'incarcération des patients ? Si oui, comment réagissez-vous ?



Toutes les infirmières sont confrontées au motif d'incarcération des patients. En psychiatrie, avoir connaissance du motif est indispensable pour pouvoir effectuer un travail avec le patient sur la raison de son incarcération. En somatique, le motif est parfois dévoilé par le patient lui même ou appris au détour d'une conversation avec les collègues de psychiatrie.

Dans ce contexte, 80% déclarent réaliser le soin normalement même si elles ont bien conscience du motif d'incarcération. « *Ça ne sert à rien de faire comme si on ne savait pas* », explique une infirmière. Elles ne vont pas donner l'impression au patient de ne pas savoir pour quelle raison il est incarcéré mais essayent de rester neutres en ne changeant pas d'attitude (80%).

60% essayent de faire abstraction du motif d'incarcération pour ne pas juger le patient mais l'une d'entre elles rajoute ; « *On a beau dire "Il ne faut pas", on est humain, ça reste dans ta tête* ».

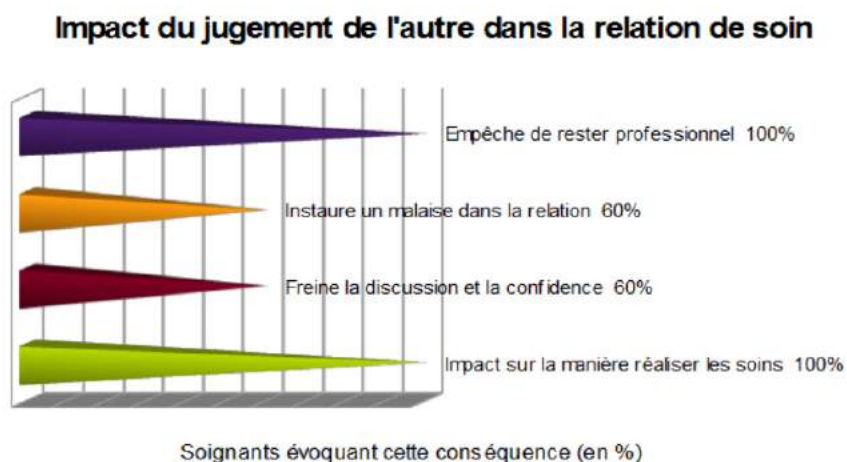
Une infirmière explique quant à elle, qu'elle essaye de masquer son ressenti mais qu'elle « *préfère ne pas savoir (...) au moins je suis neutre, je suis sûre de faire mes soins comme à n'importe qui* ».

- Question 22 : Vous est-il déjà arrivé de ne pas vouloir soigner un patient car vous connaissiez son motif d'incarcération ?

Aucune infirmière n'a refusé de soigner un détenu en raison de son motif d'incarcération. Quelque soit le motif, l'une des infirmières a l'impression de pouvoir « *apporter quelque chose à quelqu'un, qu'une petite parole (...) va pouvoir aider à changer de comportement (...)* ».

Même si elles sont parfois affectées personnellement par certains chefs d'inculpations,* elles restent professionnelles ; « *Si je n'étais pas professionnelle je n'aurais pas ma place ici (...)* ». Ce sentiment d'utilité et de devoir vis-à-vis du détenu est partagé par une deuxième infirmière qui rajoute que la prison condamne le détenu mais que le rôle de l'infirmière est à son niveau de « *soigner, l'aider à ressortir et à ne plus recommencer.* »

- Question 23 : En quoi le jugement de l'Autre peut-il être un frein dans la relation de soin ?



L'ensemble des infirmières se met d'accord pour dire que juger le patient et ne pas prendre de recul par rapport à son avis personnel empêche de rester professionnel.

Le jugement de l'autre instaure un malaise dans la relation (60%) et freine la discussion et la confiance (60%).

Toutes les infirmières pensent que le jugement impacterait sur la manière de réaliser les soins.

- Question 24 : Quelles qualités sont indispensables pour soigner des patients-détenus ?

Toutes les infirmières estiment que la qualité la plus importante lorsque l'on exerce en milieu carcéral est le sens du professionnalisme. Une qualité suivie à égalité par la capacité à prendre du recul (60%), un bon sens relationnel (60%) ainsi que l'aptitude à faire abstraction de son jugement (60%).

5.2.2 - Analyse secondaire

Cette seconde partie a pour but de résumer les réponses obtenues précédemment et d'établir des liens entre les différents thèmes abordés.

Analyse par rapport au soignant

Les réponses données par les soignants m'ont permis de dresser un portrait des infirmières exerçant en milieu carcéral. L'expérience professionnelle varie de peu expérimentée (trois années d'expérience) à très expérimentée (vingt ans d'expérience). Les infirmières ont exercé à la fois en intra hospitalier ou en extra hospitalier et leur ancienneté en milieu carcéral, varie de un à sept ans. Pour finir, les motivations les ayant conduites à exercer en prison mêlent à la fois curiosité professionnelle, pluriprofessionnalité et autonomie dans les soins.

Nous montrons ainsi que le parcours des infirmières exerçant en milieu carcéral est hétérogène. L'ancienneté et l'expérience professionnelle ne sont pas des conditions pour venir exercer en milieu carcéral. Travailler en prison dépend avant tout de la motivation à découvrir un milieu de soins différents de ceux dans lesquels l'IDE exerce habituellement.

Ensuite, 80% des infirmières ont une expérience du milieu carcéral de par leur stage ou l'accueil de détenus en service. Parmi elles, plus de la moitié (60%) déclarent n'avoir ressenti aucune appréhension avant de venir exercer en prison. Quant aux infirmières sans expérience carcérale (20%), elles redoutaient la méconnaissance du milieu carcéral (40%), la méfiance vis-à-vis du détenu (20%) ou le fait de ne pas savoir quel comportement adopter lors d'un soin (20%).

Nous constatons que les appréhensions des soignants s'estompent à partir du moment où ils sont confrontés à la réalité du milieu carcéral. Nous pouvons donc considérer que c'est avant tout le manque d'informations et de connaissances qui génèrent la peur par rapport à l'univers pénitentiaire. Pour réduire cette appréhension, toutes expliquent qu'une session d'informations serait la bienvenue avant d'intégrer le service. L'objectif serait de familiariser les futurs soignants avec le milieu carcéral (100%), comprendre l'organisation de la prison (40%) et apprendre à collaborer avec les différents intervenants (40%). Cela paraît d'autant plus nécessaire que les infirmières expliquent alors, à l'unanimité éprouver des difficultés à collaborer avec les surveillants.

Pour finir, les infirmières déclarent à 60% se sentir « *mises à l'écart* » de la maison mère de l'hôpital. Cela peut s'expliquer par l'implantation de l'USMP à l'intérieur du centre pénitentiaire. En milieu hospitalier, le patient se rend dans le service et doit s'adapter au fonctionnement de l'hôpital. En milieu carcéral, c'est le soignant qui pénètre dans la prison et se retrouve vulnérable de par son appartenance à un univers différent, celui de la santé.

L'ensemble de ces informations nous montre que le soignant en milieu carcéral doit être avant tout, un être ouvert d'esprit, curieux de découvrir un nouveau milieu de soin. Exercer en milieu carcéral, demande d'aller au delà de ses appréhensions et surmonter sa peur de l'inconnu. C'est aussi se confronter à un univers qui n'est pas le sien. Il faut, en outre, comprendre le fonctionnement de la pénitencière et apprendre à collaborer avec différents intervenants, parfois extérieurs au domaine de la santé.

Analyse par rapport au patient-détenu

Que ce soit par l'incarcération (100%), la fragilité psychologique (80%) ou l'isolement social et familial (60%), le détenu semble cumuler les vulnérabilités. C'est pourquoi, selon les soignants, l'accompagnement tout au long de la détention est primordial. D'ailleurs, les missions principales de l'infirmière en milieu carcéral, relèveraient de « *l'écoute* » (100%), du « *suivi psychiatrique* » (100%) mais aussi de la « *médiation avec la détention* » (60%) et de la « *prise en charge sociale* » (60%).

Nous comprenons à travers cette question que le rôle de l'infirmière, en milieu carcéral, relève avant tout de la relation d'aide et du soutien moral. La capacité relationnelle des soignants, prend toute son importance. De la disponibilité et l'écoute des infirmières vont découler l'état de santé psychologique du détenu.

Dès leur arrivée en détention, 98% des patients sont vus en bâtiment par les infirmières de psychiatrie. Celles-ci vont se présenter, leur expliquer le rôle de l'USMP ainsi que la possibilité d'avoir accès aux soins. Elles précisent bien que le secret médical est préservé. Une infirmière explique ; « *En règle général, les détenus ont beaucoup de questions à poser, ils trouvent même un but utilitaire à venir nous voir* ». Malgré tout, certains d'entre eux se montrent méfiants vis-à-vis du système de soin. Soins jugés inutiles, peur de la psychiatrie, impression que le secret médical est partagé avec la pénitencière... La relation avec le patient-détenu est parfois conflictuelle.

Toutes les infirmières expliquent avoir déjà éprouvé des difficultés avec certains patients. Ces difficultés sont en partie liées à l'incapacité de vérifier l'observance des traitements, « *Tu les as devant toi pour leur dire les choses mais après ils font ce qu'ils veulent quoi !* » explique une infirmière. D'un autre côté, la difficulté réside dans l'impossibilité de satisfaire certaines demandes en raison des règles pénitentiaires. Une infirmière donne un exemple « *les UVF (= Unités de Vie Familiales)*, c'est que tous les trois mois...* »

Nous réalisons que l'offre de soin est adaptée et facile d'accès. Cependant, nous mettons en évidence les difficultés éprouvées par les infirmières qui ne peuvent pas toujours satisfaire les besoins fondamentaux des patients en raison de leur statut de détenus.

Ces questions m'ont permis de confirmer que la santé physique et psychologique de la population en milieu carcéral est une priorité de soin. Toutefois, il arrive que les détenus reculent devant l'offre disponible et la relation thérapeutique s'avère quelquefois conflictuelle. Dans ces conditions, l'infirmière doit tout mettre en œuvre pour vaincre la méfiance du détenu et le rassurer vis-à-vis des soins qui lui sont proposés. La relation de confiance entre le soignant et le soigné prend donc toute son importance.

Analyse du jugement dans la relation de soin

Lors d'une consultation, 100% des infirmières déclarent se montrer polies, respectueuses, disponibles et à l'écoute. Des qualités indispensables selon elles pour exercer en milieu carcéral. 40% rappellent ensuite au patient que le secret médical est préservé.

Nous montrons à travers cette question que les infirmières se comportent avec le détenu comme avec n'importe quel patient dans un autre service de soin. Le contexte carcéral n'influence pas leur attitude. L'objectif principal est de montrer au patient qu'elles ne sont pas là pour les juger mais bien pour les soigner.

Par ailleurs, plus de la moitié des infirmières (60%) pensent que le jugement de l'autre a un impact négatif dans la relation de soin : d'un côté le détenu se sent jugé et risque de se confier moins facilement, de l'autre, le soignant peut être méfiant face au regard inquisiteur du patient. Afin d'éviter ce genre de situation, elles essayent de masquer leur ressenti (60%) ou de faire abstraction de leur jugement (20%) lors de la consultation. Elles contribuent ainsi à instaurer une relation de confiance.

Pour finir, face au motif d'incarcération des patients, les infirmières avouent que leurs convictions personnelles sont parfois mises à rudes épreuves mais aucune d'entre elles a un jour refusé de soigner un patient en raison de son motif d'incarcération.

Nous montrons ainsi que toutes les infirmières ont de vraies qualités humaines et sont le plus souvent touchées par les situations auxquelles elles sont confrontées en prison. Cependant elles sont capables de prendre du recul quant à leur propre ressenti. Elles ont conscience de devoir rester professionnelles pour assurer des soins de qualité. Nous pouvons résumer cette idée à travers les mots d'une infirmière : *« Le jugement est toujours présent mais après c'est ce qu'on en fait (...) Il faut être capable de voir que tu as un être humain en face de toi. On parle ici de patient pas de détenu ».*

Interprétation des données

6 - Interprétation des données

6.1 - Rappel des objectifs et hypothèses de la recherche

La finalité de mon travail est d'apporter une réponse à ma question de recherche : **En quoi le jugement réciproque du soignant et du soigné, tous les deux vulnérables, peut-il rendre complexe la mise en place d'une relation de confiance lors d'une relation de soin en milieu carcéral ?**

J'avais formulé deux hypothèses : **"Le jugement porté par le soignant et/ou le soigné dans la relation de soin influence la relation de confiance"** et **"C'est en prenant du recul par rapport à son ressenti que l'infirmier arrivera à considérer le détenu comme une personne à part entière, en attente de soin"**.

A ce stade de ma recherche, je peux résumer les réponses obtenues lors de mes entretiens.

6.2 - Confrontation des résultats aux hypothèses

Par rapport à ma première hypothèse, tous les professionnels estiment que le jugement dans la relation de soin existe. En milieu carcéral, lorsque le soignant prend connaissance du motif d'incarcération d'un détenu, il risque de le cataloguer comme "Auteur de violences sexuelles", "Dealer", "Voleur" ou "Meurtrier" avant même de l'avoir rencontré. Cela impacte sa manière de percevoir le patient et peut influencer son attitude lors des soins.

Cependant, les soignants se mettent d'accord pour dire que si le patient se sent juger, il sera réticent quant aux soins proposés. Il jugera le soignant comme une personne inapte à lui apporter son aide et lui accordera difficilement sa confiance.

Ces conclusions nous permettent donc de valider l'hypothèse **"Le jugement porté par le soignant et/ou le soigné dans la relation de soin influence la relation de confiance"**.

D'un autre côté, j'ai compris que tout être humain est amené à éprouver des sentiments dans une relation, d'autant plus si celle-ci le touche personnellement. En prison, les infirmières avouent être parfois affectées par les raisons d'incarcération de certains patients. Selon elles, l'essentiel est alors de prendre du recul et de se concentrer sur son rôle de professionnel de santé.

En masquant leur ressenti et en essayant de faire abstraction de leur jugement, les infirmières parviennent à réaliser les soins normalement. Elles arrivent à considérer le détenu comme un patient c'est-à-dire comme une personne qui mérite une attention particulière en raison de son état de santé que ce soit d'un point de vue psychologique ou somatique.

Grâce aux explications apportées par les infirmières interrogées, nous pouvons confirmer la validité de l'hypothèse **"C'est en prenant du recul par rapport à son ressenti que l'infirmier arrivera à considérer le détenu comme une personne à part entière, en attente de soins."**

6.3 - Discussion des résultats

Suite à ma recherche, je peux affirmer que l'exercice en milieu carcéral requiert une prise de recul vis-à-vis de son ressenti et de son jugement personnel. Le patient bénéficie de soins de qualité car son statut de détenu et son motif d'incarcération ne changent pas l'attitude du soignant. Cette notion de « neutralité bienveillante » semble primordiale en prison.

Nous pouvons élargir ce concept aux autres services de soin. En effet, si le contact avec le patient-détenu peut mettre à l'épreuve les convictions personnelles des soignants, le jugement de l'autre existe dans n'importe quelle relation de soin.

D'un point de vue éthique, l'infirmier se doit, en tant que professionnel de santé, de soigner tout patient, quel qu'il soit. D'un point de vue législatif et en accord avec la *loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*⁶⁰, « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* »⁶¹ et « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.* »⁶².

Mon travail de recherche m'a fait prendre conscience que le soignant ne devait pas culpabiliser par rapport au jugement personnel porté sur les personnes soignées. Le soignant étant avant tout un être humain, il ne peut être dénué de sentiments.

⁶⁰ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR: MESX0100092L.

Version consolidée au 21 octobre 2015, [en ligne] [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015)

[cidTexte=JORFTEXT00000227015](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015) (consulté le 21 octobre 2015)

⁶¹ Art. L. 1110-1 - Loi du 4 mars 2002

⁶² Art. L. 1110-3 - Loi du 4 mars 2002

Toutefois, son devoir est d'être capable de prendre du recul par rapport à son jugement, cela afin de rester professionnel. En effet, avoir une conviction personnelle est une chose mais condamner le patient car il ne correspond pas à notre idée de la normalité en est une autre et n'est pas acceptable d'un point de vue éthique.

6.4 - Limites de la recherche

Au cours de mon étude, j'ai interrogé des professionnels exerçant dans la même unité de soin ce qui peut s'avérer être un biais. En effet, tous connaissent le même fonctionnement et la même organisation de travail. Dans le cadre de la demande d'autorisation de réalisation des entretiens, le CHU de Nancy autorise les entretiens dans un seul et unique service de soin. Il aurait pu être intéressant de pouvoir interroger des soignants d'autres USMP afin de comparer les cultures de soin des différents services.

Par ailleurs, j'ai réalisé mes entretiens sur la base du volontariat. Le hasard a fait que seules des femmes ont participé à la réalisation de mes entretiens. Cela constitue également un biais pour mon analyse. J'aurais aimé savoir si le rapport avec le détenu était le même, que le soignant soit un homme ou une femme.

Concernant mon guide d'entretien, j'ai pu constater que certaines questions relevaient de la curiosité professionnelle mais n'étaient pas directement en lien avec les hypothèses que je souhaitais tester. De ce fait, j'ai éprouvé des difficultés lors de mon analyse. Après avoir abordé la question avec mon guidant, j'ai fait le choix de ne pas exploiter certaines questions. Même si les réponses données par les infirmières me permettaient de conforter mes recherches théoriques, elles n'étaient pas pertinentes au regard de mes hypothèses.

Pour finir, il pourrait être intéressant d'aller à la rencontre de détenus. En effet, toutes mes données les concernant se basent sur des recherches théoriques ou les témoignages des soignants. Ma question de recherche s'intéressant au jugement réciproque du soignant et du soigné, j'aurais aimé pouvoir connaître le ressenti des détenus concernant l'USMP et leur manière de percevoir la relation de soin.

Conclusion

7 - Conclusion

Mon travail de recherche a pour thème principal l'exercice infirmier en milieu carcéral et plus particulièrement l'impact du jugement de l'autre dans la relation de soin.

Ma question de recherche est la suivante : **En quoi le jugement réciproque du soignant et du soigné, tous les deux vulnérables, peut-il rendre complexe la mise en place d'une relation de confiance lors d'une relation de soin en milieu carcéral ?**

J'ai abordé cette question sous différents angles théoriques. Dans un premier temps j'ai dressé le cadre historique de l'institution pénitentiaire et l'aspect législatif de la prise en charge de la santé des personnes détenues. Puis, je me suis intéressée à l'aspect social avec les représentations sociales sur le milieu carcéral. Enfin, je me suis arrêtée sur l'aspect professionnel et les missions de l'IDE en USMP. J'ai également défini les trois concepts que sont la "**Relation de soin**", la "**Vulnérabilité**", le "**Jugement**" et la "**Relation de confiance**".

La méthode exploratoire consiste en la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé exerçant en milieu carcéral. L'objectif était de répondre aux hypothèses de recherche que j'avais émises. Cet outil de recherche m'a permis d'aller directement à la rencontre des professionnels et d'obtenir un témoignage de leur expérience, en particulier concernant la relation de soin avec le détenu. La limite principale de mon étude réside dans le fait que je n'ai pas pu interroger de personnes détenues. Or, ma question de recherche s'intéressant à la double vulnérabilité soignant/soigné ainsi qu'au jugement réciproque dans la relation, il aurait été intéressant de connaître leur ressenti.

L'analyse des résultats obtenus lors de mon enquête exploratoire m'a permis de montrer que le jugement de l'autre dans la relation de soin en milieu carcéral impacte la mise en place de la relation de confiance. En effet, cela entretient la méfiance du soignant vis-à-vis du détenu et la réticence de ce dernier quant au système de soin. De plus, le jugement est un frein à la confiance et empêche le soignant de rester professionnel autant dans son attitude que dans la réalisation des soins. Dans ce contexte, la prise de recul par rapport à son propre ressenti permet au soignant de rester professionnel. Les soignants essayent de faire abstraction de leur ressenti et se rappellent qu'être professionnel de santé, c'est être capable de prendre soin de tout patient sans exception.

En conclusion, le jugement de l'autre existe dans toute relation humaine. Cependant, le rôle de l'infirmier, en tant que professionnel de santé, est de savoir aller au delà de ses préjugés afin de prodiguer des soins de même qualité à tous les patients.

En réalisant ce travail de recherche, j'ai pris conscience que c'est avant tout la méconnaissance d'un milieu qui génère des appréhensions. Face à ce constat, il serait judicieux de sensibiliser les professionnels à l'exercice en milieu carcéral. J'ai appris que des articles et travaux scientifiques existent à ce sujet. Toutefois, j'espère que mon écrit constituera une avancée supplémentaire dans la démystification de l'univers pénitentiaire. J'aimerais également, sans prétention aucune, que mon exposé interpelle les soignants sur la gestion de leur ressenti personnel et sur leur manière de considérer le patient dans la relation de soin.

Depuis la loi du 18 Janvier 1994 concernant la santé publique et la protection sociale, l'avancée de la prise en charge de la santé des détenus est notable. Cependant, l'avis du 16 juin 2015⁶³, relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé explique que « *Des modifications de la prise en charge des personnes détenues sont indispensables, afin que le principe d'égalité des soins, posé par l'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, soit effectif et respecté* »

Après la notion de jugement dans la relation de soin, c'est en effet la protection du secret médical qui pose problème. Le *Comité Européen pour la Prévention de la Torture (CPT)** constate que les pratiques actuelles ne sont pas satisfaisantes. Il est recommandé que « (...) *toute consultation médicale de même que tous les examens et soins médicaux effectués dans des établissements hospitaliers civils se fassent hors l'écoute et, sauf demande contraire du personnel médical soignant relative à un détenu particulier, hors la vue des membres des forces de l'ordre* »⁶⁴. Que ce soit lors d'une consultation, d'une intervention en cellule ou encore d'une extraction, l'infirmier doit collaborer avec les surveillants pénitentiaires tout en veillant à ne pas trahir les informations concernant la santé du détenu.

Ainsi nous pouvons formuler une question de recherche pouvant faire l'objet d'une étude ultérieure « *Quelle est la place de l'infirmier dans la protection du secret médical ?* ».

63 op. cit. p. 11 (27)

64 op. cit. p. 11 (27)

Glossaire

Administration pénitentiaire : ensemble des professionnels exerçant des missions de surveillance et de réinsertion auprès des personnes placées sous main de justice qu'elles soient incarcérées ou suivies en milieu ouvert.

Centre pénitentiaire : établissement regroupant différents régimes de détention comme un centre de détention, une maison d'arrêt ou une maison centrale.

Chef d'inculpation : accusation portée envers un individu et formulée par le juge d'instruction ou le procureur dans l'acte d'accusation.

Code de la santé publique : recueil de textes législatifs définissant les droits et principes fondamentaux des usagers et professionnels de santé en matière de Santé Publique en France.

Code de procédure pénale : recueil de textes législatifs concernant la sécurité et la liberté. Il vise à renforcer la liberté individuelle, renforcer l'autorité des magistrats et l'efficacité de la procédure pénale en France

Comité européen pour la prévention de la torture : comité établi par la « Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants » du Conseil de l'Europe en 1989. Son objectif est de prévenir la maltraitance des personnes privées de liberté en Europe (exemples : prisons, postes de police, hôpitaux psychiatriques, foyers sociaux).

Gilbert Chodorge : assistant de direction AP-HP, conseiller technique au ministère de la santé puis directeur de plusieurs centres hospitaliers mais aussi chargé de mission à l'ARS Lorraine, Gilbert Chodorge a contribué, en 1993, à la rédaction du tout premier rapport sur la santé des personnes détenues, le « Rapport Chodorge ».

Haut conseil de la santé publique : instance d'expertise fixant les objectifs pluriannuels de santé publique, concevant les stratégies de prévention et de sécurité sanitaire et évaluant la performance du système de santé en France.

Inspection générale des affaires sociales : organisation reliée au Ministère des Affaires Sociales évaluant les différents aspects de la vie citoyenne tels que l'emploi, le travail et la formation, la santé, les actions sociales et les politiques familiales, les systèmes de couverture sociale publics ou privés.

Juge d'application des peines : magistrat du siège du tribunal de grande instance, il supervise les modalités d'application de la peine d'une personne condamnée.

Numéro d'écrou : procès-verbal indiquant le nom du détenu ainsi que la date et le motif de son incarcération.

Personne détenue : personne incarcérée par ordre de l'autorité judiciaire et privée de liberté individuelle.

Personne placée sous main de justice : ensemble des personnes prises en charge par l'administration pénitentiaire qu'elles soient sous écrou ou suivies en milieu ouvert.

Quartier disciplinaire : partie de la prison dans laquelle les détenus sont placés pour une durée variable en cas de faute disciplinaire ou d'infraction au règlement intérieur de l'établissement. Il est à distinguer du quartier d'isolement*.

Quartier d'isolement : partie de la prison visant à assurer la protection d'un détenu en l'empêchant de croiser d'autres détenus. L'isolement peut être demandé par le détenu lui-même s'il redoute le contact avec les autres détenus ou décidé par le chef d'établissement/ juge d'instruction en raison du motif d'incarcération.

Santé publique : discipline prenant en charge la santé dans toutes ses dimensions et ayant pour objectif de préserver et soigner la santé des individus d'un même groupe ou d'un même pays. Elle englobe la prévention, la promotion de la santé, la lutte contre les maladie et la réadaptation.

Secret médical : droit d'un patient au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant. Le secret médical s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé (Article R4127-4 du CSP)

Service médico-psychologique régional : première unité de soins assurant la prise en charge psychiatriques des patients détenus en milieu pénitentiaire aujourd'hui remplacée par l'USMP.

Service public hospitalier : désigne l'ensemble des établissements publics exerçant une mission d'intérêt général et ayant pour devoir de soigner toute personne, sans discrimination.

Soins psychiatriques : soins relatifs à l'esprit visant à assurer la stabilité de l'état psychologique du patient.

Soins somatiques : soins relatifs au corps visant à restaurer les capacités physiques du patient.

Surveillant pénitentiaire : professionnels prenant en charge les personnes placées sous main de justice en assurant des gardes au sein de la prison mais aussi en contribuant à la réinsertion des détenus.

Suspension de peine : décision émise par le tribunal de l'application des peines ou le juge d'application des peines sur expertise médicale. Elle permet aux détenus atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou dont l'état de santé est incompatible avec la détention, d'avoir une fin de vie en dehors de la détention quelque soit la nature ou la durée de la peine restante (Article 720-1-1 du CPP).

Syndrome de la blouse blanche : inquiétude et nervosité que peuvent éprouver les patients face aux professionnels de santé lors d'une consultation ou d'un soin.

Unité hospitalière sécurisée interrégionale : service d'hospitalisation implanté dans le centre hospitalier de rattachement de la prison et accueillant les détenus atteints de pathologies somatiques pour une durée de 48h ou plus.

Unité hospitalière spécialement aménagée : service de soins localisé en dehors du centre pénitentiaire, accueillant les détenus atteints de pathologies psychiatriques et nécessitant une hospitalisation à temps complet (Article L.3214-3 du CSP)

Unité sanitaire en milieu pénitentiaire : service hospitalier implanté au sein même de la prison, proposant des consultations de soins somatiques et psychiatriques à l'attention des personnes détenues.

Unité de vie familiale : appartement meublé isolé du reste de la prison dans lequel le détenu peut entretenir les liens avec sa famille en les recevant pour une durée de 6 à 72h.

Bibliographie - Webographie

Documents référencés dans l'écrit

- **Textes officiels**

Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé. NOR: CPLX1516614V, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030891422&categorieLien=id> (consulté le 20 octobre 2015)

Circulaire interministérielle n°27 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, [en ligne]
circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf (consulté le 6 février 2015)

Loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009. NOR: JUSX0814219L.
Version consolidée au 20 octobre 2015, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&dateTexte=20151020> (consulté le 20 octobre 2015)

Arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'Infirmier. NOR: SASH0918262A.
Version consolidée au 22 octobre 2015, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> (consulté le 22 octobre 2015)

Circulaire DHOS/DGS/DAP n° 2003-440 du 24 juillet 2003 relative au rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la procédure de suspension de peine pour raison médicale. NOR : SANH0330441C, [en ligne]
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-39/a0393055.htm> (consulté le 21 octobre 2015)

Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. NOR: JUSX0200117L. Version consolidée au 20 octobre 2015, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140> (consulté le 20 octobre 2015)

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR: MESX0100092L. Version consolidée au 21 octobre 2015, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015> (consulté le 21 octobre 2015)

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la sante publique et à la protection sociale. NOR: SPSX9300136L, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979&categorieLien=id> (consulté le 6 février 2015)

Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale. NOR : SPSH9403796C, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000368050> (consulté le 21 octobre 2015)

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. NOR: SANP9300287D. Version abrogée le 8 août 2004, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&dateTexte=20040807> (consulté le 21 octobre 2015)

Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire. NOR: JUSX8700042L. Version consolidée au 21 octobre 2015, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874714&categorieLien=cid> (consulté le 21 octobre 2015)

Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant l'organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Version consolidée au 20 octobre 2015, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072823&dateTexte=20151020> (consulté le 20 octobre 2015)

Décret n°84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certains dispositions du code de procédure pénale, [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000689504> (consulté le 21 octobre 2015)

Code pénal du 25 septembre 1791, [en ligne]
http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_25_09_1791.htm (consulté le 21 octobre 2015)

- **Ouvrages**

DORSAFE, Bourkia. *Être infirmier(ère)*. Éditions Lieux Dits, Février 2015. 111p

GUENO, Jean-Pierre. *Paroles de détenus : Lettres et écrits de prison*. Édition Octavo, Octobre 2000. 159p

MIGLIORINO, Roch-Etienne. *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer*. Éditions Elsevier Masson, 2009. 87p

- **Parties d'ouvrages**

FORMARIER, Monique. *La relation de soin, concepts et finalités*. Association de recherche en soins infirmiers, Juin 2007, n°89, 130p

HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE. *Santé en Milieu carcéral : Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. Éditions École Nationale de la Santé Publique. Rennes, Janvier 1993. 127p (Avis et rapport du Haut Comité de Santé Publique)

LANGENDORFF, Florence. *Petit précis de sciences humaines*. Éditions LAMARRE, Septembre 2009. 238p (Collection Étudiants IFSI)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Profession Infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession..* SEDI Equipement, Septembre 2012. 228p

PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Éditions Setes, Mars 2013. 356p

PATENAUDE, Odette. *Au cœur des soins infirmiers : Guide d'apprentissage de la relation d'aide*. Éditions Saint-Martin, 2008. 269p

PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné : Rencontre et accompagnement*. Montréal : Éditions Chenelière éducation, 2011. 369p

- **Travaux universitaires**

VAN LACKEN, Vincent. *La satisfaction des besoins fondamentaux en prison : approche auprès des personnes détenues dans les Maisons d'Arrêt de Loos-lez-Lille et de Béthune (Région Nord Pas-de-Calais)*. Mémoire de fin d'études : Santé Publique : Université Henri Poincaré Nancy I : École de Santé Publique : Nancy, 2001. 15p

- **Sites internet**

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne]
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie> (consulté le 24 juillet 2015)

Legifrance Service public de la diffusion des droits [en ligne]
<http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 20 octobre 2015)

Petit Larousse [en ligne]
<http://www.larousse.fr> (consulté le 17 mai 2015)

- **Documents en ligne**

BERTAUD, Pierre. *Soins Infirmiers en milieu carcéral : Le rôle Infirmier dans toute sa dimension*. Revue de la Coordination Nationale Infirmière, n°27. Juin 2008, [en ligne]
<http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/200906101007/Actualites/Soins-Infirmiers-en-milieu-carceral-le-role-infirmier-dans-toute-sa-dimension.html> (consulté le 1 mars 2015)

FONDATION APRES TOUT. *78.492 personnes sous écrou en France au 1er juillet 2015*, [en ligne]
<http://www.apres-tout.org/spip.php?article55> (consulté le 21 octobre 2015)

GINESTE, Yves et MARESCOTTI, Rosette. *La philosophie de l'humanité. Qu'est ce qu'être soignant ?*. Soins Corps Communication. La Méthodologie des soins. 1999, [en ligne]
<http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/philo.html> (consulté le 7 février 2015)

GODIN-BLANDEAU, E. VERDOT, C. DEVELAY, AE. *État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 94 p, [en ligne]
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Etat-des-connaissances-sur-la-sante-des-personnes-detenees-en-France-et-a-l-etranger> (consulté le 17 février 2015)

GROUPE D'ETUDE ET DE RECHERCHE SOCIALE. *Le questionnaire et l'entretien semi-directif*, [en ligne]
<http://gers-sociologie.fr/methodes/l-entretien-semi-directif/> (consulté le 12 juin 2015)

LAROCHE CINDERELLA. « *En prison, les clichés sur les détenus volent vite en éclat* ». Août 2014, [en ligne]
<http://www.streetpress.com/sujet/138043-en-prison-les-cliches-sur-les-detenus-volent-vite-en-eclat> (consulté le 30 octobre 2015)

MARTIN SANCHEZ Marie-Odile. *Concept de représentation sociale. Espace de réflexion et d'échanges autour de la relation soignant / soigné*, Soins Étude et Recherche en Psychiatrie, [en ligne]
http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html (consulté le 22 octobre 2015)

MARTIN, Laure. *Être infirmière en prison : le soin derrière les murs*. Juin 2011, [en ligne]
<http://www.actusoins.com/7860/infirmieres-en-prison-le-soin-derriere-les-murs.html>
(consulté le 2 mars 2015)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DE LA FEMME. *Plan d'actions stratégiques relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*. Octobre 2010, [en ligne]
<http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html> (consulté le 27 octobre 2015)

MINISTERE DE LA JUSTICE ET MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Guide Méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Paris, Novembre 2012. 368 p. 3e version du guide, [en ligne]
<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/documentation.asp> (consulté le 22/07/15)

MORHAIN YVES. *Vulnérabilité, invulnérabilité et risque*, [en ligne]
<http://cbad.pagesperso-orange.fr/journees/jour6/textes/Morhain.htm> (consulté le 30 octobre 2015)

PICHERIE, Evelyne. *Le rôle des infirmiers dans les prisons*. Actualité et dossier en santé publique N°44. Haut Conseil de la santé publique. Septembre 2003. p30-31, [en ligne]
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Personne?clef=1881> (consulté le 25 juillet 2015)

PEPLAU HILDEGARD. *Relations interpersonnelles en Soins Infirmiers (Extraits)*. 1952, p2 à 6, [en ligne]
www.reseau-asteria.fr/CADCI/CONCEPT%20PEPLAU.PDF (consulté le 30 octobre 2015)

RIEDER Jean-Pierre. *Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé*. Revue Médicale Suisse. Article n°257. Juillet 2010, [en ligne]
<http://www.revmed.ch/rms/2010/RMS-257/Sante-en-milieu-penitentiaire-vulnerabilite-partagee-entre-detenus-et-professionnels-de-la-sante> (consulté le 9 mai 2015)

- **Vidéos**

France 5. *Détenus : des patients comme les autres ?*, Octobre 2008, [en ligne]
<http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante--detenus-des-patients-comme-les-autres--un-hopital-pour-les-prisonniers-148.asp?1=1> (consulté le 7 mars 2015)

France 5. *Santé en prison : les détenus en danger ?*, Avril 2013, [en ligne]
<http://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-sante-en-prison-les-detenus-en-danger--10027.asp?l=1> (consulté le 7 mars 2015)

Documents consultés mais non cités dans l'écrit

- **Parties d'ouvrages**

ARGENTY, Jean. *Précis de soins relationnels*. Éditions Lamarre, Juin 2012. 122p (Collection Étudiants IFSI)

LE BOURGEOIS, Isabelle. *Derrière les barreaux, des hommes : Femme et aumônier à Fleury- Mérogis*. Éditions Desclée de Brouwer, Mars 2002. 150p

MANOUKIAN, Alexandre. *La relation soignant-soigné*. Éditions Lamarre, Juillet 2012. 223p

- **Travaux universitaires**

DAGNEAUX Mélanie. *Le consentement dans la pratique infirmière, « Qui ne dit mot, consent ? »*. Travail personnel de fin d'études. Institut de Formation en Soins Infirmiers de Nancy-Brabois : Université de Lorraine : 2015.

VALLIER Véronique. *L'intégration de la maladie chronique et diabétologie. Apport de l'éducation thérapeutique au patient*. Travail personnel de fin d'études. Institut de Formations en Soins Infirmiers de Nancy-Brabois : Université de Lorraine : 2010.

- **Sites internet**

Association Carceropolis [en ligne]
<http://www.carceropolis.fr/> (consulté le 24 juillet 2015)

- **Documents en ligne**

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE.
Santé des publics sous main de justice. Législation. Mars 2013 [en ligne]
<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/legislation.asp> (consulté le 19/02/15)

MINISTERE DE LA JUSTICE. *Je suis en détention : Guide du détenu arrivant*, [en ligne]
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/je-suis-en-detention-guide-du-detenu-arrivant-19214.html> (consulté le 6/10/15)

MINISTERE DE LA JUSTICE. *Les chiffres clefs de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015*, [en ligne]
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/> (consulté le 18 mai 2015)

MINISTERE DE LA JUSTICE. *Prison et réinsertion : La vie en détention : La Santé*. Juillet 2014, [en ligne]
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/la-sante-10026.html> (consulté le 18 mai 2015)

Table des matières

Remerciements

Sommaire

Table des sigles

1 - Introduction.....	1
2 - Problématique.....	2
2.1 - <u>Thème de la recherche</u>	2
2.2 - <u>Pré-enquêtes</u>	2
2.3 - <u>Problème général</u>	3
2.4 - <u>Lectures spécifiques</u>	3
2.5 - <u>Problème spécifique à l'aspect de ma recherche</u>	4
2.6 - <u>Interrogations</u>	4
2.7 - <u>Question de recherche</u>	4
2.8 - <u>Moyens concrets</u>	5
2.9 - <u>Hypothèses</u>	5
2.10 - <u>Variables</u>	5
3 - Modèle d'analyse.....	6
3.1 - <u>Cadre théorique</u>	6
3.1.1 - Aspect historique de l'institution pénitentiaire.....	6
<i>La prison comme lieu de privation des libertés</i>	6
<i>Caractéristiques sanitaires et sociales des personnes détenues</i>	7
3.1.2 - Aspect législatif de la prise en charge de la santé des détenus.....	8
<i>Prélude du système de santé en détention</i>	8
<i>Amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus</i>	9
<i>Actualisation et réévaluation de la santé en milieu carcéral</i>	10
3.1.3 - Aspect social et représentations sur le milieu carcéral.....	11
<i>Représentations sociales</i>	11
<i>Préjugés</i>	12
<i>Stéréotypes</i>	12
3.1.4 - Aspect professionnel et rôle infirmier en USMP.....	13
<i>Généralités sur la profession infirmière</i>	13
<i>Spécificités de l'exercice infirmier en milieu carcéral</i>	14
3.2 - <u>Cadre conceptuel</u>	16
3.2.1 - La relation de soin en milieu carcéral.....	16
<i>La relation</i>	16
<i>Le soin</i>	17
<i>La relation de soin</i>	17
3.2.2 - Une double vulnérabilité soignant/soigné.....	19
<i>Le soignant</i>	19
<i>Le soigné</i>	19
<i>La vulnérabilité</i>	20
3.2.3 - Le jugement dans la relation de confiance.....	20
<i>Le jugement</i>	20
<i>La relation de confiance</i>	21
<i>L'impact du jugement</i>	21

3.3 - <u>Cadre d'analyse</u>	22
4 - Méthodologie de la recherche	23
4.1 - <u>Participants</u>	23
4.1.1 - Variables.....	23
4.1.2 - Échantillonnage.....	23
4.1.3 - Éthique.....	24
4.1.4 - Échantillon.....	24
4.1.5 - Matériel.....	24
4.2 - <u>Outil de la recherche</u>	24
4.2.1 - Construction de l'outil de collecte.....	24
4.2.2 - Validité de l'outil.....	25
4.2.3 - Description de l'outil.....	25
4.3 - <u>Déroulement de la collecte</u>	26
4.3.1 - Moment et lieu.....	26
4.3.2 - Tâche.....	27
4.3.3 - Consignes à donner.....	28
4.3.4 - Temps alloué.....	28
5 - Analyse des données	29
5.1 - <u>Méthode d'analyse des données</u>	29
5.1.1 - Unité de mesure.....	29
5.1.2 - Mesures.....	29
5.1.3 - Groupements.....	29
5.2 - <u>Résultats</u>	30
5.2.1 - Analyse principale.....	30
<i>Travailler en milieu carcéral</i>	30
<i>Le soin en milieu carcéral</i>	34
<i>Le patient-détenu</i>	37
<i>La relation de soin</i>	39
<i>Le jugement</i>	41
5.2.2 - Analyse secondaire.....	43
<i>Analyse par rapport au soignant</i>	43
<i>Analyse par rapport au patient détenu</i>	44
<i>Analyse de l'impact du jugement dans la relation de soin</i>	45
6 - Interprétation des données	47
6.1 - <u>Rappel des objectifs et hypothèses de la recherche</u>	47
6.2 - <u>Confrontation des résultats aux hypothèses</u>	47
6.3 - <u>Discussion des résultats</u>	48
6.4 - <u>Limites de la recherche</u>	49
7 – Conclusion	50

Glossaire

Bibliographie-Webographie

Table des annexes

Annexes

Abstracts

Table des annexes

Annexe I – Principales missions de santé publique concernant la prise en charge sanitaire des détenus selon le Rapport Chodorge de 1993

Annexe II – Grands principes du plan d'actions stratégiques 2010/2014 relatifs à la politique de santé des personnes placées sous main de justice

Annexe III – Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé

Annexe IV – Guide d'entretien

Annexe V – Demande d'autorisation d'entretiens

Annexe VI – Autorisation d'entretiens

Annexe VII – Retranscription de l'entretien n°5

Annexe VIII – Dictionnaire des codes

Annexe IX – Matrice d'exploitation des données

**Annexe I – Principales missions de santé publique
concernant la prise en charge sanitaire des détenus
selon le Rapport Chodorge de 1993**

PRINCIPALES PROPOSITIONS DE LA MISSION

I - La médecine préventive

Un recueil des éléments permettant une évaluation de l'état de santé des détenus, grâce à un outil standardisé (conclusions de l'enquête ORS-PACA) sera appliqué à tous les établissements pénitentiaires. Ce recueil devra permettre un suivi épidémiologique.

Une attention particulière doit être apportée au dépistage de la tuberculose qui sera renforcé en milieu pénitentiaire. Les conseils généraux devront être rappelés au strict respect des obligations leur incombant ; ils pourront toutefois confier l'exécution de ces prestations à un autre opérateur, sous réserve qu'ils en assurent rigoureusement le financement.

Le dépistage obligatoire de la syphilis doit être élargi au dépistage des MST.

Le dépistage volontaire de l'infection par le VIH sera assuré en milieu pénitentiaire par les centres habilités (couplage de tous les établissements pénitentiaires avec un CDAG). En cas de séropositivité et de SIDA, le suivi sera assuré par les CISIH en suivant les recommandations du rapport Dormont⁽¹⁾.

Une proposition de dépistage de la contamination par le virus de l'hépatite B doit être faite aux populations à risque afin d'envisager à terme une vaccination des sujets sains.

II - L'accès aux soins somatiques et de santé mentale

Il sera facilité par :

- une prise en charge de ceux-ci par les établissements publics de santé permettant une continuité des soins ;

(1) Prise en charge et traitement précoce de l'infection à VIH. Rapport remis en juin 1990 au ministre chargé de la Santé.

- la responsabilité des soins médicaux devra être clairement établie.

Il convient de :

- . "coupler" chaque établissement pénitentiaire avec un établissement public de santé auquel seront confiées la responsabilité et la maîtrise d'oeuvre de l'ensemble des soins aux détenus tant à l'intérieur de la prison que dans la structure hospitalière s'agissant des consultations très techniques et des hospitalisations.

- . accompagner la mise en oeuvre de ce dispositif d'un programme de rénovation et d'équipement des services médicaux des établissements pénitentiaires dont le financement incombera à l'administration pénitentiaire.

- . développer le nombre de secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire en portant leur nombre à 34 (soit 1 secteur pour 1 500 détenus) dans un délai de 6 ans, et notamment créer 2 secteurs dont le service sera implanté en maisons centrales en 1994.

- . renforcer les équipes des secteurs psychiatriques existants en milieu pénitentiaire ;

- . réaffirmer l'implication des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile dans les établissements pénitentiaires.

- . développer les moyens d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus dans les établissements de santé.

- . généraliser la couverture sociale pour le risque maladie-maternité à l'ensemble de la population pénale et en assurer le financement par le paiement par l'Etat d'une cotisation forfaitaire per capita et au prorata temporis. Faire prendre en charge le ticket modérateur par l'aide sociale du département par aménagement de la loi du 29 juillet 1992.

- . confier la définition de la politique générale de santé en milieu pénitentiaire conjointement aux ministères de la Santé et de la Justice.

- . maintenir les missions d'inspection et de contrôle à l'IGAS et aux médecins inspecteurs de santé publique.

**Annexe II – Grands principes du plan d'actions stratégiques
2010/2014 relatifs à la politique de santé
des personnes placées sous main de justice**

LES GRANDS PRINCIPES RETENUS

Trois grands principes président à la rédaction de ce plan.

Les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soin que la population générale.

Ce principe, fondement de la loi du 18 janvier 1994, est réaffirmé dans la loi pénitentiaire¹⁸ en son article 46.

« 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 ».

Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral.

Parmi les différents plans de santé publique, on distingue :

- Ceux que l'on peut citer pour mémoire car déjà mis en œuvre au bénéfice de la population carcérale (Tuberculose, etc.),
- Certains plans existants pour lesquels il convient de renforcer la cohérence avec cette population (exemple : santé de jeunes),
- Les plans relevant de thématiques et incluant la prise en charge de ces personnes (stratégie nationale d'actions face au suicide, plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies, hépatites, VIH/IST...),
- Enfin les plans ne traitant pas de cette population mais dont les mesures doivent s'appliquer à celle-ci (cancer, qualité de vie des maladies chroniques...).

Le ministère de la Justice s'est par ailleurs engagé dans une politique ambitieuse de prévention du suicide, marquée notamment par la diffusion le 15 juin 2009 du plan de la Garde des Sceaux.

La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé.

À ce titre, ils participent à la démarche d'insertion. La poursuite des soins et des actions de prévention est préparée avant la sortie de détention.

Par ailleurs la loi du 4 mars 2002 confortée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, (Article 720-1 du Code de Procédure Pénale) a institué un dispositif prévoyant la possibilité d'une suspension de peine pour raison médicale qu'il convient de respecter. Un bilan de ce dispositif sera proposé au décours de l'exécution du plan.

LES PRIORITÉS

Ce plan s'inscrit dans un contexte d'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Il tient compte de la nouvelle politique pénale initiée par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 concernant notamment les nouvelles modalités d'aménagement de peine.

¹⁸ Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009

Annexe III – Avis du 16 juin 2015
relatif à la prise en charge des personnes détenues
au sein des établissements de santé

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé

NOR : CPLX1516614V

Les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la privation de liberté d'aller et venir dont ils font l'objet.

En effet, le préambule de la Constitution de 1946, qui appartient au bloc de constitutionnalité, garantit à tous les citoyens la protection de la santé.

Cette question est d'autant plus importante en milieu carcéral qu'elle se pose d'une manière spécifique, entre une légitime préoccupation de sécurité et l'indispensable respect des droits fondamentaux, dont fait partie intégrante celui du droit à l'accès aux soins.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et ses textes d'application, dont l'objectif était d'assurer une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population, ont considérablement fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes détenues en permettant le développement d'une politique de santé publique adaptée au milieu pénitentiaire. L'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire ont ainsi été transférées au service public hospitalier.

Ce principe a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, dans son article 46 qui dispose que « *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* ».

Par ailleurs, l'article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales impose aux Etats de protéger l'intégrité physique des personnes privées de liberté, notamment par l'administration des soins médicaux requis.

Les soins aux personnes détenues sont pour la plupart réalisés au sein de la structure implantée dans l'établissement pénitentiaire dite *unité sanitaire*.

Faute d'un nombre suffisant de spécialistes au sein des établissements pénitentiaires, le recours à des consultations médicales dans des établissements de santé de proximité s'avère indispensable, nécessitant alors des extractions médicales effectuées par des escortes pénitentiaires.

Conformément aux dispositions prévues aux articles R. 6112-26 du code de la santé publique et D. 391 du code de procédure pénale, les personnes détenues sont hospitalisées au sein de l'établissement de santé de proximité (dont la désignation est assurée par la direction générale de l'agence régionale de santé) lorsque l'hospitalisation présente un caractère d'urgence ou de très courte durée (inférieure ou égale à quarante-huit heures), dans des chambres dites *sécurisées*. Dans les autres cas, pour les hospitalisations de longue durée, les personnes détenues sont prises en charge au sein des *unités hospitalières sécurisées interrégionales* (UHSI), dont la liste est fixée par l'arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création de huit UHSI. En dépit des difficultés observées et des efforts restant à accomplir, on constate une amélioration des soins offerts aux personnes détenues depuis la création de ces nouveaux dispositifs.

Malgré les nombreuses recommandations émises par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur la question des soins dispensés aux personnes détenues au sein des établissements de santé de proximité, des difficultés persistent quant aux droits fondamentaux des personnes détenues ; l'importance des atteintes constatées justifie la rédaction d'un avis à l'attention des pouvoirs publics, en ce qu'elles contreviennent, dans la pratique, au principe désormais imposé par la loi d'égalité de soins entre les personnes détenues et l'ensemble de la population.

En application de l'article 10 de la loi du 30 octobre 2007 modifiée, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté émet les recommandations suivantes. Elles sont été préalablement communiquées à la garde des sceaux et à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Leurs réponses sont publiées à la suite du présent avis.

Le recours aux extractions médicales

Un nombre trop important d'extractions médicales

Ainsi que cela a déjà été évoqué dans le propos introductif, le faible nombre de spécialistes intervenant en détention (sur ce point, il est renvoyé au chapitre 5 *Privation de liberté et accès aux soins* du rapport d'activité 2012 du contrôle général) implique le recours aux consultations spécialisées dans le cadre d'extractions médicales dont l'accompagnement est assuré par une escorte pénitentiaire, hors de l'unité sanitaire, auprès des établissements de santé de rattachement.

Sur ce premier point, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté préconise, tout d'abord, le renforcement de la présence de spécialistes au sein des unités sanitaires afin de limiter le recours aux extractions

Annexe IV – Guide d'entretien

Entrevue en milieu carcéral

Mémoire de fin d'étude

- *Présentation*

Bonjour, je me présente, Marie Neige, étudiante infirmière en 3ème année à l'IFSI de Brabois. Merci d'avoir accepté de me rencontrer et de m'accorder du temps aujourd'hui.

J'ai effectué un stage à l'USMP en deuxième année et la prise en charge des patients en milieu pénitentiaire avait suscité en moi de nombreuses interrogations.

Cette année, j'ai décidé de réaliser mon mémoire de fin d'étude sur l'exercice infirmier en milieu carcéral et plus particulièrement le jugement dans la relation de soin.

- *Objectifs de l'entretien*

J'ai souhaité vous rencontrer pour :

- *essayer de mieux comprendre votre rôle au sein de l'USMP*
- *connaître votre ressenti en tant que soignant dans un univers pénitentiaire*
- *comprendre comment se passe la relation avec le patient-détenu*

- *Forme de l'entretien*

Je vais vous guider à travers des questions que j'ai préparées mais c'est surtout la richesse de vos réponses qui m'intéresse. J'ai 45 minutes pour recueillir votre témoignage. Si vous acceptez, j'aimerais pouvoir vous enregistrer pour faciliter la retranscription de l'entretien. Il est anonyme et sera exclusivement utilisé dans le cadre de la rédaction de mon travail de fin d'étude.

- *Thème de l'entretien*

La question que je me suis posée dans le cadre de mon mémoire est :

En quoi le jugement réciproque du soignant et du soigné, tous les deux vulnérables, peut-il rendre complexe la mise en place d'une relation de confiance lors d'une relation de soin en milieu carcéral ?

Par jugement, j'entends le regard que vous portez sur le patient mais aussi l'avis que le patient-détenu porte sur vous, soignant et l'impact que cela peut avoir dans la relation.

Par vulnérabilité je veux dire que le soignant comme le patient sont plus fragiles du fait de leur appartenance au milieu carcéral. Vous exercez dans un milieu atypique au sein duquel le système pénitentiaire prime sur le système de santé. De son côté, le patient est vulnérable de par son incarcération.

Avez vous des questions ?

Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer l'entretien.

Guide d'entretien

Travailler en milieu carcéral

- *Depuis combien de temps êtes vous infirmier(e) ?*
- *Depuis combien de temps exercez-vous en milieu carcéral ?*
- *Exerciez-vous dans une autre structure de soin avant d'intégrer l'USMP ?
(Service du CHU, clinique, Psychiatrie, Extra-hospitalier...)*
- *Quelles différences notez-vous entre un service hospitalier et une USMP ?
(organisation, prise en charge, moyens techniques et humains, sécurité)*
- *Quelles étaient vos motivations à vouloir intégrer l'USMP ?*
- *Aviez-vous déjà une expérience du milieu carcéral ?
(Stage, ancien métier en lien avec le système judiciaire)*
- *Quelles étaient vos appréhensions avant de commencer à y travailler ?*
- *A votre arrivée, avez vous bénéficié d'une formation complémentaire ?
Si oui, que cela vous a t-il apporté ?
Si non, quel serait pour vous l'intérêt d'une formation complémentaire ?*

Le soin en milieu carcéral

- *Comment fonctionne une USMP ?
(Spécificités du service, déroulement d'une journée)*
- *Selon vous, quel est votre rôle en tant qu'infirmier auprès des détenus ?*
- *Quel(s) point(s) positif(s) en tant qu'infirmier(e) en prison ?*
- *Quelles sont vos limites en tant que soignant en milieu carcéral ?*
- *Vous sentez-vous mis à l'écart des services intra-hospitaliers ?*

Le patient-détenu

- *Selon vous, en quoi un détenu est-il vulnérable ?*
- *L'offre de soin répond t-elle aux besoins des détenus ?
(Accessibilité aux soins, consultations proposées, prise en compte des demandes)*
- *Quelles réticences les détenus peuvent-ils avoir en venant à l'USMP ?*

La relation de soin

- *Comment une consultation de soin se déroule t-elle à l'USMP ?*
- *Rencontrez-vous des difficultés avec les patients ?
Si oui, comment faites-vous pour faire face à ces difficultés ?*
- *Vous sentez vous en sécurité ?
Si oui, qu'est ce qui vous permet de vous sentir en sécurité ?
Si non, qu'est ce qui génère votre peur au cours d'une consultation ?*
- *Quelle attitude adoptez vous pour mettre le patient en confiance avant un soin ?*

Le jugement

- *Vous arrive t-il de connaître le motif d'incarcération des patients ?
Si oui comment réagissez vous ?*
- *Vous est-il déjà arrivé de ne pas vouloir soigner un patient car vous connaissiez son motif d'incarcération ?
Si oui, comment faites vous pour prendre du recul et rester professionnel ?*
- *En quoi le jugement de l'Autre peut-il être un frein dans la relation de soin ?*
- *Quelles qualités sont indispensables pour soigner des patients-détenus ?*

Souhaitez-vous ajouter quelque chose par rapport à notre entretien ?

Merci pour votre témoignage

Annexe V – Demande d'autorisation d'entretiens



Direction des Soins

DEMANDE D'AUTORISATION POUR REALISER
UNE ENQUETE DANS LES UNITES DE SOINS DU CHU DE NANCY
DANS LE CADRE DU TFE

DATE D'ENVOI:	16/06/15	REPONSE SOUHAITEE POUR LE:	30/06/15
DEMANDEUR :			
NOM Prénom :	NEIGE Marie	INSTITUT ECOLE :	IFSI Brabois
Téléphone :	[REDACTED]	MAIL :	[REDACTED]@[REDACTED]
TYPE D'ENQUETE :			
Entretiens <input checked="" type="checkbox"/>		Questionnaires <input type="checkbox"/>	
THEME DU TFE :			
L'exercice infirmier en milieu carcéral et le jugement dans la relation de soin avec le patient - détenu.			
OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN OU DU QUESTIONNAIRE : (NB : toute demande non accompagnée de la trame de l'entretien ou du questionnaire sera refusée) :			
- Essayer de mieux comprendre le rôle de l'IDE au sein d'une USMP - Connaître le ressenti des soignants exerçant dans un univers pénitentiaire. - Comprendre comment se déroule la relation avec le patient détenu.			
NOMBRE D'ENQUETES :	5 à 10	CATEGORIE PROFESSIONNELLE :	IDE
UNITES DE SOINS CIBLEES (trois choix par ordre de préférence : une seule unité sera retenue) :			
service / secteur :	USMP	[REDACTED]	[REDACTED]
service / secteur :	USMP	[REDACTED]	[REDACTED]
service / secteur :	UHSI	[REDACTED]	[REDACTED]
VALIDATION PAR :			
(Mr/ Mme)	Pr TITAH	Réfèrent pédagogique / Directeur de mémoire	
TELEPHONE :	[REDACTED]	MAIL :	[REDACTED]@[REDACTED]

Les demandes sont à adresser :

- de préférence par mail :
- ou par courrier :

enquetes.memoires@chu-nancy.fr
Secrétariat du recrutement de la Direction des Soins du CHU de Nancy
Hôpital Central. Bâtiment Bruillâtre. Porte CH4
29 Avenue du Maréchal Delattre de Tassigny
54000 Nancy

Annexe VI – Autorisation d'entretiens



**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DIRECTION DES SOINS**

Cadre de Santé
Mme Marie-Catherine FRISCH
33(0)3.83.85.93.49

Mme NEIGE Marie

Secrétariat Direction des soins
33(0)3.83.85.99.03
FAX : 03.83.85.99.01

Enquetes.memoires@chu-

Nancy, le 18 juin 2015

Objet : Votre demande de réalisation d'enquêtes dans le cadre de votre travail de fin d'année

Madame,

J'ai bien reçu votre demande de réalisation d'enquêtes dans le cadre de votre travail de fin d'année.

Je vous informe que nous sommes, en accord avec Mme CASTIN, Cadre Supérieur du pôle, favorables à votre demande et vous remercions de bien vouloir vous rapprocher de l'encadrement du secteur de : **USMP**

Je tiens à vous informer que les entretiens téléphoniques avec les personnels ne sont pas autorisés dans notre procédure sauf accord du Cadre dans des unités spécifiques et que la reproduction d'éventuels documents est à votre charge.

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Marie-Catherine FRISCH
Référente pour la Direction des Soins.

Annexe VII – Retranscription de l'entretien n°5

Travailler en milieu carcéral

« Depuis combien de temps êtes vous infirmier(e) ?

- 11 ans.

Depuis combien de temps exercez-vous en milieu carcéral ?

- Depuis 2009, avril 2009. J'ai connu l'ancienne prison, Charles 3. Donc moi je fais partie de la nouvelle recrue en vue de l'augmentation de l'effectif dans la nouvelle prison. Donc ça fait 6 ans à peu près.

Exerciez-vous dans une autre structure de soin avant d'intégrer l'USMP ?

- Oui j'ai travaillé 5 ans en soins de suite et de réadaptation.

Quelles différences notez vous entre un service hospitalier et une USMP ?

- Le SSR c'est un service d'hospitalisation et c'était beaucoup des personnes âgées, plus ou moins dépendantes. Donc qui dit service hospitalier dit que c'est des personnes qu'on a en charge 24h/24h avec toutes les pathologies liées à la personne âgée. Ici on a des personnes âgées bien sûr mais on n'a pas tout ce qui est... On s'occupe des soins mais pas tout ce qui est aide à la toilette, nursing... Donc forcément déjà il y a une grande différence. Et puis ici, on a tous les âges. Le plus vieux, je ne sais pas exactement mais je pense qu'on n'est pas loin des 75-80 ans. Voilà la grande différence. Et ici c'est un service de consultation donc on voit les patients ponctuellement.

Quelles étaient vos motivations pour vouloir intégrer l'USMP ?

- Alors moi j'ai travaillé 5 ans en SSR. J'aimais beaucoup ce que je faisais mais physiquement, ça commençait à être un petit peu fatiguant. Et puis ce qui m'a attirée dans le milieu pénitentiaire c'est aussi ce côté un petit peu atypique. Ça m'a un peu poussé à postuler. Autour de moi, ma sœur a fait un stage en tant qu'étudiante infirmière en prison donc elle m'a un petit peu parlé de son stage. J'avais besoin de changement, j'avais envie de changer et j'avais cette curiosité professionnelle d'aller voir ce qu'il se passait en milieu carcéral.

Mes motivations c'était le côté atypique, la volonté de changer et de découvrir autre chose. Moi je suis assez curieuse et je pense qu'on a la chance d'avoir une profession qui nous permet de faire pas mal de choses, de choses différentes. C'est une opportunité que j'ai saisie.

Aviez-vous déjà une expérience du milieu carcéral ?

- Pas du tout non. Après quand j'ai vu qu'un poste était disponible, j'ai fait des recherches sur internet pour voir le rôle un petit peu de l'infirmière en milieu pénitentiaire mais non je ne connaissais pas.

Quelles étaient vos appréhensions avant de commencer à y travailler ?

- Pas tant que ça finalement. Qui dit nouveau service dit un petit peu de stress, un petit peu d'appréhension mais pas tant par rapport au fait que j'allais soigner des patients détenus. Plus un peu la nouveauté, parce qu'il faut faire sa place comme partout... Mais non pas plus que ça.

A votre arrivée, avez vous bénéficié d'une formation complémentaire ?

- Alors une formation non. Mais quand la nouvelle équipe a été formée, on a eu une réunion d'informations avec le chef du service, le médecin et le cadre de santé. Ils nous ont expliqué certains termes judiciaires. Qu'est ce qu'un patient prévenu, condamné... Enfin quelques termes judiciaires et sur le fonctionnement de la prison. On a eu quand même une petite réunion avec certaines informations mais une formation proprement dite non.

Je pense qu'il ne faudrait pas une formation pour nous dicter la conduite à tenir avec les patients. Pour ma part ce qu'il faudrait c'est plutôt nous apprendre à travailler avec la pénitentiaire. On n'est pas seul à s'occuper du patient. On est entouré de surveillants, de gradés et il faut faire avec. Donc il faut apprendre à connaître qui sont ces personnes, à qui on doit s'adresser par exemple en cas d'urgence ou d'extraction. C'est plus là dessus qu'il faudrait travailler. Il ne faut pas oublier qu'ici, on est un peu chez eux.

Le soin en milieu carcéral

Comment fonctionne une USMP ?

Poste du matin - 2 IDE

7h40 à 9h : Distribution méthadone par les deux infirmières. Jamais en bâtiment. Se fait à l'USMP parce que le patient ne doit jamais repartir avec ses flacons en cellule. IDE doit surveiller la prise pour éviter qu'il ne reparte avec et le trafic en prison + Patients du CD (Centre de détention) qui sont en distribution quotidienne

8h15 à 9h : Une infirmière se détache pour aller faire la distribution des traitements à la MAF (Maison Arrêt Femmes) + Traitement quotidien du QA (Quartier arrivant), QD (Quartier disciplinaire), QI (Quartier Isolement)

9h à 12h : Soins somatiques pour la première infirmière (Prise de paramètres, ECG, pansements, bilans sanguins, urgences) et consultation avec le médecin pour la deuxième infirmière

13h : Rangement des dossiers des patients et de la commande de pharmacie

Pause repas

14h à 15h30 : Édition des bons de programmation pour les consultations du lendemain, préparation de tous les dossiers de soin pour le lendemain et rangement dans les casiers en fonction des demandes (Médecin, IDE, Spécialiste)

Poste d'après-midi - 2 IDE

9h30 : Comptage des stupéfiants, préparation des tiroirs de traitements quotidiens, préparation des traitements prescrits par le médecin dans la matinée

12h : Distribution en bâtiment. 2 petites ou 1 petite et 1 grande (Les petites distributions correspondent aux traitements quotidiens ou prescrits le matin même - ex : kit effergal). La grande distribution correspond à une distribution hebdomadaire)

14h à 17h : Visite médicale pour une infirmière ou Soins pour la deuxième infirmière.

Poste d'intermédiaire - 1 IDE

8h30 - 16h30 : Programmation des rdv ou suivi des patients chroniques

Selon vous, quel est votre rôle en tant qu'infirmier auprès des détenus ?

- Le rôle de l'infirmière, je dirais qu'il est assez large. Il y a certains patients qui recherchent le contact avec l'infirmier pour pouvoir s'échapper un petit peu de la prison. A défaut d'aller en promenade, ils viennent faire un tour à l'infirmier. Après le rôle il est très large. Ça va du rôle propre de l'infirmière ; les médicaments, les pansements... Mais il n'y a pas que ça il y a aussi un grand rôle relationnel. Il ne faut pas oublier que ce sont des patients détenus donc ils ont besoin de parler, ont souvent des problèmes, des angoisses. Nos collègues de psy mettent en place des entretiens relationnels pour ça mais ce n'est pas rare que pendant un soin, le patient te parle aussi un peu.

Quel(s) point(s) positif(s) trouvez vous en tant qu'infirmier(e) en prison ?

- Ce que j'apprécie ici c'est qu'on a une certaine autonomie au niveau de notre travail. Le médecin est là tous les matins, pas toujours l'après midi. Alors c'est bien et pas bien. C'est à dire que quand on a des gros soucis, des grosses urgences, s'il n'y a pas de médecin, ce n'est pas toujours évident. Mais ça nous oblige à travailler de manière autonome. Je ne dis pas qu'on n'appelle pas le médecin, toutes les décisions sont prises par le médecin. Mais dans un service hospitalier il y a toujours un médecin, un interne, un externe... Ici c'est à nous d'analyser la situation à (Chercher ses mots)... A évaluer l'urgence avant d'appeler le médecin car il va se baser sur tes propos à toi au téléphone. Il n'est pas là pour voir donc...

Je pense que les médecins nous font aussi un peu plus confiance ici, à force de nous connaître. C'est un vrai travail d'équipe mais c'est vrai qu'ici, on n'a pas les médecins sur le dos, on n'a pas notre cadre sur le dos toutes les 5min, on n'a pas les familles non plus.

Il ne faut pas oublier que dans un service classique on gère le patient, on gère les médecins, les aides-soignantes, les ASH enfin tout ce qui va autour et aussi les familles. Moi je trouve qu'ici on a un certain confort, on peut se centrer sur le patient. C'est rare mais ça arrive que des familles nous contactent par téléphone... Après on ne donne pas plus d'informations sur le patient par téléphone.

Quelles sont vos limites en tant que soignant en milieu carcéral ?

- Le fait de ne pas avoir toujours de médecin à notre disposition. De devoir travailler avec la pénitencier aussi... (Réfléchit) On est là pour soigner le patient mais il y a plusieurs paramètres à prendre en compte. On est autonome dans notre travail mais on ne fait pas ce qu'on veut non plus. On a des contraintes liées aux horaires, liées aux nombres de patients qui viennent à l'USMP, on a des problèmes de dysfonctionnement. Par exemple, les bons de consultations transitent par les surveillants pénitencier et il arrive que les bons ne parviennent pas au patient ou lui parviennent le jour même donc quand c'est pour une prise de sang à jeun à 8h30... C'est un petit peu embêtant ! Il faut s'armer de patience, il faut persévérer, reprogrammer des choses qu'on a faites X fois. Des fois c'est un petit peu fatiguant mais bon voilà.

Quand on travaille en milieu pénitencier c'est l'aspect négatif du travail mais on n'a pas le choix, il faut faire avec. Quand on a des surveillants conciliants, on arrive à convoquer les patients rapidement. Quand on en a un pour qui la santé du détenu n'est pas une priorité, il faut batailler, expliquer, sans... (Réfléchit) Expliquer sans trahir le secret médical. Ça c'est une grosse difficulté, d'essayer de faire comprendre que quand tu demandes un patient c'est pour une bonne raison. Mais on n'a pas le droit de dire pour quel soin il est convoqué. Quand on a une extraction à faire en urgence et qu'on doit faire appel aux gradés, souvent on te demande au téléphone pourquoi il doit aller aux urgences et ça on n'a pas à leur dire. Ils ont du mal à comprendre que toi tu es tenu par le secret médical, il n'y a pas de secret partagé.

Vous sentez vous mis à l'écart des services intra-hospitaliers ?

- Alors à l'écart oui et non parce qu'on est... Je dis toujours qu'on est les oubliés du CHU. Pourquoi ? Parce que déjà il y en a beaucoup qui ne nous connaissent pas. Ils connaissent la prison mais ils pensent qu'on ne fait pas partie du CHU. Quand on appelle pour prendre des rendez-vous on nous dit « Ah bon vous faites partie du CHU ? ». Du fait d'être mis à l'écart on est moins au courant de ce qu'il se passe à l'hôpital. Quand il y a une info sur les autres services le cadre nous affiche l'info mais quand on n'y est pas... Des fois on apprend les choses quand on fait des formations avec les collègues des autres services (Rires)

Le patient-détenu

Selon vous, en quoi un détenu est-il vulnérable ?

- Alors vulnérable oui, parce qu'il est isolé, enfin incarcéré. Qui dit incarcération dit coupure avec son milieu familial, milieu social. Le risque : le premier jour d'incarcération, il n'a pas de contact avec l'extérieur, pas de contact avec sa famille. Il arrive que le patient ne sache pas si sa famille a été prévenue de son incarcération. Pour le peu que ce soit une première incarcération. Alors là on imagine le choc carcéral. Il y en a qui disent qu'ils gèrent bien mais à mon avis c'est traumatisant. Je pense que l'incarcération rend vulnérable par rapport à ça.

Et je pense aussi qu'ils ne sont pas toujours tendres entre eux. Il y a des gros problèmes de violence, de racket, de harcèlement... A moins d'être très très fort psychologiquement, d'être une terreur et de faire peur à tout le monde, je pense que le patient détenu il est quand même vulnérable.

L'offre de soin répond t-elle aux besoins des détenus ?

- C'est difficile de te répondre... (elle réfléchit) C'est difficile dans le sens où nous on ne les voit que pour des problèmes somatiques. Ils sont vus par l'équipe psy, en entretiens entrant. En fonction de ça ils mettent en route des entretiens ou pas.

Quelles réticences les détenus peuvent-ils avoir en venant à l'USMP ?

- Alors il y en a qui ne veulent pas venir à l'infirmierie parce qu'ils ne sont pas malades, parce qu'ils ne sont pas fous. Parce que quand tu proposes à quelqu'un un entretien psy il te répond « Je ne suis pas fou dans ma tête ». Et puis il y en a certains qui pensent que le secret médical est partagé avec la pénitencier. Donc quand tu arrives à déceler ça tu expliques au patient que tout ce qui est fait à l'infirmierie y reste. Mais un patient une fois m'a dit « J'ai du mal à vous croire, vous travaillez avec la pénitencier ». Beaucoup pensent que les surveillants ont accès à des dossiers médicaux.

La relation de soin

Comment une consultation de soin se déroule t-elle à l'USMP ?

- Nous on les voit ponctuellement. Sauf quand on les voit le week-end, où là, on a un peu plus de temps pour parler avec eux parce qu'on fait les entretiens d'entrée. Mais c'est pas vraiment à nous qu'ils livrent leur ressenti. Au quartier arrivant ils ont des surveillants dont un surtout qui est très à l'écoute. C'est important la manière dont on va se comporter avec eux, dès le début de l'incarcération.

Rencontrez-vous des difficultés avec les patients ?

- La difficulté c'est quand un patient arrive, qu'il a de gros antécédents et qu'on n'a aucune information si ce n'est les dires du patient. Pour peu que ce soit un dimanche, le médecin généraliste ne travaille pas, les pharmacies sont fermées... Donc là c'est un petit peu difficile. Là on se base sur ce que nous dit le patient et quand on a toutes les infos on appelle notre médecin de garde et c'est lui qui prend la décision. Mais c'est vrai que le dimanche quand tout est fermé et qu'on n'a pas d'ordonnance, qu'on ne peut pas vérifier les dires du patient, c'est un peu compliqué. Mais bon on arrive toujours à trouver une solution.

Au niveau relationnel je n'ai pas de problème. Pour moi c'est des patients détenus mais avant tout c'est des patients. Je n'ai pas si tu veux cette barrière, je ne l'ai même trop jamais eue. Ce qui pourrait poser soucis c'est plutôt d'avoir un patient avec des gros gros troubles psychiatriques et avec lequel on n'arriverait pas à communiquer mais c'est rare. En général il n'arrive pas jusqu'ici. Quand ils sont bien orientés ils vont en psychiatrie pas à la prison.

Moi dans mon travail, c'est pas le côté relationnel qui me gêne. C'est plutôt les problèmes techniques.

Vous sentez-vous en sécurité ?

- Je ne me sens pas en insécurité. Il arrive qu'on ait des patients qui soient étiquetés « dangereux ». En général, ces gens là sont accompagnés à l'infirmierie par deux surveillants. Quand on le sait, on fait le soin et on sait que les deux surveillants sont à proximité. Mais au niveau sécurité, les précautions que tu prends pour un patient, tu les prends pour l'autre. C'est comme quand tu fais une prise de sang, tu mets des gants. Donc ici c'est pareil, tu fais toujours attention. Un exemple, tu fais un pansement, tu ne laisses pas traîner ta paire de ciseaux sur le chariot. Pour tout patient tu vas ranger tes ciseaux parce que n'importe qui pourrait s'en emparer et devenir dangereux.

Mises à part les prises d'otage, les tentatives d'évasion, les patients qui sont décrits dangereux... Je me sens quand même en sécurité parce que les surveillants ne sont pas loin et qu'on met en place des règles pour se protéger.

Quelle attitude adoptez vous pour mettre le patient en confiance avant un soin ?

- Tu essayes de mettre le patient en confiance. Si tu vois que le patient est réticent tu lui demandes pourquoi. Tu installes ton patient confortablement, tu fermes ta porte pour préserver le secret médical et le mettre en confiance parce que la porte ouverte avec tout le passage... Tu lui demandes s'il sait pourquoi il est là parce que des fois ils ont oublié. En général

on arrive à le mettre à l'aise et à obtenir son accord pour qu'on fasse le soin. Quand il n'accepte pas le soin en général ce n'est pas parce qu'il n'a pas confiance, c'est parce qu'il n'en voit pas l'intérêt.

Le jugement

Vous arrive t-il de connaître le motif d'incarcération des patients ?

- On ne devrait pas le savoir mais des fois il arrive qu'on le sache alors on fait avec. Tu as des patients qui vont en parler spontanément pour le peu que ce soit une arrivée du week-end. Le patient va te dire « Je suis là pour ça, voilà ce que j'ai fait ». Des fois il y a des affaires qui sont médiatisées. Donc là c'est sur la première page du journal donc voilà... Il faut quand même réaliser le soin. Des fois on le sait par l'équipe psy pour nous expliquer pourquoi il faut faire attention à tel patient, parce qu'il est fragile, ceci cela.

Vous est-il déjà arrivé de ne pas vouloir soigner un patient car vous connaissiez son motif d'incarcération ?

- Non et depuis que je travaille ici honnêtement, j'ai pas le souvenir que quelqu'un ait passé la main. Du moins pas à cause de ce qu'il avait fait. Après ce qui peut arriver, c'est de connaître plus ou moins quelqu'un en détention. Ça m'est déjà arrivé de passer la main parce que le patient incarcéré avait grandi dans mon quartier. Voilà pour quelle raison j'ai dû passer la main.

En quoi le jugement de l'Autre peut-il être un frein dans la relation de soin ?

- Est ce que ça m'influence, non je ne pense pas. C'est pas pour me vanter mais je pense que j'ai cette capacité là à mettre le motif dans un coin de ma tête pour justement faire mes soins. Après je ne dis pas que je cautionne mais moi je ne suis pas là pour les juger. Je suis là pour les soigner. Je ne suis pas là pour les juger ni pour les défendre, je ne suis pas juge ni avocate. Je fais mon travail du mieux que je peux en tant que soignante, je n'ai pas à juger.

Quelles qualités sont indispensables pour soigner des patients-détenus ?

- Ne pas juger le patient, notre rôle c'est de soigner pas de juger. Si c'est difficile pour certains, il ne faut pas venir travailler en prison. Je ne dis pas qu'il n'y a pas des histoires difficiles e suis pas une machine, je suis un être humain. Mais quand on postule à la prison, on sait quel type d'individu on va rencontrer donc si on est dans le jugement, c'est pas là où il faut venir travailler. »

Annexe VIII – Dictionnaire des codes

Question (Résumé)	Numéro de la variable	Nom de la variable (Résumé)	Description du codage
Numéro de l'entretien	1	Numéro	Nombre de 1 à 5
Q1 - Depuis combien de temps êtes vous infirmier(e) ?	2	Années d'exercice	1 = 3 ans 2 = 10 ans 3 = 11 ans 4 = 14 ans 5 = 20 ans
Q2 - Depuis combien de temps exercez-vous en milieu carcéral ?	3	Années en milieu carcéral	1 = 1 ans 2 = 5 ans 3 = 7 ans 4 = 8 ans 5 = 11 ans
Q3 - Autre structure de soin avant d'intégrer l'USMP ?	4	Expériences professionnelles	1 = Oui

<i>Si oui, quel type ?</i>	5	Type de services	1 = Services intra-hospitaliers 2 = Services extra-hospitaliers
<i>Q4 - Différences entre service hospitalier et USMP ?</i>	6	Différences milieu carcéral/hôpital	1 = Autonomie 2 = Horaires de travail 3 = Traçabilité des soins 4 = Surveillance des effets indésirables 5 = Prise en charge du patient
<i>Q5 - Motivations pour intégrer l'USMP ?</i>	7	Motivations	1 = Convenance des horaires de travail 2 = Plus grande autonomie 3 = Curiosité professionnelle 4 = Pluriprofessionnalité
<i>Q6 - Expérience antérieure du milieu carcéral ?</i>	8	Expérience carcérale	1 = Oui 2 = Non

<i>Si oui, quelle expérience ?</i>	9	Type d'expérience carcérale	1 = Stage 2 = Accueil de patients-détenus en service
<i>Q7 - Appréhensions avant de commencer ?</i>	10	Appréhensions	1 = Comportement à adopter face au détenu 2 = Méconnaissance du milieu carcéral 3 = Méfiance vis-à-vis des détenus 4 = Devoir s'intégrer dans un nouveau service 5 = Aucune appréhension
<i>Q8 - Formation complémentaire à votre arrivée ?</i>	11	Formation	1 = Non
<i>Si non, intérêt d'une formation complémentaire ?</i>	12	Intérêt d'une formation	1 = Se familiariser avec le milieu carcéral 2 = Comprendre l'organisation du service 3 = Apprendre à collaborer avec les autres intervenants

<p>Q9 – Fonctionnement de l'USMP ?</p>	<p>13</p>	<p>Fonctionnement du service</p>	<p>Question posée afin de conforter les données théoriques mais non exploitée car elle ne répondait pas à ma question de recherche</p>
<p>Q10 - Rôle infirmier ?</p>	<p>14</p>	<p>Rôle infirmier</p>	<p>1 = Prise en charge somatique 2 = Suivi psychiatrique 3 = Médiation entre le patient et la détention 4 = Être à l'écoute du patient 5 = Prise en charge sociale et réinsertion 6 = Évaluation du risque suicidaire</p>
<p>Q11 - Point(s) positif(s) en tant qu'infirmier(e) en prison ?</p>	<p>15</p>	<p>Points positifs</p>	<p>1 = Plus de temps pour réaliser les soins 2 = Plus d'autonomie dans les soins 3 = Pluriprofessionnalité 4 = Variété des missions de travail</p>

<p>Q12 - Limites en tant que soignant en milieu carcéral ?</p>	<p>16</p>	<p>Limites</p>	<p>1 = Patient réticent aux soins 2 = Impossibilité de vérifier l'observance 3 = Collaboration avec la pénitentiaire 4 = Réussir à préserver le secret médical</p>
<p>Q13 - Mise à l'écart des services intra-hospitaliers ?</p>	<p>17</p>	<p>Intégration hospitalière</p>	<p>1 = Oui 2 = Non</p>
<p>Q14 - En quoi un détenu est-il vulnérable ?</p>	<p>18</p>	<p>Vulnérabilité du détenu</p>	<p>1 = Incarcération 2 = Privation de libertés 3 = Isolement familial et social 4 = Vulnérabilité psychologique 5 = Addictions</p>

Q15 - L'offre de soin répond t-elle aux besoins des détenus ?	19	Offre de soin	1 = Oui 2 = Ne se prononce pas
Si oui, en quoi répond t-elle aux besoins ?	20	Points forts de l'offre de soin	1 = Bonne accessibilité aux soins 2 = Offre de soin bien développée 3 = Bon suivi psychiatrique
Q16 - Réticences des détenus venant à l'USMP ?	21	Réticences du détenu	1 = Soins jugés inutiles 2 = Refus de soins 3 = Peur de la psychiatrie 4 = Peur que le secret médical soit partagé avec la détention
Q17 - Déroulement d'une consultation de soins à l'USMP ?	22	Consultation	1 = Politesse et vouvoiement 2 = Expliquer au patient que l'on est à l'écoute 3 = Expliquer que le secret médical est préservé 4 = Maintenir une juste distance professionnelle 5 = Respecter les règles de sécurité

Q18 - Difficultés avec les patients ?	23	Difficultés	1 = Oui
Si oui, comment faire face à ces difficultés ?	24	Moyens mis en place	1 = Prendre le temps de discuter avec le patient 2 = Respecter les choix du patient 3 = Rester professionnel avant tout
Q19 - Vous sentez vous en sécurité ?	25	Sécurité	1 = Oui
Si oui, pourquoi ?	26	Aspects sécuritaires	1 = Surveillants 2 = Alarme portative 3 = Expérience professionnelle 4 = Travail en binôme
Q20 - Attitude pour mettre le patient en confiance ?	27	Mise en confiance du patient	1 = Respecter le patient 2 = Être attentif et à l'écoute 3 = Préserver le secret médical 4 = Ne pas laisser transparaître son jugement

<p>Q21 - Vous arrive t-il de connaître le motif d'incarcération des patients ?</p>	<p>28</p>	<p>Motif d'incarcération</p>	<p>1 = Oui</p>
<p>Si oui, comment réagissez vous ?</p>	<p>29</p>	<p>Réaction du soignant</p>	<p>1 = Masquer son ressenti 2 = Essayer de faire abstraction 3 = Ne pas changer d'attitude 4 = Réaliser le soin normalement</p>
<p>Q22 - Ne pas vouloir soigner un patient en raison du motif d'incarcération ?</p>	<p>30</p>	<p>Refus de soin du soignant</p>	<p>1 = Non</p>

Q23 - Jugement de l'Autre = frein dans la relation de soin ?	31	Jugement	1 = Impact sur la manière de réaliser les soins 2 = Freine la discussion et la confiance 3 = Instaure un malaise dans la relation 4 = Empêche de rester professionnel
Q24 - Qualités pour soigner des patients-détenus ?	32	Qualités du soignant	1 = Professionnalisme 2 = Prise de recul 3 = Capacités relationnelles 4 = Faire abstraction de son jugement

Souhaitez-vous ajouter quelque chose par rapport à notre entretien ?

Le jugement est toujours présent mais l'important, c'est ce que l'on en fait.

Le jugement que l'on porte sur l'autre va influencer notre comportement inconsciemment qu'on le veuille ou non

En tant qu'être humain, on jugera forcément l'autre mais il faut savoir rester professionnel

Annexe IX – Matrice d'exploitation des données

Thème	Question	Variable	Modalités	1	2	3	4	5	Total	Pourcentage
Travailler en milieu carcéral										
	Q1	Années d'exercice	-	3	14	20	10	11	-	-
	Q2	Années en milieu carcéral	-	1	5	7	8	11	-	-
	Q3	Oui, j'ai exercé dans d'autres structures avant d'intégrer l'USMP	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Services intra-hospitaliers	1	1	1	1	1	0	4	80,00%
		Services extra-hospitaliers	2	0	0	1	0	1	2	40,00%
	Q4	Autonomie	1	0	1	1	1	0	3	60,00%
		Horaires de travail	2	0	1	0	0	1	2	40,00%
		Traçabilité des soins	3	1	0	0	0	0	1	20,00%
		Surveillance des effets indésirables	4	1	0	0	0	0	1	20,00%
		Prise en charge de patient	5	1	1	1	1	1	5	100,00%
	Q5	Convenance des horaires de travail	1	0	1	0	0	1	2	40,00%
		Plus grande autonomie	2	0	1	0	0	0	1	20,00%
		Curiosité professionnelle	3	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Pluriprofessionnalité	4	0	0	1	0	0	1	20,00%
	Q6	Oui, j'avais une expérience carcérale	1	1	1	1	1	0	4	80,00%
		Non, je n'avais pas d'expérience carcérale	2	0	0	0	0	1	1	20,00%
		Stage	1	1	0	0	1	0	2	50,00%
		Accueil de patients-détenus en service	2	0	1	1	0	0	2	50,00%
	Q7	Comportement à adopter face aux détenus	1	1	0	0	0	0	1	20,00%
		Méconnaissance du milieu carcéral	2	1	0	0	0	1	2	40,00%
		Méfiance vis-à-vis des détenus	3	1	0	0	0	0	1	20,00%
		Devoir s'intégrer dans un nouveau service	4	0	0	0	0	1	1	20,00%
		Aucune appréhension	5	0	1	1	1	0	3	60,00%
	Q8	Non, je n'ai pas suivi de formation complémentaire	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Se familiariser avec le milieu carcéral	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Comprendre l'organisation du service	2	1	1	0	0	0	2	40,00%
		Apprendre à collaborer avec les autres intervenants	3	0	0	1	0	1	2	40,00%

	Q9	Non exploitée								
	Q10	Prise en charge somatique	1	1	0	0	0	1	2	40,00%
		Suivi psychiatrique	2	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Médiation entre le patient et la détention	3	0	1	0	1	1	3	60,00%
		Être à l'écoute du patient	4	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Prise en charge sociale et réinsertion	5	0	1	1	1	0	3	60,00%
		Évaluation du risque suicidaire	6	0	1	0	1	0	2	40,00%
	Q11	Plus de temps pour réaliser les soins	1	1	0	1	0	0	2	40,00%
		Plus d'autonomie dans les soins	2	0	1	1	0	1	3	60,00%
		Pluriprofessionnalité	3	0	1	0	1	1	3	60,00%
		Variété des missions de travail	4	1	1	1	1	1	5	100,00%
	Q12	Patients réticents aux soins	1	1	1	0	0	0	2	40,00%
		Impossibilité de vérifier l'observance	2	1	1	0	0	0	2	40,00%
		Collaboration avec la pénitencier	3	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Réussir à préserver le secret médical	4	1	1	0	1	1	4	80,00%
	Q13	Oui je me sens mis à l'écart des services intra-hospitaliers	1	0	1	0	1	1	3	60,00%
		Non, je ne sens pas mis à l'écart	2	1	0	1	0	0	2	40,00%
Le patient-détenu										
	Q14	Incarcération	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Privation de libertés	2	1	0	1	1	1	4	80,00%
		Isolement familial et social	3	1	0	0	1	1	3	60,00%
		Vulnérabilité psychologique	4	1	1	1	0	1	4	80,00%
		Addictions	5	0	1	1	0	0	2	40,00%
	Q15	Oui, l'offre de soin répond aux besoins des détenus	1	1	1	1	1	0	4	80,00%
		Ne se prononce pas	2	0	0	0	0	1	1	20,00%
		Bonne accessibilité aux soins	1	1	1	1	1	0	4	100,00%
		Offre de soin bien développée	2	1	1	1	1	0	4	100,00%
		Bon suivi psychiatrique	3	0	1	1	1	0	3	75,00%
	Q16	Soin jugé inutile	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Refus de soin	2	1	0	0	1	0	2	40,00%
		Peur de la psychiatrie	3	0	0	1	1	1	3	60,00%
		Peur que le secret médical soit partagé avec la détention	4	0	0	0	1	1	2	40,00%

La relation de soin										
	Q17	Politesse et vouvoiement	1	1	1	1	0	1	4	80,00%
		Expliquer au patient que l'on est à l'écoute	2	0	1	1	1	1	4	80,00%
		Expliquer que le secret médical est préservé	3	0	1	1	1	1	4	80,00%
		Maintenir une juste distance professionnelle	4	1	1	0	0	0	2	40,00%
		Respecter les règles de sécurité	5	1	1	0	1	0	3	60,00%
	Q18	Oui, j'ai déjà rencontré des difficultés	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Prendre le temps de discuter	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Respecter les choix du patient	2	1	0	0	0	0	1	20,00%
		Rester professionnel avant tout	3	1	1	1	1	1	5	100,00%
	Q19	Oui, je me sens en sécurité	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Surveillants	1	1	1	1	0	1	4	80,00%
		Alarme portative	2	1	1	0	0	0	2	40,00%
		Expérience professionnelle	3	0	1	1	0	1	3	60,00%
		Travail en binôme	4	0	0	0	1	0	1	20,00%
	Q20	Respecter le patient	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Être attentif et à l'écoute	2	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Préserver le secret médical	3	0	0	1	0	1	2	40,00%
		Ne pas laisser transparaître son jugement	4	0	0	1	1	0	2	40,00%
Jugement										
	Q21	Oui, il m'arrive de connaître le motif d'incarcération des patients	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Masquer son ressenti	1	1	0	0	0	0	1	20,00%
		Essayer de faire abstraction	2	1	1	1	0	0	3	60,00%
		Ne pas changer d'attitude	3	1	0	1	1	1	4	80,00%
		Réaliser le soin normalement	4	0	1	1	1	1	4	80,00%
	Q22	Non, cela ne m'est jamais arrivé de ne pas vouloir soigner un patient en raison du motif d'incarcération	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
	Q23	Impact sur la manière réaliser les soins	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Freine la discussion et la confiance	2	0	1	1	1	0	3	60,00%
		Instaure un malaise dans la relation	3	1	0	1	1	0	3	60,00%
		Empêche de rester professionnel	4	1	1	1	1	1	5	100,00%
	Q24	Professionnalisme	1	1	1	1	1	1	5	100,00%
		Prise de recul	2	0	1	1	1	0	3	60,00%
		Capacités relationnelles	3	1	1	1	0	0	3	60,00%
		Faire abstraction de son jugement	4	0	0	1	1	1	3	60,00%

Abstracts

THE NURSE RELATIONSHIP IN PRISON
« CARE WITHOUT ANY AFTERTHOUGHT »

SURNAME: NEIGE

Firstname : Marie

Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois

CHRU NANCY

Grade Licence 3

Promotion 2013/2016

After an intership in a care unit in jail, I found that there were a lot of preconceptions of prisons where only our prejudices give us an idea of this mystified universe. If the correlation between « care » and « imprisonment » seems paradoxical, nurses take care of prisoners' health. To overcome this fear of the unknown, the specificity of the nursing role in prison must be highlighted.

In a context where judgment condemns, my research question is the following: « How can the mutual judgment of the care giver and the patient, both vulnerable, make the establishment of trust during a caring relationship in prison more complex? »

Two suppositions exude from my theoretical research : « The judgment of the care giver and/or the patient in the caring relationship may influence trust» and it's « By detaching themselves of their feelings that the care givers will succeed viewing the prisoner as a proper person who needs care ».

My exploratory paper is based on a qualitative method. To succeed in doing this study, I chose a specific tool, semi-structured interviews, to interrogate nurses working in jail.

The testimonies collected made me fully aware that in every human relationship, no one can help to pass judgment on others. In the context of care relationship in prison, the judgment of the other impacts unavoidably on the climate of trust. Putting things into perspective, relational abilities allow care givers on the one hand, to consider the prisoners as proper persons, and on the other hand, to maintain their credibility as health professionals.

Key words : Care relationship - Penitentiary world - Judgment - Vulnerability - Trust

References : MIGLIORINO, Roch-Etienne. *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer*. Masson Edition, 2009. 87p

REIDER, Jean-Pierre. *Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé*. Revue Médicale Suisse, July 2010, n°257, p1462-1465

**LA RELATION DE SOIN EN MILIEU CARCERAL :
« PANSER SANS ARRIERE-PENSEE ? »**

NOM : NEIGE

Prénom : Marie

Institut de Formation en Soins Infirmiers de Brabois

CHRU NANCY

Grade Licence 3

Promotion 2013/2016

Après avoir effectué un stage au sein d'une unité de soin en milieu carcéral, j'ai constaté que de nombreuses représentations existaient sur la prison, univers mystifié dont seuls nos préjugés nous dressent le portrait. Si la corrélation entre « soin » et « emprisonnement » semble paradoxale, des infirmiers veillent pourtant sur l'état de santé des détenus. Pour vaincre cette peur de l'inconnu, la spécificité du rôle infirmier en établissement pénitentiaire doit être mise en exergue.

Dans un contexte où le jugement condamne, ma question de recherche est la suivante : « En quoi le jugement réciproque du soignant et du soigné, tous les deux vulnérables, peut-il rendre complexe la mise en place d'une relation de confiance lors d'une relation de soin en milieu carcéral ? »

Deux hypothèses émanent de mes recherches théoriques : « Le jugement porté par le soignant et/ou le soigné dans la relation de soin influence la relation de confiance. » et « C'est en prenant du recul par rapport à son ressenti que l'infirmier arrivera à considérer le détenu comme une personne à part entière, en attente de soin. »

Ma recherche exploratoire se base sur une méthode descriptive de type qualitative grâce à des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'infirmiers exerçant en milieu carcéral.

Les témoignages recueillis, m'ont permis de prendre conscience que dans toute relation humaine, nul ne peut s'empêcher de porter un jugement sur l'autre. Dans le cadre de la relation de soin en milieu carcéral, le jugement de l'autre impacte inéluctablement la relation de confiance. Prise de recul et capacités relationnelles permettent aux soignants d'une part, de considérer le détenu à part entière et d'autre part, de conserver leur crédibilité comme professionnels de santé.

Mots-clés : Relation de soin - Milieu carcéral - Jugement - Vulnérabilité - Confiance

Références : MIGLIORINO, Roch-Etienne. *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer*. Éditions Masson, 2009. 87p
REIDER, Jean-Pierre. *Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé*. Revue Médicale Suisse Article, Juillet 2010, n°257, p1462-1465