



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La prison à l'hôpital: prendre en soin sans juger le patient une seconde fois

Formateur référent mémoire : MARCHADOUR Béatrice

CHAILLOUX Julie
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date: 2/05/2022



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études : *MIRSI*

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

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

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

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

Le 2/05/2022

Identité et signature de l'étudiant : Julie CHAILLOUX

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements:

Je tiens à remercier les formateurs m'ayant suivi tout au long de mon parcours à l'IFSI et ayant contribué à mon épanouissement dans les études.

Plus particulièrement, je remercie Gaël ROBIN, mon formateur référent, grâce à qui je suis arrivée au bout de mes études.

Je remercie ensuite Béatrice MARCHADOUR, ma référente de mémoire, pour ses conseils, son soutien et son suivi tout au long de ce travail de recherche.

Je tenais également à remercier ma famille, pour leur soutien et leur disponibilité.

Enfin, je remercie mes amis mais surtout Enzo BOUMAHDJ, Emilie LEMOINE, Marine Plédel, Cassandre JAHENY et Marine BEUVANT, sur qui j'ai pu me reposer pendant ces trois années de formation.

Sommaire

Introduction:	1
Le cheminement vers la question de départ	2
Cadre conceptuel	4
I-Le milieu carcéral et l’UHSI	4
1.1. Situation carcérale en France	4
1.1.1. Histoire de la santé dans le domaine pénitentiaire	4
1.2. Le service UHSI	5
1.2.1 - UHSI de Rennes	5
1.3. Être soignant à l’UHSI	6
II- Le passé judiciaire et ses représentations associées	7
2.1 définition du passé judiciaire	7
2.2. Les représentations sociales	8
2.2.1. Définition et fonctions	8
2.2.2. Représentations collectives et individuelles	8
2.2.3. Représentations sociales sur le milieu carcéral	9
2.3 Stéréotypes et préjugés	9
III-La relation soignant-soigné	10
3.1. Définition	10
3.1.1. Définition du mot relation	10
3.1.2. Définition de la relation soignant soigné	10
3.2. Les valeurs humaines	10
3.2.1. Valeurs fondamentales et universelles	10
3.2.2. Valeurs personnelles et dissonance cognitive	11
Analyse	13
Discussion	18
Conclusion	24
Bibliographie	25

Siglier

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

UCSA: Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UHSI: Unité Hospitalière Interrégionale

Introduction:

Actuellement étudiante en troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers du CHU Pontchaillou de Rennes, j'effectue aujourd'hui mon Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI).

Au cours de nos trois années de formation, nous avons pu bénéficier d'un cours animé par des infirmiers travaillant dans le milieu carcéral, nous présentant ainsi le métier et les différentes structures dans lesquelles nous pouvons exercer. C'est donc dans ce cours que j'ai entendu parler pour la première fois des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI). Curieuse de découvrir le milieu carcéral hospitalier et son fonctionnement, j'avais donc formulé le vœu de m'y rendre en troisième année. J'ai donc décidé d'écrire mon mémoire sur le thème soigner en milieu carcéral, car avant même de commencer mon stage, cela me posait réflexion. Le sujet découlant de ce thème est l'impact du passé judiciaire sur la relation soignant-soigné avec les patients-détenus. Il me semblait intéressant pour moi d'aborder ce thème et ce sujet, car j'ai été moi-même confrontée à cette réflexion pendant mes stages. D'un point de vue professionnel, il était important que je comprenne le processus se mettant en place lors de la connaissance du passé judiciaire et ses potentielles conséquences sur mes soins, car cela pourrait arriver à tout moment dans ma carrière. Ainsi, nous aborderons d'abord le milieu carcéral et l'UHSI, puis dans un second temps nous verrons le passé judiciaire et enfin, nous parlerons de la relation soignant soigné.

Le cheminement vers la question de départ

Ma première situation d'appel se déroule à ma deuxième semaine de stage. Lors de ce stage en unité de médecine pénitentiaire, je prends en charge un patient âgé d'une soixantaine d'années pour sa cure d'immunologie, qu'il effectue toutes les 3 semaines durant 4 jours.

Le jour où je le prends en soin, nous en sommes à son troisième jour d'immunothérapie. Je vais alors seule dans sa chambre pour changer le flacon de sa cure. Lors du soin, je discute avec le patient, qui me dit que cela fait plusieurs années qu'il fait cette cure pour sa neuropathie, et qu'avant, il la faisait chez lui avec son propre matériel, qu'il trouvait plus moderne et plus facile d'utilisation, ce qui permettait à lui et sa femme (infirmière) d'être autonomes et de ne plus avoir à se déplacer toutes les 3 semaines à l'hôpital. Dans ce service, on effectue un staff avec les médecins à 9h tous les jours, pour parler des problèmes du jour des patients, ainsi les médecins sont au point sur les patients avant d'aller faire leur visite du matin. Ce jour ci, après avoir posé le flacon, je vais donc dans la salle de soin pour le staff, et je commence mes transmissions au médecin. Je lui transmets donc ce qu'il m'a dit pendant le soin, ce à quoi il répond que le patient en question ayant tué sa femme, celui ci se retrouve en prison avec un moins bon matériel que chez lui. Je me retrouve alors hébétée, car je n'avais aucune notion du délit commis par ce patient. Au moment de retourner dans sa chambre après le staff pour vérifier si le patient avait bien géré le changement de débit, je ressens comme un malaise en entrant dans la chambre, et je n'ai plus osé discuter et rire avec lui comme je l'avais fait la fois précédente.

Ma seconde situation d'appel se déroule plus tard dans le stage, à ma cinquième semaine.

Je prend donc en charge un patient régulier du service, qui vient toutes les quatre semaines pour sa piqûre de chimiothérapie, et cela depuis plusieurs mois. Ce patient était quelqu'un que je connaissais de nom, en l'occurrence, les médias avaient beaucoup parlé de son affaire, je savais donc qu'il était emprisonné pour trafic de drogue conséquent. Au moment de rentrer dans la chambre pour faire le soin, je n'éprouve aucune difficulté à communiquer avec lui, je me sens plutôt à l'aise dans la relation malgré le fait que j'ai connaissance de ses délits. Les jours suivants, je le prend seule en charge sans difficulté et la relation soignant-soignée n'est pas impactée par ce passé judiciaire.

Au regard de ces deux situations d'appel, j'ai pu élaborer un questionnement: la relation peut-elle être touchée par le délit commis par le patient? Le délit commis par le patient-détenu influe-t-il sur l'impact que le passé judiciaire peut avoir sur la relation? Qu'est ce qui fait que la relation pourrait être impactée par ce passé? Il y a-t-il des facteurs entrant en jeu? Existe-il une "classification" des crimes? et si oui, sur quoi cela se base? Est-ce différent pour chacun ou est-ce universel?

En réfléchissant à toutes ces questions, j'ai cherché à prendre une question générale, pouvant envelopper tous mes autres questionnements dedans. J'ai donc décidé de plutôt me tourner vers l'impact que le délit commis peut avoir sur le soignant, car je trouvais cela assez général mais tout de même assez précis pour pouvoir en faire une question de départ. Après des échanges avec ma référente de mémoire, je me suis alors tournée vers la question *“En quoi la relation soignant soigné peut elle être impactée par la connaissance du passé judiciaire du patient soigné à l'UHSI?”*.

Par cette question de départ, je cherche alors à comprendre comment et pourquoi la relation peut être touchée par le passé carcéral du patient, par quel processus cela fonctionne et de quelle façon cette relation est touchée. De plus, je cherche à savoir si certains délits impactent plus que d'autres, si oui alors pourquoi, et est ce que cela est universel ou propre à chacun.

Cadre conceptuel

I-Le milieu carcéral et l'UHSI

1.1. Situation carcérale en France

1.1.1. Histoire de la santé dans le domaine pénitentiaire

Il y a encore peu de temps, les personnes détenues possédaient peu de droits concernant leur santé. L'accès aux soins n'était délivré jusque-là que par l'administration pénitentiaire, il n'y avait pas de place pour les soignants et donc pas de secret médical. C'est en effet la loi du 18 janvier 1994, qui transfère cette responsabilité au ministère de la santé. Les détenus sont désormais tous affiliés à la sécurité sociale. Ainsi, cela a permis de rendre comparable la qualité et la continuité des soins entre la population générale et la population incarcérée (De Jésus A, Brient C, Bouchard J-P dans la Revue de l'infirmière, 2018).

1.1.2. Etat des lieux des différents types d'unités sanitaires accueillants les détenus

De nos jours, on peut compter à ce jour 174 USMP (Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire, anciennement nommées UCSA) en France, soit un dans chaque établissement pénitentiaire . Ces unités sont au sein même de la prison et permettent aux détenus de consulter le personnel soignant à leur demande sur place ou de bénéficier de soin ne nécessitant pas d'hospitalisation (Ministère de la justice, 2014).

En nous intéressant à l'UHSI : Les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales, celles-ci ont pour fonction d'accueillir les personnes détenues lors de leur hospitalisation programmées de plus de quarante-huit heures. Les UHSI étant peu nombreux en France, lorsqu'il y a une urgence en prison, les détenus sont en première intention transférés dans l'hôpital ou l'établissement de soin le plus proche. Si l'hospitalisation se prolonge, ils peuvent donc ensuite être hospitalisés dans l'UHSI.

En effet, il en existe seulement 8 en France dans les villes suivantes: Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Rennes, Toulouse et Paris. Les UHSI entourent donc une large zone par exemple,

celui de Rennes prend en charge des patients de la Bretagne, la Basse-Normandie et les Pays de la Loire.

En 2018, on pouvait compter également 175 UCSA (unités de consultation ou de soins ambulatoires, au sein même de la prison), 154 chambres dans les hôpitaux de rattachements et 9 UHSA (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée), accueillant les détenus nécessitant une hospitalisation en unité psychiatrique (De Jésus A, Brient C, Bouchard J-P, 2018).

Il existe deux grands types de structures pénitentiaires: les maisons d'arrêts et les établissements pour peines.

Les maisons d'arrêts, au nombre de 81 en France, prennent en charge les détenus en détention provisoire ou ayant des peines dont la durée est inférieure à deux ans. Les établissements pour peines sont eux 98, composés de plusieurs structures: ils sont divisés en maisons centrales (6), centres de détention (25), centres de semi-liberté (9), en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent. Les centres pénitentiaires (58), établissements mixtes, comprennent au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale) (Viout, 2021)

En nous intéressant plus particulièrement à l'UHSI, nous remarquons que ce sont des unités récentes, elles ont été créées suite à l'arrêt du 24 août 2000, promettant un accès hospitalier, et ainsi prendre en charge dans de meilleures conditions les patients-détenus nécessitant une hospitalisation à long cours. Elles sont sous la responsabilité d'un praticien hospitalier et dépendent de l'hôpital auxquelles elles sont rattachées (De Jésus A, Brient C, Bouchard J-P, 2018).

1.2. Le service UHSI

1.2.1 - UHSI de Rennes

Concernant l'UHSI dans lequel j'ai fait mon stage, il dispose de 19 chambres, dont 2 aménagées pour les personnes à mobilité réduite. Ces chambres sont situées dans une coursive, séparée du reste de l'unité par une porte battante, qui doit rester fermée. Dans cette coursive, on retrouve également une grande salle de bain, la lingerie, le vidoir, la décontamination, mais aussi une bibliothèque à disposition pour les détenus et un accès à la cour de promenade. Derrière la première porte battante, on retrouve le poste de soin et en face, le poste de la pénitentiaire. Il y a également une salle de soin utilisée par les kinés pour la rééducation des patients, en dehors des entrées et sorties, c'est le seul endroit derrière la porte battante où les patients sont autorisés, toujours accompagnés, à se rendre.

La population accueillie à l'UHSI requiert une prise en soin adaptée. Ainsi, toutes les portes des chambres sont fermées à clef, et pour y accéder, il nous faut toujours la présence d'un surveillant, car seuls eux possèdent les clefs. Chaque surveillant peut ouvrir deux portes à la fois, s'il considère qu'il n'y a pas de contre-indications à le faire. Lors des soins, leur présence n'est pas requise dans la chambre: les surveillants sont généralement postés près de la porte, à l'extérieur.

Selon le degré de dangerosité du patient ou lors de cas exceptionnels, les surveillants peuvent être présents dans la chambre lors des soins ou des visites.

La courserie est séparée en deux secteurs, dans chaque secteur, au niveau de l'équipe, il y a une infirmière, une aide soignante et un surveillant.

Chaque personnel ayant accès à l'UHSI bénéficie, à son arrivée, d'un débriefing, soit par un membre de l'équipe pénitentiaire, soit par le référent sécurité de l'équipe paramédicale, sur la sécurité au sein du service. En effet, au vu des conditions particulières et de la population accueillie, les règles ne sont pas les mêmes que dans un service hospitalier habituel. Par exemple, l'une des ses règles consiste en le fait de ne pas donner son prénom ni celui de ses collègues, nous nous appelons alors par notre fonction ou par "collègue". Le tutoiement est également proscrit, tout comme les "familiarités" avec les détenus. Au niveau des tours dans les chambres, il faut vérifier que l'on n'ait rien oublié dedans (ciseaux, pinces etc...), les couverts sont vérifiés à chaque débarrassage et il est interdit pour les patients de garder de la nourriture. Certains effets personnels des patients, comme les cigarettes ou le tabac, sont gardés par la pénitentiaire, et donnés que lors des temps de promenade.

1.3. Être soignant à l'UHSI

Travailler dans ce secteur ne requiert pas de formation supplémentaire à la formation infirmière initiale, chacun peut y accéder après l'obtention du diplôme d'état infirmier.

Il est essentiellement dispensé des soins techniques de toutes sortes, car ce service ne concerne pas une spécialité en particulier, du relationnel mais également de l'éducation thérapeutique.

On peut se dire que travailler dans ce secteur requiert des qualités spécifiques comme la capacité d'adaptation mais aussi l'organisation, car il est important de bien hiérarchiser ses soins et surtout savoir les regrouper pour limiter les entrées et sorties dans les chambres. En effet, les règles de sécurité imposées par le milieu pénitentiaire font que l'organisation est différente d'un service dit "normal": les chambres des patients doivent être ouvertes par les surveillants, et chaque surveillant ne peut ouvrir que deux portes par secteur, soit 2/9 ou 10 chambres. Cela peut être très limitant, notamment lors des soins de la matinée, car en même temps, il y a les toilettes mais aussi le ménage des chambres. En conséquence, les soins sont regroupés pour limiter l'ouverture des chambres et les

aller-retour. L'organisation et l'adaptation sont également importantes lorsqu'il s'agit de préparer les patients pour les examens, car ils ne doivent pas être au courant de la date et l'heure précise, afin d'éviter les tentatives de fuite.

Enfin, on peut noter deux articles du code de déontologie des infirmiers (R4312-7 et R 4312-11): *“L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires.”*

“L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale”. Les patients-détenus sont donc traités comme les autres et ne doivent en aucun cas recevoir un traitement différent de celui donné aux autres patients.

Un des "challenges" de l'UHSI est de maintenir le secret professionnel et médical, régi par l'article R4312-5 du code de déontologie infirmier: *«Le secret professionnel s'impose à tout infirmier, dans les conditions établies par la loi. L'infirmier instruit les personnes qui l'assistent de leurs obligations en matière de secret professionnel »*, et cela malgré la présence permanente des surveillants.

Les surveillants, eux, sont également soumis au secret professionnel en ce qui concerne la partie pénale des patients, selon l'Article 10 du décret numéro 2010-1711 code de déontologie du service public pénitentiaire: *“Le personnel de l'administration pénitentiaire est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnels, dans les conditions prévues par les lois et règlements.”* (Légifrance, 2010).

II- Le passé judiciaire et ses représentations associées

2.1 définition du passé judiciaire

Ici, je définis le passé judiciaire du patient avant tout comme étant la cause de son emprisonnement. Cependant, cela pourrait être également de précédents crimes commis par le patient, ses “antécédents” judiciaires. Le terme judiciaire, lui, se définit comme étant quelque chose qui relève de la justice.

2.2. Les représentations sociales

2.2.1. Définition et fonctions

Les représentations sociales se définissent comme “une forme de connaissances socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d’une réalité commune à un ensemble social” (Jodelet, 2003). Ainsi, ce sont des schémas cognitifs qui nous permettent de penser, de nous représenter la réalité et d’organiser nos comportements. Les représentations se construisent grâce aux interactions collectives, cela permet de constituer des savoirs communs sur le monde permettant de nous positionner en régulant nos cadres de pensées et d’actions. (Moliner, 1996).

Ces représentations sont constituées à partir d’un noyau central qui reste stable ainsi que des éléments périphériques qui sont eux propres à chacun, de ce fait elles sont majoritairement subjectives.

Les représentations sociales ont plusieurs fonctions: elles servent à la compréhension du monde, à l’orientation de ses conduites ainsi qu’à les justifier et à constituer et préserver une identité psycho-sociale. Celles-ci sont influencées par l’histoire de vie, l’expérience et la culture et peuvent avoir une influence positive comme négative.

2.2.2. Représentations collectives et individuelles

Selon Durkheim, la différence entre les représentations collectives et individuelles se base sur “un facteur de variabilité au sein de la conscience”. Effectivement, les représentations individuelles sont basées sur la conscience de chaque personne et sont ainsi temporaires et oscillantes. Les représentations collectives quant à elles, proviennent de la société, elles sont donc objectives.

Les représentations collectives correspondent alors au noyau central, celles-ci sont liées à la mémoire collective et à l’histoire de la collectivité. Le noyau est stable et rigide, il résiste en effet au changement et ne change pas selon le contexte. Les représentations individuelles quant à elles sont tout le système périphérique gravitant autour de ce noyau. Ce système est constitué par les histoires et expériences individuelles, il est donc souple, évolutif et sensible au contexte actuel. Enfin, il permet de s’adapter à la réalité (Abric, 1994).

2.2.3. Représentations sociales sur le milieu carcéral

Les représentations sur le milieu carcéral et sa population sont souvent amenées via les médias, en effet, environ 66% des français ont déjà fait face à ces médias récemment avant le sondage.

Globalement, les français voient la prison comme un lieu qu'ils craignent, même s'ils savent qu'elle n'héberge pas que des personnes coupables d'homicides volontaires. La plupart des personnes interrogées sur leurs craintes à être incarcérés place en effet en premier la crainte de côtoyer des détenus, avant même la privation des libertés, malgré le fait qu'ils sachent que la majorité des incarcérations est liée à des crimes dépourvus de violence (Ministère de la justice, 2019).

Les français sont en général d'accord sur le fait que certains crimes sont plus condamnables que d'autres, comme les viols, la pédophilie et les meurtres, tandis que d'autres, dits "petits délits" sont jugés trop sévèrement punis, comme les vols, le trafic de stupéfiants et les délits routiers.

2.3 Stéréotypes et préjugés

Un stéréotype est défini par une représentation parfois imagée d'un ensemble de personnes, il peut être composé de traits positifs et négatifs. Il concerne les caractéristiques personnelles d'un groupe de personnes. Ces stéréotypes forment une homogénéité dans un groupe, car ils concernent l'ensemble de celui-ci, sans différence faite entre ses membres.

Le fait d'avoir des stéréotypes est automatique et inévitable, cependant, connaître un stéréotype ne veut pas dire que nous en sommes en accord avec et que nous l'utilisons. On peut également dire que leurs contenus sont souvent issus d'un apprentissage social. Tout ce phénomène de stéréotype est lié à un processus psycho cognitif nommé la catégorisation. Effectivement, la catégorisation mène à l'impression que les personnes d'un groupe social sont identiques, mais aussi au fait que son propre groupe social est meilleur qu'un autre. Les stéréotypes ont plusieurs fonctions, ils peuvent orienter nos pensées, expliquer nos attitudes et justifier nos prises de décisions. (Morchain P, 2019)

Le préjugé lui, est un jugement qui se fait sans connaissance du sujet ou de la personne. Celui-ci est basé sur les stéréotypes et peut être positif ou négatif et oriente nos opinions.

III-La relation soignant-soigné

3.1. Définition

3.1.1. Définition du mot relation

D'après le dictionnaire Le Robert en ligne, la relation se définit comme un lien de dépendance ou d'influence réciproque (entre personnes), c'est le fait de se fréquenter. On peut donc dire que la relation commence à partir du moment où nous ne sommes pas seuls et que nous rentrons en communication avec quelqu'un d'autre.

La communication est un aspect de la relation, elle est en effet définie par le dictionnaire en ligne Le Robert comme étant "le fait de mettre en relation". Les chercheurs en sciences sociales Shannon et Weaver ont décrit un modèle de la communication en 1948 (Annexe VI), selon eux, la communication nécessite un émetteur et un récepteur. Cet émetteur transmet le message au récepteur et celui-ci lui fait un feedback, on a alors la base de la communication.

Dans le soin, il existe plusieurs types de relation, positives ou négatives, entre le patient et le soignant. Ici, nous allons nous intéresser plus précisément à la relation soignant-soigné en général.

3.1.2. Définition de la relation soignant soigné

La relation soignant-soigné se caractérise comme "une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale." (Paillard, 2021).

Cette relation a pour but de joindre les efforts du patient et du professionnel de santé afin d'améliorer la prise en soin. Pour que cette dite relation soit optimale, il faut réunir trois attitudes de la part du professionnel: l'engagement personnel en considérant le patient sans jugement de valeur, l'objectivité et la disponibilité.

3.2. Les valeurs humaines

3.2.1. Valeurs fondamentales et universelles

Selon le modèle de Schwartz (1992,1996), les valeurs sont “des idéaux abstraits et principes guidant la vie”, celles-ci peuvent être individuelles ou collectives. Schwartz considère que l’agencement de ces valeurs est identique chez chaque individu, mais que cependant, les priorités de ces valeurs sont différentes.

Ces valeurs sont liées aux affects et s’appliquent à chaque situation, dans le domaine privé ou social. De ce fait, elles servent à évaluer ce qui est juste ou injuste, bien ou mal. Leur impact est majoritairement inconscient au quotidien, celles-ci deviennent conscientes lorsqu’il y a conflit entre plusieurs valeurs, nécessitant alors de choisir entre celles-ci. Du fait du sens de priorité des valeurs établie par chacun, ces valeurs guident ensuite nos actions dans la vie de tous les jours et servent également à justifier nos actions et nos choix.

Toujours selon Schwartz (1992), les valeurs humaines sont dotées d’une structure universelle correspondant à trois exigences de l’espèce humaine: besoins biologiques, coordination des interactions sociales et survivance / continuité dans une société. Schwartz met alors en évidence dix types de valeurs résultant de ces trois besoins qui sont: l’universalisme, la bienveillance, la tradition, la conformité, la sécurité, le pouvoir, l’accomplissement, l’hédonisme, la stimulation et l’autonomie.

Plusieurs chercheurs en psychologie sociale dont Schwartz ont ensuite revu ce modèle en 2012 afin d’ étoffer et préciser ces valeurs humaines, qui sont désormais au nombre de dix-neuf (Voir annexe VII).

En 2005, Wojciszke met en évidence que les personnes ont tendance à s’attacher davantage à la valeur de la moralité quand il s’agit d’autrui, et qu’à l’inverse, lorsqu’il s’agit de soi même, nous priorisons souvent la compétence, quitte à entacher un peu notre moralité. Selon lui, la moralité des personnes qui nous entourent aurait un impact considérable sur notre bien être, d’où son importance pour nous (Chataigné C, 2014).

3.2.2. Valeurs personnelles et dissonance cognitive

Les valeurs personnelles sont essentiellement définies par notre hiérarchisation des valeurs humaines. Du fait de nos croyances et nos priorités de valeurs, il peut parfois que l’on entre en dissonance cognitive. Selon Léon Festinger, psychologue et fondateur du concept, la dissonance cognitive est “la tension interne propre au système de pensées, croyances, émotions et attitudes (cognitions) d’une personne lorsque plusieurs d’entre elles entrent en contradiction les unes avec les

autres". Le terme dissonance cognitive peut également être utilisé pour évoquer "la tension qu'une personne ressent lorsqu'un comportement est en contradiction avec ses idées ou ses croyances" (Festinger, 1957).

La dissonance s'accroît d'autant plus que nos valeurs humaines prioritaires à nos yeux sont touchées, elle augmente également lorsque plusieurs d'entre elles sont touchées à la fois (Fointiat V, Girandola F, Gosling P, 2013).

Ainsi, dans le cas de ce mémoire, la théorie de la dissonance cognitive pourrait alors expliquer un potentiel impact sur la relation avec le patient.

Analyse

En complément de ce travail de recherche théorique, j'ai pu réaliser trois entretiens semi-directifs avec des infirmiers travaillant à l'UHSI. J'ai choisi ces trois profils tout d'abord car l'unité dans laquelle ils exercent est directement liée à mon travail de recherche et ensuite car ce sont trois professionnels avec des parcours et des anciennetés différents. En effet, l'IDE A travaille à l'UHSI depuis 2021, mais travaille également dans les UCSA des prisons. L'IDE B est arrivé très récemment à l'UHSI (octobre 2021), et l'IDE C travaille à l'UHSI depuis l'ouverture du service, c'est-à-dire en 2002. La prise de contact a été faite via la cadre de santé de l'unité d'abord par téléphone, puis par échanges de mails. C'était compliqué au début car je n'avais reçu aucune réponse de la part des infirmiers, j'ai donc dû relancer plusieurs fois par mail et solliciter des personnes ayant un contact avec des infirmiers de cette unité. En effet, mon sujet de mémoire ne portait que sur l'UHSI, et comme il n'en existe que 8 services en France, j'étais donc vraiment limitée niveau ressources pour ces entretiens. De plus, le service étant inaccessible sans autorisation spécifique, je n'avais aucun moyen d'aller voir les infirmiers sur place directement, je devais forcément passer par mail ou téléphone. Finalement, j'ai réussi à obtenir trois entretiens, que nous avons réalisés dans un autre service, dans des salles réservées pour l'occasion. Pour enregistrer, j'ai tout simplement utilisé l'application dictaphone sur mon téléphone, après avoir demandé l'autorisation aux intéressés.

Mon premier objectif lors de ses entretiens était tout d'abord de différencier un service dit "classique" du service de l'UHSI. Ainsi, on peut constater que les réponses majoritaires convergent vers le fait qu'il y a des différences notables entre un service hospitalier et l'UHSI. Une majorité de réponses dans cette catégorie est liée au milieu pénitentiaire. En effet, les trois IDE mentionnent les surveillants pénitentiaires et la collaboration avec eux, par exemple l'IDE A dit "on travaille avec les surveillants pénitentiaires", l'IDE B parle de "contrainte pénitentiaire qui derrière va impacter ton soin" et l'IDE C mentionne trois fois lors de sa réponse la "présence de la pénitentiaire". Il est également majoritairement ressorti, lors de ces entretiens, la question de la sécurité du milieu. Pour illustrer ce point, l'IDE A mentionne qu'il y a des "conduites à avoir et à ne pas avoir", que l'IDE B le mentionne également en disant "on a pas accès au lit du patient" et "on ne peut pas rentrer dans la chambre comme ça". L'IDE A parle aussi du fait qu'il existe au sein de l'équipe paramédicale un "réfèrent sécurité" et que dans l'UHSI, "la sécurité primera avant la santé". Ensuite, il a été abordé la question de l'intimité, l'IDE C nous dit que "les portes ne sont jamais vraiment fermées", ce que l'IDE A confirme, en disant que "le surveillant entendra forcément la conversation avec le patient, et nous dit même que parfois, en cas de renfort sécuritaire, il peut y avoir "des surveillants dans les

chambres". Une des différenciations décrite par les IDE est la population accueillie, soit ici, des personnes détenues. En effet, l'IDE B nous dit au début de sa réponse, que "la différence, c'est le patient qu'on va recevoir", quant à l'IDE A, elle nous parle de "personnes détenues, sous la main de justice". Enfin, il est cité par l'IDE C qu'il existe des informations que l'on ne peut pas dire aux patients "on ne peut pas leur dire pour certains examens" et également l'absence de famille: "on ne voit pas la famille".

Il est tout de même noté par l'IDE A et l'IDE C qu'il existe des similitudes avec les services classiques, comme les soins, décrits par l'IDE C comme étant "les mêmes soins que dans un service classique", et l'IDE A nous dit qu'elle "ne ferait pas différemment qu'avec un patient lambda".

Dans un deuxième temps, mon objectif était de savoir s'il existait un profil type en tant qu'IDE à l'UHSI: les potentielles contre-indications, les valeurs professionnelles, les qualités à avoir pour y travailler. Tout d'abord, les qualités professionnelles sont très présentes dans les propos des IDE A et B. L'IDE A parle "d'être calme", d'avoir une "ouverture d'esprit" ainsi que d'être "empathique", valeur que l'IDE B cite également. L'IDE A cite ensuite le fait d'avoir un bon positionnement professionnel, et nous dit qu'il faut "rester professionnel" et "on soigne peu importe ce qu'il s'est passé". Elle mentionne également la collaboration "travail d'équipe entre les deux secteurs". Ensuite, les trois IDE évoquent les qualités qu'ils pensent être importantes pour un(e) IDE exerçant dans ce milieu en parlant notamment en ciblant des valeurs personnelles. Par exemple, l'IDE A nous dit qu'il ne faut pas avoir "trop de préjugés", tandis que l'IDE B nous dit qu'il "faut se détacher de ce qu'on pense, de ses propres valeurs". L'IDE B et l'IDE C parlent ensuite de "prendre du recul", puis l'IDE B mentionne qu'il faut "être conscient des risques et de la population", mais également "être conscient du secret professionnel de l'UHSI". Enfin, seule l'IDE C mentionne les potentiels défauts d'un(e) IDE à l'UHSI et nous confie alors qu'il ne faut "pas être trop sensible", "pas être trop fragile" ou encore "il ne faut pas essayer de savoir, de faire sa curieuse".

Mon troisième objectif était de connaître les particularités de la relation avec un patient détenu. Il est revenu en majorité, par les trois IDE, que cette relation restait une relation soignant soigné classique, et le point le plus abordé est qu'il s'agit d'une relation professionnelle habituelle. Pour appuyer ses propos, l'IDE A dit "la relation, elle est pas si différente", l'IDE B nous parle de "relation soignant soigné", tout comme l'IDE B. Les IDE A et C parlent de relation de confiance entre soignant et soigné. On peut notamment noter ces mots de l'IDE A: "on crée une relation de confiance avec eux", et ceux-ci de l'IDE C: "relation de confiance". Néanmoins, les IDE A, B et C notent des divergences avec le milieu hospitalier classique, du fait du milieu sécurisé, ainsi la notion primordiale de la sécurité est beaucoup citée. Effectivement, l'IDE B nous rappelle que c'est "un service clos, ils (les patients) ne sont pas libres de leurs mouvements", ce que l'IDE C rejoint en disant "ils ne peuvent pas aller fumer comme ils veulent contrairement aux autres services". Enfin, les IDE A et C se

rejoignent sur le comportement des patients en mentionnant toutes les deux la frustration qu'ils peuvent ressentir: l'IDE A parle du fait qu'ils sont "intolérants à la frustration" et l'IDE C de "gens qui ont du mal à supporter la frustration".

Mon objectif suivant était de connaître les possibles préjugés des IDE sur le milieu carcéral, sa population et la prison en général. On peut alors constater que plusieurs préjugés ou aprioris sont exprimés par les soignants, et notamment ceux qui regroupent les idées sur le milieu sécurisé et isolé. L'IDE A et B nous font part du côté "inaccessible" de ce milieu: l'IDE A énonce un "milieu compliqué, peu de personnes pouvaient y accéder", que l'IDE B la rejoint en exprimant un "milieu différent au niveau des mouvements, renfermer, un petit peu à l'abri des regards". De plus, il est noté des préjugés par rapport au comportement des patients-détenus par l'IDE B, qui s'attendait à "soigner des gros méchants" et qui nous dit également qu'il "ne donnait le mot "patient"". L'IDE A quant à elle, mentionne qu'elle voyait dans ce milieu beaucoup d'autorité, que c'était "un peu comme à l'armée". Pour finir avec cette notion de préjugés et d'aprioris, l'IDE B mentionne l'influence des médias dans sa perception de ce milieu, et pensait que c'était "comme dans les séries, dans les films". Enfin, les IDE A et C expliquent le fait qu'elles n'avaient pas d'idées sur l'accès aux soins des patients détenus, l'IDE A dit "je ne savais pas qu'il y avait un service de soin à l'intérieur (de la prison)", et l'IDE C parle du fait qu'elle "ne s'était jamais posée la question "comment ça se passe pour soigner ces patients?"". D'un autre côté, les infirmiers racontent également le fait qu'ils n'avaient pas forcément de notion précise ou d'idée déjà construite de ce milieu. En effet, l'IDE A et l'IDE C se rejoignent sur le fait que ce milieu était une découverte, que l'IDE A exprime en disant "je ne savais pas à quoi m'attendre", tandis que l'IDE B dit qu'elle "ne savait même pas trop".

Lors des réponses à cette question, les trois IDE m'ont également fait part de ce qu'étaient devenues leurs représentations sur le milieu à l'heure actuelle. Il est essentiellement revenu que les patients-détenus étaient des patients traités comme les autres, et que le service de l'UHSI restait comparable avec un service d'hospitalisation classique. Pour appuyer ce point, l'IDE A nous dit "ça reste un service de soin où on fait des soins, on fait nos tours à la même heure.. y'a juste quelques particularités", les IDE B et C eux, insistent sur leur statut de patient égal à celui d'un autre patient, en disant respectivement "c'est des patients comme les autres" et "ils sont traités comme tout le monde". Ensuite, les IDE A et C rapportent que ces patients ont plutôt facilement accès aux soins contrairement à ce qu'elles pensaient, elles expriment alors "le service UCSA c'est comme un petit village... ils ont accès à plein de choses!" et "ils ont accès aux soins comme les autres parfois même plus facilement". Enfin, les IDE B et C nous font part de ce que sont devenues leurs représentations sur la population du milieu pénitentiaire. Ainsi, l'IDE B nous parle de l'aspect de la sécurité, et évoque "bon y'a la pénitentiaire, ils ont des temps pour aller fumer ou pour se promener dehors". L'IDE C

évoque, quant à elle, le fait que les patients sont moins dangereux que ce qu'elle pensait, et dit "je m'attendais à des gens plus agressifs".

En lien avec ma question de départ, j'ai cherché à connaître le ressenti des IDE lorsque celles-ci étaient dans une situation où elles ont été confrontées au passé judiciaire du patient. Celles-ci ont d'abord parler de comment elles avaient connaissance de leur passé judiciaire. Le biais de connaissance le plus cité est celui du patient, l'IDE A nous dit alors "ils nous en parlent", ce qui est rejoint par les IDE B et C, qui disent respectivement "il (le patient) évoque son passé" et "parfois ça leur arrive spontanément de dire". De plus, un des biais mentionné par l'IDE B est la diffusion par les médias. En effet, l'IDE A dit "on le lit dans l'actualité, dans les journaux", car "parfois les affaires sont médiatisées" (IDE B). L'IDE C les rejoint en disant "parfois, y'a les médias". Il arrive également parfois que le passé judiciaire se sache via la pénitencière, qui en parle à l'équipe soignante. Ce cas est évoqué par les IDE A et B: la première infirmière mentionne "on entend dans le couloir les surveillants qui en parlent", et la deuxième "les surveillants peuvent nous dire parfois". Il a aussi été remarqué par les infirmières qu'il était régulier de connaître le passé judiciaire des patients, cette régularité est soulignée par deux IDE, qui disent "c'est très souvent que j'ai connaissance du passé judiciaire" et "plus d'une fois même". Dans un second temps, les IDE évoquent différents types de réactions qu'ils peuvent avoir lors de la connaissance de ce passé carcéral. Il est revenu majoritairement que cette réaction peut être différente selon le type de crime commis par le patient, ainsi, l'IDE A dit "sur certaines affaires on reste humains, ça nous fait quelque chose", tandis que l'IDE B dit "parfois j'ai appris que certains avaient volés, honnêtement, ça me fait ni chaud ni froid". Néanmoins, les IDE ont également mentionné que la connaissance de ce passé, n'avait pour eux, pas de changement sur la prise en soin. Effectivement, on peut noter ces propos par les trois IDE : "moi le fait de savoir leur passé judiciaire n'influe pas du tout sur ma façon de soigner" (IDE A), "sans dire que ça a affecté mon soin" (IDE B), "après ça change rien à la prise en charge" (IDE C). Puis, les infirmières mentionnent la notion de la curiosité qu'elles associent à ce passé. Les IDE A et C s'opposent alors dans leurs propos: tandis que la première dit "c'est pas une information qu'on va rechercher", la seconde dit "alors parfois, j'avoue qu'une ou deux fois j'ai eu envie de savoir". Pour finir, une infirmière parle du fait de mettre de la distance. Ainsi, l'IDE B évoque "je mettais peut-être un peu plus de distance avec cette personne pour ma propre sécurité".

Suite à cette question, l'objectif suivant était de connaître le potentiel impact sur les soins que pourrait avoir la connaissance de ce passé judiciaire. On peut alors voir de la part des IDE un impact différent, selon la notion des valeurs de chacun. On peut noter que l'identification et l'impact sur les valeurs personnelles, que peut avoir ce passé judiciaire, sont évoqués majoritairement. On note donc ces propos de l'IDE A "tout dépend du passif personnel du soignant, voilà, on peut très bien s'identifier à une affaire" et ceux ci de l'IDE C "on pourrait être impactés". Les IDE notent

également de nouveau que l'impact est différent selon le type de peine commis, l'IDE A confie: "il y a des affaires qui nous touchent plus que d'autres", ce qui est rejoint par l'IDE B lorsqu'il exprime "pas les mêmes représentations avec des petites peines que des grosses peines". Pour finir dans cette catégorie, l'IDE A nous exprime les potentiels impacts sur les valeurs professionnelles des soignants, en disant qu'il serait possible de "manquer de compréhension, d'empathie". Dans un second temps, les IDE mentionnent une remise en question liée à leur sécurité après la connaissance du délit commis. Il revient en premier lieu une méfiance, exprimée par l'IDE B comme ceci "tiens il faut que je sois plus prudent", et par l'IDE C "on fait un petit peu plus attention". Enfin, l'IDE B note un questionnement suite à ces révélations et dit "tu peux te poser des questions je pense comparé à d'autres patients".

Discussion

Dans un premier temps, dans mon cadre théorique comme dans mon analyse, je me suis intéressée à la question des différences pouvant exister entre le service UHSI et un service d'hospitalisation lambda. On peut retrouver, dans le cadre théorique tout comme dans les entretiens avec les IDE, la notion du milieu pénitentiaire et de la sécurité qui en découle. J'ai en effet pu noter dans le cadre théorique les règles spécifiques qui m'ont été données ou que j'ai pu observer lors de mon arrivée en stage. Ainsi, on retrouve par exemple dans la théorie mais aussi dans les entretiens le fait de ne pas laisser le matériel en chambre et de tout vérifier avant de sortir de celle-ci. De plus, on retrouve aussi la contrainte des chambres fermées à clefs, qui doivent être systématiquement ouvertes par la pénitentiaire. Cette contrainte pénitentiaire, dans les règles de sécurité ou autre, a effectivement beaucoup été citée par les infirmiers, car c'est la première chose que l'on remarque et qui différencie ce service d'un autre. Pour ma part, il a été compliqué de m'adapter au fait de ne pas pouvoir accéder à la chambre du patient quand je le souhaite, c'est en effet toute une contrainte organisationnelle qui émane de ces règles sécuritaires. On voit aussi que la notion des examens est abordée dans les entretiens comme dans mon cadre théorique, car c'est également un des aspects de la prise en charge plutôt inhabituel. Il paraît évident en tant que soignant de prévenir son patient de ses différents examens à venir, pour que celui-ci puisse se préparer sereinement ou éventuellement prévenir ses proches. Dans le cas de la prise en charge d'un patient détenu, nous ne pouvons effectivement pas prendre ce risque, car cela accroîtrait la possibilité que celui-ci prévoit une tentative de fuite. C'est d'ailleurs assez frustrant de ne pas pouvoir les préparer et de les voir stresser de ne pas savoir, ou d'être dans l'attente permanente d'un examen.

Une des autres règles de sécurité m'ayant frappée dès le premier jour était le fait de ne pas pouvoir révéler son identité au patient, et ainsi d'appeler les autres soignants de l'équipe: "collègues" et la pénitentiaire: "surveillants". Pourtant, j'ai été étonnée qu'aucun des infirmiers n'ait pensé à en parler lors des entretiens, car c'est en effet peu commun: en stage, on nous dit toujours de nous présenter à tous les patients que nous voyons, ce qui, finalement, est une forme de politesse de la vie courante, et ce qui est plus facile également pour eux, pour pouvoir repérer les différents personnels les prenant en charge. Cela était tellement évident pour moi qu'au premier jour j'ai tout de même décliné mon identité au premier patient que j'ai vu, avant de me faire reprendre par un des infirmiers présents avec moi dans la chambre. Par ailleurs, pendant tout le reste du stage, j'ai éprouvé des difficultés à ne pas appeler mes collègues soignants par leurs prénoms lorsque je les mentionnais auprès d'un patient. Alors finalement, est ce par habitude de ces règles quotidiennes que cela n'est pas venu à l'esprit des infirmiers, pour qui tout cela est déjà bien ancré en tête?

Par ailleurs, il est revenu dans les entretiens la notion de la famille, que je n'avais pas réellement pensé à aborder dans mon cadre théorique, alors que pourtant, c'est assez évident lorsque nous sommes là-bas, car je n'ai réellement jamais vu de famille en dix semaines de stage. Il existe pourtant des parloirs dans l'unité, mais l'UHSI prenant en charge des patients venant de la Normandie jusqu'à la Sarthe, les familles se déplacent finalement peu pendant les hospitalisations, qui sont souvent courtes, nous avons donc rarement à les prendre en charge, comme nous le faisons habituellement. Enfin, il a également été abordé, en termes de différences, la question de l'intimité. C'est quelque chose dont je n'ai également pas abordé, mais qui découle finalement du fait qu'un surveillant soit régulièrement posté devant les chambres lorsque nous entrons, et que les portes de celles-ci soit rarement fermées. En conséquence, les conversations entre soignant et soigné sont souvent entendues par les surveillants, ce qui peut, comme cela a été dit dans les entretiens faire que "les patients n'osent pas tout nous dire" (IDE A). Cela est également impactant pour le secret professionnel, car les surveillants doivent rester en dehors du médical et ne savoir que le strict minimum (entrée, sortie, motif et temps d'hospitalisation). Malgré toutes ces différences notées par ces trois infirmiers, ceux-ci mettent tout de même un point d'honneur, et ce, tout au long de leurs entretiens, à rappeler qu'en aucun cas, le soin est remis en cause et donc, qu'ils ne feraient jamais différemment qu'avec un patient dans un service classique.

Dans un second temps, j'ai abordé les qualités des infirmiers travaillant dans ce domaine, car je pense qu'en effet, tout le monde ne peut pas le faire. J'ai donc abordé l'organisation et la capacité d'adaptation, en lien avec les règles de sécurité citées précédemment, qui ne sont pas reprises par les infirmiers. Par contre, ils me citent d'autres valeurs professionnelles, comme la patience, la négociation, le fait de ne pas avoir trop de préjugés, l'empathie et l'ouverture d'esprit. Le passé judiciaire, étant finalement omniprésent dans le service malgré que nous, soignants, ne devons pas le savoir, faisons que nous devons également "prendre un certain recul" et "être conscient des risques et de la population" (IDE B) si nous voulons travailler dans de bonnes conditions, pour nous comme pour le patient. Enfin, en termes de compétence, on nous parle aussi du travail d'équipe, car nous devons collaborer avec la pénitencière en permanence, vu que nous ne pouvons pas accéder aux chambres et faire nos soins sans leur présence.

A contrario, si on reprend les propos de l'IDE C, celle-ci nous parle de "contre indications" pour faire infirmière dans ce milieu. C'est d'ailleurs la seule qui en parle. Selon elle, il ne faudrait pas être trop fragile, ni trop sensible. Il ne faut également pas être trop curieux, car si nous n'avons pas accès au passé judiciaire, il ne faudrait pas être tenté de le trouver soit même, car il est en effet très facile de retrouver la trace de celui-ci en demandant ou en faisant une recherche internet. Tout cela peut être mis en lien avec le code déontologique, dont j'ai parlé dans mon cadre théorique, qui rappelle que nous devons soigner tout le monde sans discrimination. Une des infirmières a également repris ce

point, en parlant de positionnement professionnel: "on soigne peu importe ce qu'il s'est passé". Finalement, est ce plus facile de soigner lorsque nous ne connaissons pas ce passé?

Ensuite, je me suis intéressée à la relation créée entre le soignant et le patient-détenu. Dans mon cadre théorique, j'ai tout de suite parlé de la relation soignant-soigné car c'est ce qui me paraissait le plus évident. La personne soignée à l'UHSI est avant tout, pour nous soignant, un patient avant d'être un détenu, d'ailleurs si l'on reprend la définition de la relation soignant soigné: "*La relation soignant-soigné se caractérise comme "une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale."*", nous pouvons dire que nous sommes en plein dedans sans aucun doute, et c'est d'ailleurs ce qui a été repris par les infirmiers également. Les infirmiers ont mis un point d'honneur sur le fait que la relation était habituelle, comme dans un autre service, ou avec un patient sans passif carcéral, les mots "relation soignant soigné" ont d'ailleurs été cités deux fois, par deux des infirmiers. Les infirmiers ont également abordé la relation de confiance, dont moi je n'ai pas parlé dans mon cadre théorique. En effet, les deux infirmières ayant cité ce point m'ont parlé du fait qu'à l'UHSI, c'est très souvent que les patients reviennent régulièrement, dans la continuité de leurs soins, de ce fait, cette confiance mutuelle se crée entre le soignant et le soigné assez facilement. Néanmoins, il arrive des fois où cette confiance ne se crée pas avec le patient, selon son comportement. Effectivement, il y a certains patients qui sont très intolérants à la frustration, et c'est la relation qui en est impactée, cela a été abordé par les infirmiers également. La frustration peut être récurrente, car pour certains, ils ne viennent pas nécessairement de leur plein gré à l'UHSI, car ils sont "moins libre" qu'en prison, du fait des heures de promenade pour fumer, ou de l'enfermement dans leur chambre 23h/24, ce qui peut faire monter la pression plus facilement. On peut donc dire que les règles imposées par la sécurité du milieu carcéral ne sont pas toujours aidantes dans la relation soignant-soigné.

Dans ce travail, il m'a paru important d'aborder les représentations, les préjugés que nous pouvons avoir sur le milieu carcéral au quotidien. Personnellement, ma vision de la prison en général a été beaucoup véhiculée par les médias, car la majorité des reportages sur les prisons n'en montre pas une très bonne vision: patients très dangereux, violence, rébellion, privation de liberté... Hors aujourd'hui, nous savons que les médias ont une influence considérable sur chacun d'entre nous et ainsi, nos représentations et préjugés peuvent être alimentés facilement par ce biais. D'ailleurs, on peut remarquer lors de l'analyse que l'IDE B soutient également ce point et nous dit "comme dans les séries, dans les films", pour parler de ses représentations. Il nous parle aussi de "gros méchants", de la dangerosité des patients et du milieu. C'est également ce que j'ai retrouvé lors de mes recherches, dans ma partie sur les représentations sur le milieu carcéral. En effet, les Français interrogés craignent surtout la dangerosité du milieu, malgré que la plupart sache dire qu'il n'y a pas que des délits

majeurs présents dans l'enceinte de la prison. Les représentations sociales collectives, les préjugés et les stéréotypes sur ce milieu reste très présent, et il est indispensable de s'en détacher pour soigner dans de bonnes conditions.

Par les médias, il est rare de voir un reportage où on nous montre le côté soin de la prison, la prise en charge médicale des patients, je n'avais en aucun cas connaissance des UHSI avant de bénéficier d'un cours par les infirmiers y travaillant lors de ma formation. Il est aussi revenu de la part des infirmiers qu'ils ne savaient pas que les patients-détenus avaient un accès aux soins aussi large et aussi proche de leur lieu de vie finalement (UCSA dans la prison même). Une des infirmières confie même qu'elle ne s'était "jamais posée la question "Comment ça se passe pour soigner ces patients?"". Enfin, les infirmiers expliquent également que finalement, ils y sont allés sans trop d'attente ni d'a priori, ne connaissant pas le service de l'UHSI avant d'y mettre les pieds.

J'ai ensuite cherché à savoir ce qu'étaient devenues ces représentations à l'heure actuelle, après avoir mis les pieds dans ce milieu et y travailler au quotidien. Finalement, les infirmiers notent que c'est un service normal, que les patients sont traités comme tout le monde, qu'ils ne font aucune différence, si ce n'est les particularités liées à la sécurité, et la présence de la pénitencière. La notion de l'accès aux soins plutôt facile revient, tout comme le comportement des patients, qui s'avèrent "moins agressifs" que ce qu'ils pensaient.

Afin d'entrer un peu plus dans le vif du sujet de mon mémoire, je me suis interrogée sur le ressenti des infirmiers lorsqu'ils avaient été face à une situation où ils ont connu le passé judiciaire de leur patient. Les infirmiers m'ont alors d'abord parlé de la régularité de la chose. Il est en effet assez fréquent de connaître les délits commis par les patients-détenus admis dans l'unité, malgré le fait que nous ne devrions pas, et pour cela, il existe plusieurs façons de le savoir, qu'ils me racontent aussi. Tout d'abord, il y a les médias, encore une fois. De nos jours, nous avons tous un téléphone, un ordinateur ou une télévision nous permettant de lire des articles, ou regarder des émissions. Cependant, les grosses affaires sont toujours très médiatisées, donc finalement, sans le vouloir, nous pouvons tomber dessus, ou alors avoir un patient qui regarde son propre jugement à la télé. D'ailleurs, les patients eux-mêmes sont un biais de connaissance de ce passé car par exemple, parfois, ils ressentent le besoin de se justifier, de dire qu'ils n'ont rien fait de grave pour être emprisonné, ou alors, ils ont juste besoin de se confier à quelqu'un, ou tout le contraire, de se vanter. Enfin la pénitencière est un moyen de connaître ce passé aussi, parce qu'ils en parlent, ou que pour notre sécurité, surtout celle des étudiants, ils décident de révéler des éléments. A cela j'ajouterais que finalement, l'équipe soignante est également source de connaissance de ce passé, car lorsqu'ils prennent en charge un patient connu par l'équipe et dont ils connaissent le passé judiciaire, ils peuvent en parler et cela devant des personnes de l'équipe, comme les étudiants, qui n'étaient pas au courant, et c'est comme cela qu'une de mes situations d'appel est née. Après tout cela, les infirmiers

abordent les types de réactions qu'ils ont pu avoir, comme mettre de la distance avec le patient. Mais finalement, tout dépendra surtout du comportement qu'aborde le patient, car si celui-ci n'était que dans une démarche de confiance, c'est différent que s'il se vantait de ses faits et gestes, et n'aurait aucun remords à tout recommencer... bien que, tout dépend aussi du délit commis. L'IDE B dit "parfois, j'ai appris que certains avaient volés, honnêtement, ça ne me fait ni chaud ni froid", et cela est compréhensible selon moi, car cela touche au matériel, pas vraiment à la vie humaine, il n'y a rien de dangereux pour nous ou pour les autres dans cet acte. Cela rejoint la notion des valeurs fondamentales et personnelles, que nous aborderons après. Enfin, les IDE rappellent de nouveau que cela n'a pas d'incidence réelle sur leur prise en soin, qu'aucunement cela a affecté leur façon de soigner, ou leur relation avec le patient.

Malgré tout, j'aborde ensuite le potentiel impact de ce passé judiciaire sur le soin, objectif auquel les IDE ont déjà partiellement répondu à l'objectif d'avant, mais auquel je peux malgré tout rajouter des données avec cette nouvelle question. Malgré le fait que les infirmiers affirment que leur soin ne changeait pas, ici, ils m'ont finalement parlé des sentiments que cela pouvait leur procurer, comme le questionnement, ou encore la méfiance que le comportement du patient peut créer. Par exemple, dans le cas de l'infirmière, elle a prévenu ses collègues en leur demandant de se méfier, ou, lorsque j'étais en stage, j'ai eu une fois où les IDE ne voulaient pas que j'aie seule dans la chambre, donc une fois, exceptionnellement, un surveillant a dû rentrer dans la chambre, par sécurité. De plus, la notion des valeurs revient de nouveau, lorsqu'on parle de la différence qui peut être faite selon la peine et le délit commis par les patients. Ainsi, les soignants décrivent une forme d'identification du soignant au patient et à sa peine, que je décris également dans la partie théorique. On peut facilement se dire que des peines seront plus touchantes que d'autres pour quelqu'un, selon son passif personnel, les valeurs personnelles, mais aussi les valeurs fondamentales humaines. Pour appuyer ce point, actuellement, je pense qu'il est difficile de concevoir que quelqu'un touche à un enfant par exemple. Difficile également de se dire que le viol et les violences conjugales soit acceptables. Ainsi, se détacher ou faire abstraction de ses valeurs semble essentiel pour travailler dans de bonnes conditions dans ce milieu.

Finalement, j'ai cherché à trouver des critères qui, selon les soignants, pourraient impacter la prise en soin, puisque jusqu'ici, très peu voire aucun ont été cités, si ce n'est le comportement du patient.

Ce que je peux voir, au regard de mes recherches, c'est que finalement, du côté des soignants interrogés, je n'ai pas beaucoup d'éléments de réponses. Je retiens essentiellement que l'impact que ce passé peut avoir sur la relation soignant soigné repose sur la question des valeurs humaines et personnelles, et donc, qu'il existe une variable entre chaque soignant. Cet impact peut également être plus ou moins fort selon le passif et l'histoire du soignant, qui peut s'identifier, à son insu ou non,

au patient ou à son délit. Je peux également noter que, selon les soignants, l'impact sur la relation soignant-soigné sera plus fort selon le comportement du patient, plutôt que son passé judiciaire en lui-même. En effet, si deux patients ont commis les mêmes crimes, que ceux-ci sont connus des soignants, mais qu'un des deux est calme et que l'autre est plutôt perturbateur, vantard et malveillant, alors la relation avec le premier ne serait pas impactée, tandis que celle avec le second en pâtirait plus. De plus, si je prend en compte le fait que j'ai interrogé 3 infirmiers de l'équipe de l'UHSI, je peux voir qu'en majorité, cette équipe ne note pas d'impact sur leurs relations avec les patients-détenus, et cela malgré le fait qu'ils remarquent régulièrement leurs motifs d'incarcération. Sachant que ces trois infirmiers avaient des anciennetés dans le service différentes, avec des expériences précédentes dans des services classiques, ainsi que des années d'obtention du diplôme divergentes, on remarque alors qu'aucun de ces trois facteurs ont des impacts sur les ressentis des soignants.

Après ce travail de recherche, je pense que ma question de recherche définitive serait plutôt:
“Comment le comportement du patient-détenu peut-il avoir un impact sur la qualité de la relation soignant-soigné?”

Conclusion

Pour conclure, la relation peut être impactée par ce passé judiciaire, mais cela dépend de plusieurs facteurs, notamment la nature du délit commis, les valeurs et le passif du soignant. En effet, certains délits touchent plus les soignants que d'autres, car ceux-ci font écho à des valeurs personnelles ou universelles. Les soignants peuvent également s'identifier à ce passé, selon leurs propres expériences de vie. De plus, on peut également dire qu'au niveau de l'expérience des infirmiers, le passé judiciaire n'a eu que très peu d'effets négatifs sur leur relation avec les patients-détenus. Finalement, pour eux, l'impact sur la relation serait plutôt relié au comportement du patient plutôt qu'à son passé judiciaire, car le comportement peut vite engendrer de la méfiance de la part des soignants.

Ce travail de recherche m'a permis de mieux comprendre les processus associés à l'impact que le passé judiciaire pouvait avoir sur ma prise en soin ou non. Pour ma future pratique professionnelle, j'ai pu comprendre qu'il était bénéfique de ne pas chercher à connaître le passé judiciaire, afin de ne pas influencer sur mon soin. Si cela arrivait tout de même, les règles de sécurité étant là pour nous protéger, je devrais faire abstraction et prendre du recul afin de prodiguer des soins de qualité à mon patient.

Tout au long de l'année j'ai pu construire ce travail, non sans difficultés. Ce fut une expérience enrichissante, qui m'a permis de connaître mes limites professionnelles dans la prise en soin d'un patient. J'ai rencontré quelques difficultés à mettre en mots ce mémoire et à rester concentrée dessus malgré les cours, les partiels et les stages. De plus, trouver des entretiens dans le cadre d'un sujet aussi précis fut également une quête, car la sécurité du milieu ne me permettait pas de me rendre sur place pour solliciter les infirmiers.

Bibliographie

- Ouvrages:

Chataigné, C. (2014). Psychologie des valeurs. De Boeck supérieur.

Fointiat,V; Girandola, F; Gosling, P (2013). Dissonance cognitive, quand les actes changent les idées. Armand Colin.

Paillard C (2021). Dictionnaire des concepts en sciences infirmières (5e édition). Setes.

Bouchard, J-P; Brient, C; De Jésus, A (2018). Soins aux personnes détenues. *La revue de l'infirmière*, numéro 246, pages 16 -18.

- Pages webs:

Alderson,M; Saint-Jean, M; Therriault, P-Y; Rhéaume, J; Ruelland, I; Lavoie M (2013). *La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients*. [La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients | Cairn.info](#)

Dissonance cognitive. (2022, mars). Dans Wikipédia. [Dissonance cognitive — Wikipédia](#)

Le Robert (2022, Janvier). *Définition de la relation*.

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/relation>

Ministère de la justice (2021, septembre). *Les structures pénitentiaires*. [Justice / Portail / Les structures pénitentiaires](#)

Ministère de la justice (2014, juillet). *La santé*. [Justice / Portail / La santé](#)

Simon, L; Warde, L (2019, septembre). *Représentations des français sur la prison*. [Représentation des Français sur la prison](#)

- Texte législatifs:

Légifrance (2010, décembre). *Code de déontologie du service public pénitentiaire*. [Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant code de déontologie du service public pénitentiaire - Légifrance](#)

Légifrance (2000, août). *Arrêté relatif à la création des unités hospitalières interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000583783/>

- Cours:

Morchain P (2019), *Perception du monde et d'autrui*, UE 1.1 S1

Annexes

Annexe I:

Guide d'entretien

Présentation (temps d'entretien, sujet, enregistrement, anonymisation)

Question 1: Qu'est ce qui différencie une prise en soin à l'uhsi et dans un service dit classique?

Relance: quels différences (organisation, patient..) pouvez vous noter entre un service classique et l'uhsi

Objectif: connaître les différences entre ces services selon le soignant

Question 2: Pensez vous qu'il y ait un profil plus adapté pour travailler dans ce service ? Quel type de personne y serait plus à sa place ?

Relance: Il y a t il selon vous des profils qui ne serait pas capable d'y exercer? Il y a t il des valeurs à avoir ou non pour y travailler?

Objectif: connaître la personnalité et les qualités à avoir en tant que soignant à l'uhsi, les contre indications et les valeurs soignantes / professionnelles

Question 3: Quelle relation se créée entre le patient - détenu et le soignant ? (quel type de relation est il possible d'avoir entre le soignant et le patient-détenu)

Relance: il y a t il des particularités ou des différences dans cette relation contrairement à celle que vous auriez avec un patient dit lambda?

Objectif: Connaître les particularités de la relation soignant soigné avec un patient détenu (pas de nom, pas de vie privée, sujets de conversation à éviter ...)

Question 4: Avant d'entrer dans ce milieu, à quoi vous attendiez-vous en travaillant dans le domaine carcéral?

Relance: Qu'est ce que vous imaginez lorsqu'on parlait de prison/ de détenu avant d'y mettre les pieds? et finalement ?

Objectif: connaître ses représentations sur la population et/ou le milieu en général

Question 5: Lorsque je suis allée en stage, l'une des premières choses qui m'a été dite, c'est qu'on ne devait et ne pouvait pas savoir le passé judiciaire des patients...

Auriez vous une situation à me décrire dans laquelle vous avez eu connaissance de ce passé ?

Relance: dans votre parcours à l'uhsi, avez vous rencontré une situation où vous avez su malgré vous le passé judiciaire du patient ? Comment l'avez-vous ressenti?

Objectif: connaître son ressenti lors d'une situation où elle a été face à un passé judiciaire , connaître comment elle l'a vécue

Question 6: selon vous, qu'est ce que cela change dans la prise en soin lorsqu'on connaît le passé judiciaire de son patient ?

Relance: il y a t il une différence dans la prise en soin lorsqu'on connaît le passé judiciaire du patient?

Objectif: connaître son point de vue sur la connaissance du passé judiciaire, si cela a un impact sur sa prise en soin

Question 7 (bonus): (si non) Ce passé judiciaire pourrait avoir un impact sur la prise en soin?

Relance: quels critères font que finalement, pour vous, la prise en soin pourrait changer ou non face à ce patient?

Objectif: faire un lien avec les valeurs professionnelles et/ou personnelles du soignant et sa prise en soin d'un patient détenu

Merci d'avoir pris du temps pour cet entretien

Annexe II:

Analyse des entretiens

Objectif: Connaître les différences ou ressemblances entre l’UHSI et un service lambda

Idées/ Thèmes	Différences notables par rapport à un service classique						Similitudes à un service classique	
	milieu pénitencier	personnes détenues	la sécurité du milieu	absence de famille	informatiques "secrètes"	intimité	secret professionnel	soins
IDE A	<p>“c’est le milieu pénitencier”</p> <p>“on travaille avec les surveillants pénitenciers”</p> <p>“on travaille en collaboration avec eux”</p> <p>“il faut pas oublier qu’on est dans un milieu pénitencier”</p>	<p>“personnes détenues sous la main de justice”</p>	<p>“on a des règles de sécurité”</p> <p>“référént sécurité”</p> <p>“conduites à avoir / les conduites à ne pas avoir”</p> <p>+ex</p> <p>“on peut se faire reprendre par les surveillants”</p> <p>“fin ça arrive de se faire reprendre par les surveillants s’il y a qqch qui va pas ou même s’il sene eux que</p>			<p>“le surveillant entendra forcément la conversation avec le patient”</p> <p>“au niveau respect de la pudeur au essaye au maximum de la respecter”</p> <p>“renfort sécuritaire , surveillants dans la chambre”</p> <p>“les</p>	<p>“secret professionnel/ le secret est quand même la”</p> <p>“on est tenu au secret partagé”</p> <p>“on a pas a savoir le passé judiciaire”</p>	<p>“je ferais pas différemment que je ferais avec un patient lambda”</p>

			la pression monte” “la sécurité primera avant la santé”			patients n’osent pas tout nous dire”		
IDE B	“collaboration avec l’administration pénitentiaire” “contrainte pénitentiaire derrière qui va impacter ton soin”	“la différence c’est le patient que tu vas recevoir [...] ils sont incarcérés...”						
IDE C	“présence de la pénitentiaire” “à part la présence de la pénitentiaire” “la présence de la pénitentiaire”		“on ne peut pas rentrer dans la chambre comme ça” “on a pas accès au lit du patient”	“on ne voit pas la famille”	“on ne peut pas le prévenir par exemple” (pour les examens) “on ne peut pas leur dit comme je te dis certains examens”	“la porte est jamais vraiment fermée”		“Sinon les soins en eux même.. on fait des soins” “on fait les mêmes soins que dans un service classique”
Nombre d’items	9	2	9	1	2	5	3	3

Objectif: Connaître les qualités/ la personnalité d'un IDE à l'UHSI, les contre indications et les valeurs professionnelles.

Idées analogiques /Thèmes	Qualités				Qualités pro			Contre-indications
	prendre du recul	avoir conscience	secret pro	valeurs personnelles	valeurs professionnelles	collaboration/ travail en équipe	positionnement professionnel	
IDE A				<p>“pas trop de préjugés”</p> <p>“être très patient”</p> <p>“toujours dans la négociation”</p>	<p>“assez calme”</p> <p>“empathique”</p> <p>“accepter les remarques”</p> <p>“ouverture d'esprit”</p>	<p>“travail d'équipe entre les deux secteurs” (pénit)</p>	<p>“rester pro malgré le passé judiciaire”</p> <p>“on soigne peu importe ce qu'il s'est passé”</p> <p>“rester professionnel”</p>	défauts
IDE B	<p>“être capable de prendre un certain recul par rapport à la population”</p>	<p>“être conscient des risques et de la population”</p>	<p>“être conscient du secret pro de l'UHSI”</p>	<p>“pour certaines personnes ça peut être compliqué de se dire qu'on va aller soigner un voleur.. un violeur...”</p> <p>“se détacher de ce qu'on</p>	<p>“empathique”</p>			

				pense, de ses propres valeurs”				
IDE C	“avoir un petit peu de recul”							“il ne faut pas essayer de savoir, de faire sa curieuse” “pas être trop sensible” “pas être trop fragile”
Nombres d’items	2	1	1	3	4	1	3	3

Objectif: Connaître les particularités de la relation avec un patient détenu.

	Relation soignant-soigné		Un milieu sécurisé	
Idées Analogiques/ thèmes	relation habituelle	connaissance des patients	comportement des patients	sécurité
IDE A	“la relation elle est pas si différente, en tout cas à l’UHSI”	“les patients on les connaît, c’est des patients qui reviennent assez régulièrement” “relation de confiance” “on crée une relation de confiance avec eux”	“avec certains c’est un peu compliqué car très intolérants à la frustration”	

<p>IDE B</p>	<p>“une relation je pense par contre, comme dans les autres services”</p> <p>“ils nous voient comme des soignants, comme un autre patient dans un autre service pourrait voir un soignant”</p> <p>“relation soignant soigné”</p>			<p>“service clos, ils ne sont pas libres de leurs mouvements comme ils veulent”</p> <p>“ils savent qu’on a des contraintes fixées par la pénit”</p> <p>“on peut avoir certaines barrières”</p>
<p>IDE C</p>	<p>“Mêmes relations que dans les autres services”</p> <p>“on était comme avec les autres patients”</p> <p>“relation soignant soigné”</p>	<p>“ils nous connaissent, donc ils sont relativement confiant”</p> <p>“ils nous font quand même assez confiance”</p> <p>“relation de confiance”</p>	<p>“des gens qui ont du mal à supporter la frustration”</p>	<p>“ils ne peuvent pas aller fumer comme ils veulent contrairement aux autres services”</p> <p>“la pénitenciaire trouvaient qu’on était trop gentils”</p> <p>“je trouvais qu’on parlait pas assez de l’extérieur (...) on est un peu limité dans nos conversations”</p>
<p>Nombre d’items</p>	<p>7</p>	<p>6</p>	<p>2</p>	<p>6</p>

Objectif: Connaître les représentations des soignants sur la prison et sa population avant d’y entrer

	<p>Préjugés/ aprioris</p>	<p>Pas de</p>
--	----------------------------------	----------------------

						notions
Idées analogues/thèmes	milieu isolé et sécurisé	autorité	influence des médias	comportement du patient	Pas d'idées sur l'accès aux soins	découverte du milieu
IDE A	<p>“on s’imagine que c’est quelque chose de très sécurisé”</p> <p>“un monde inaccessible”</p> <p>“milieu compliqué, peu de personnes pouvaient y accéder”</p>	<p>“un peu comme à l’armée! qu’ils devaient se lever le matin”</p> <p>“que c’était l’autorité un peu”</p>			<p>“je ne savais pas qu’il y avait un service de soin à l’intérieur”</p> <p>“j’avais pas du tout connaissances que les personnes détenues pouvaient avoir autant accès aux soins”</p>	<p>“je ne connaissais pas du tout le milieu”</p> <p>“j’en avais jamais entendu parler”</p> <p>“je ne savais pas à quoi m’attendre”</p>
IDE B	<p>"milieu différent au niveau des mouvements, renfermer, un petit peu à l'abri des regards"</p>		<p>“comme dans les séries, dans les films” (peu de lien avec le fait qu’ils ne connaissent pas l’ucsa car pas de relais de ca)</p>	<p>“soigner des “gros méchants””</p> <p>“milieu dangereux”</p> <p>“comportement, dangerosité des patients”</p> <p>“je ne donnais pas le nom “patient””</p>		
IDE V	<p>“moins de</p>				<p>“je ne</p>	<p>“je ne</p>

	liberté”				savais pas qu’il y avait des unités sanitaires à l’intérieur” “je m’étais jamais posée la question “comment ça se passe pour soigner ces patients?””	savais même pas trop” “aucune crainte”
Nombre d’items	5	2	1	4	4	5

Objectif: connaître ce que sont devenues ces représentations

	Des patients traités comme les autres		La population du milieu pénitentiaire	
Idées/ thèmes	comparable avec service normal	accès aux soins facile	sécurité	des patients moins dangereux
IDE A	"ça reste un service de soin où on fait des soins, on fait nos tours à la même heure.. y'a juste quelques particularités"	le service UCSA c'est comme un petit village...ils ont accès à plein de choses!"		
IDE B	"tu les vois comme des patients soignés, comme un tout à chacun"		"on en a toujours conscience, pour sa propre sécurité"	

	“c’est des patients comme les autres”			
IDE C	“ils sont traités comme tout le monde” “ils sont vraiment soignés exactement comme les autres patients”	“ils ont accès aux soins comme les autres parfois même plus facilement” “accès aux soins assez facile”	“bon y’a la pénitencier, ils ont des temps pour aller fumer ou pour se promener dehors”	“je m’attendais à des gens plus agressifs” “je m’attendais quand même à d’autres réactions”
Nombre d’items	5	3	2	2

Objectif: Connaître le ressenti des IDE lors d’une situation ou ils ont été face au passé judiciaire

	biais de connaissance du passé				Types de réactions			
Idées/thèmes	régularité	connaissance via le patient	connaissance via les médias	connaissance via la pénitencier	curiosité	Mettre de la distance	différent selon le crime	pas de changement sur la prise en soin
IDE A	“c’est très souvent que j’ai connaissance du passé”	“ils nous en parlent”	“on le lit dans l’actualité, dans les journaux”	“on entend dans le couloir les surveillants qui en parlent”	“c’est pas une information qu’on va rechercher”		“sur certaines affaires on reste humains, ça nous fait quelque chose” “une personne normale, ça lui	“moi le fait de savoir leur passé judiciaire n’influence pas du tout sur ma façon de soigner” “on prend

							fera forcément quelque chose”	sur nous, on est la pour les prendre en soin, ils sont déjà jugés par la justice”
IDE B	“plus d’une fois même”	“soit par le patient lui même”, “se vanter”, “ça lui échappe”, “il a besoin de se confier”, “il évoque son passé”	“les médias” “parfois les affaires sont médiatisées”	“ça peut être aussi amené par les surveillants” “les surveillants peuvent nous dire parfois”		“je mettais peut être un peu plus de distance avec cette personne pour ma propre sécurité”	“en fonction du comportement du patient” “parfois j’ai appris que certains avaient volés, honnêtement, ça me fait ni chaud ni froid”	“sans dire que ça a affecté mon soin”
IDE C		“parfois ça leur arrive spontanément de dire”	“parfois y’a les médias”		“alors parfois j’avoue qu’une fois ou deux j’ai eu envie de savoir” “des fois tu te dis,			“après ça change rien à la prise en charge”

					c'est pas possible qu'il ait fait un truc"			
Nombre d'items	2	5	4	3	3	1	4	4

Objectif: Connaître l'impact potentiel du passé judiciaire sur le soin

	remise en question		Notion de valeurs		
Idées/thèmes	méfiance	questionnement	diff entre les peines	impact sur valeurs pro	identification et impacts sur valeurs perso
IDE A			<p>"tout dépend du passé judiciaire"</p> <p>"il y a des histoires qui sont plus dures à entendre que d'autres"</p> <p>"il y a des affaires qui nous touchent plus que d'autres"</p>	<p>"manquer de compréhension, d'empathie"</p>	<p>"tout dépend du passif personnel du soignant"</p> <p>"on peut très bien s'identifier à une affaire"</p> <p>"nous selon nos valeurs, c'est pas qqch pour nous qui est normal de faire"</p> <p>"il y a des affaires qui nous touchent plus que"</p>

					d'autres" "on réagit tous différemment"
IDE B	"tiens il faut que je sois plus prudent" "toutes les questions de sécurités liées à l'UHSI"	"tu peux te poser des questions je pense comparé à d'autres patients" "tu peux te dire..."	"tout dépend de ce que j'ai pu apprendre" "pas les mêmes représentations avec des petites peines que des grosses peines"		
IDE C	j'ai prévenu la pénitencier et mes collègues de nuit" "méfiez vous" "méfiez vous" "quand vous rentrez dans la chambre bah on est plusieurs" "on fait un petit peu plus attention"				"on pourrait être impactés"
Nombres d'items	6	2	5	1	6

Annexe III

Entretien IDE A

Moi: Donc je vais commencer par me demander en quelle année tu as eu ton diplôme?

IDE: j'ai eu mon diplôme en 2018

Moi: Et quel était ton parcours depuis?

IDE: Depuis que je suis diplômée? donc euh j'ai commencé par un petit peu d'intérim, vraiment très peu de temps, je dirais quelques semaines. Ensuite j'ai travaillé 3 mois en psychiatrie et ensuite j'ai travaillé au CHP de Saint-Grégoire en médecine euh en chirurgie de semaine et après j'ai commencé à travailler en pénitencier donc à Vezin en 2019 donc au centre pénitencier de Vezin des Hommes pendant 2 ans et demi et après j'ai travaillé aussi ..j'ai commencé à tourner à l'UHSI et à la prison des femmes .

Moi: Ok très bien donc la je vais commencer les questions par rapport à mon sujet de mémoire, donc ma première question c'est "qu'est ce qui différencie une prise en soin à l'UHSI et dans un service dit classique?"

IDE: Alors ce qui différencie la prise en charge c'est le comment dire c'est le milieu pénitencier déjà donc euh ce qu'il faut savoir c'est qu'on travaille avec les surveillants pénitenciers parce que ce sont des personnes détenues qui sont sous la main de justice donc ça sera pas quelque chose dont on est à la main dessus. On travaille en collaboration avec eux même si le secret professionnel, fin le secret est là même si on essaie, ils sont eux aussi tenu au secret partagé. Fin voilà. Ce qu'il faut savoir c'est qu'on a des règles de sécurité aussi, qu'il faut faire attention. Il faut pas oublier qu'on est dans un milieu pénitencier après euh, je sais pas trop quoi dire ...

Moi: Est ce que du coup tu peux un peu plus élaborer sur les règles de sécurité?

IDE: Ah bah quand on arrive dans milieu pénitencier il y a un référent sécurité qui nous fait petit topo dessus, donc les conduites à avoir auprès des personnes détenues, les conduites à ne pas avoir aussi hmm, par exemple c'est de ne pas laisser du matériel en chambre, faire fin jamais tourner le dos à un patient, faire attention à la disposition aussi de la chambre: pouvoir toujours, au cas ou s'il y a besoin, que les surveillants interviennent dans la chambre et qu'elle ne soit pas encombrée par exemple. Après niveau règles de sécurité on peut aussi se faire reprendre par les surveillants fin ça arrive de se faire reprendre par les surveillants s'il y a quelque chose qui va pas ou même s'il sente eux que la pression monte, donc voilà ils peuvent nous dire eux tout de suite, ça sera toujours la sécurité qui primera avant la santé ... ça aussi faut le savoir, même si des fois c'est compliqué à l'accepter... Voilà.

Moi: Ok très bien, est-ce que du coup par rapport à toutes ces règles de sécurité tu vois des différences, fin des différences notables par exemple, dans la communication avec le patient entre un service normal et l'UHSI?

IDE: Euh.. je dirais, alors ça dépend à quel moment, parfois bah c'est toujours compliqué parce qu'il y a toujours un surveillant qui reste derrière la porte de la chambre donc qui entendra forcément la conversation qu'on aura avec le patient... Même après tout ce qui est au niveau du respect de la pudeur on essaie de... au maximum de la respecter mais bon, à certains moments, parfois, ça peut être compliqué... y'a toujours le surveillant qui est derrière la porte et aussi il peut y avoir comme conditions, certaines personnes détenues qui ont besoin d'un comment dire .. d'un renfort sécuritaire plus important donc il se peut parfois qu'il y est des surveillants, bon c'est très rare que ça arrive mais, qu'il y ait des surveillants dans la chambre... des surveillants spécialisés dans la sécurité qui est un peu plus importante mais euh...

Je me suis un peu perdue.. mais oui c'est vrai que des fois c'est un peu plus compliqué... comment dire de ... euh je me suis complètement perdue là... j'ai oublié ta question...

Moi: C'est pas grave, je t'ai demandé si tu ressentais des différences par exemple dans la communication ou autre..

IDE: Ah oui des différences ! Mais après c'est plus ça des fois les patients n'osent pas tout nous dire parce qu'ils savent qu'il y a les surveillants derrière mais euh en tout cas c'est sur.. bah en tout cas nous, fin nous, notre ... fin je fais pas différemment que je ferais avec un patient d'un service lambda, de toute façon nous on a pas a savoir le passé judiciaire de la personne voilà... c'est plus eux pour eux niveau confidentialité avec la pénitencière, parfois c'est compliqué de garder... comment dire ... une ... pour qu'il puisse ne pas entendre on va dire...

Moi: Ok, du coup par rapport à tout ça, est ce que tu penses qu'il y a un profil plus adapté pour travailler dans ce service?

IDE: Alors je dirais euh qu'il faut être quand même assez calme, je pense ne pas avoir trop de préjugés, après de toute façon dans notre métier d'infirmier, on doit rester professionnel et empathique malgré le passé judiciaire ou personnel de la personne. Après c'est sûr qu'il faut savoir aussi accepter les remarques qu'on peut avoir de la pénitencière par exemple, fin c'est... c'est vraiment un travail d'équipe qu'on a entre les deux secteurs... Mais oui je dirais surtout avoir une ouverture d'esprit aussi je pense

Moi: Et du coup, du fait du passé judiciaire ou de la pénitencière, est ce que tu penses qu'il y a des personnes qui ne sont finalement pas capables de travailler dans ce milieu là?

IDE: Hmm, après tout dépend de chacun mais je pense que oui il y a toujours des personnes qui sont pas capables de travailler dans... je pense que oui y'en a qui ne seront pas capable de travailler dans le milieu pénitencière, je pense notamment à celles qui sont obligées de savoir ce que la personne a fait, ceux qui n'acceptent pas ce qu'ils ont fait aussi, ceux qui reprochent aux patients, je pense que ça arrive Même si normalement notre métier ne devrait pas influencer sur ça, nous on soigne euh n'importe.. fin on soigne la personne peu importe ce qu'il s'est passé ...

Moi: Du coup au vu de la particularité un peu du service, comment tu décrirais la relation qui se crée entre le patient détenu et le soignant?

IDE: Bah c'est une relation quand même de confiance qu'on a, euh.. nous dans notre service à l'UHSI on a quand même pas mal de .. Fin.. les patients on les connaît, c'est des patients qui reviennent assez régulièrement.. des personnes qui ont un cancer et qui viennent pour leur cure de chimio et qui viennent de façon séquentielle... donc forcément a force on crée une relation de confiance avec eux, même avec les surveillants ... ils les reconnaissent donc euh... c'est vrai que avec certaines c'est un peu compliqué car ils sont très intolérants à la frustration aussi donc il faut être très patient pour travailler en milieu pénitentiaire ... on est toujours dans la négociation aussi donc euh... c'est vrai que la relation est ... Fin moi je trouve que la relation elle est pas si différente en tout cas à l'UHSI, en milieu de soin pénitentier que dans les autres services.

Moi: Ok, et est ce que tu ressens quand même des particularités dans la relation avec le soigné ou pas?

IDE: Alors parfois, par exemple j'ai eu l'exemple hier, c'est vrai que on a une personne qui était .. qui était dans le service et qui nous a exposé le.. la raison de son incarcération en nous posant des questions, en nous demandant notre avis.. C'est vrai que nous notre positionnement par rapport à ça, il est compliqué parce qu'on a pas... à trop s'exprimer là-dessus, on doit essayer de recadrer la personne tout en essayant... tout en y mettant les formes. C'est vrai que parfois ça peut influencer mais pas.. ça dépend de la personne qu'on a en face en fait et de son comportement et de ce qu'elle va nous dire.

Moi: Ok très bien, avant d'entrer dans le milieu carcéral du coup, à quoi est-ce que tu t'attendais en y travaillant?

IDE: Euh et bien j'en ai aucune idée ... A quoi je m'y attendais parce que je ne connaissais pas du tout le milieu... euh c'est vrai que c'était quelque chose dont j'avais jamais entendu parler, je ne savais pas du tout à quoi m'attendre donc c'est vrai que c'était tout nouveau pour moi, j'avais pas trop d'aprioris, je ne savais pas du tout comment ça se passait , quelle était l'organisation, avec la pénitentiaire aussi comment ça allait se passer, avec les détenus.. est ce qu'il y avait? fin, c'est vrai qu'on s'imagine que c'est quand même quelque chose ... voilà de très sécurisé.. fin comment dire... au final c'est pas.. comme un service de soin lambda mais qui est un peu plus sécurisé.. fin voilà c'est .. ça reste un service de soin où on fait des soins, on fait nos tours à la même heure fin c'est... y'a juste quelques particularités on va dire.

Moi: Et qu'est ce que t'imaginait lorsqu'on parlait de prison ou de détenus avant d'y mettre les pieds?

IDE: Euh.. Alors j'imaginait... un peu comme à l'armée je pense! Qu'ils devaient se lever le matin et fin je sais pas trop comment... L'UHSI ou la prison?

Moi: La prison en général

IDE:La prison? Ouais que là-bas c'était l'autorité un petit peu et que c'était un monde un peu inaccessible .. je pense que je ne m'imaginait pas trop qu'il y avait un service de soins à l'intérieur non plus. Et que, voilà que c'était un milieu très compliqué et que peu de personnes pouvaient y accéder mais bon au final pas du tout.

Moi: C'était ma question d'après, est ce que tes aprioris ont changé?

IDE: Ah oui bah oui totalement! De toute façon pour voir un peu fin c'est très intéressant de voir un peu comment ca se passe en milieu pénitentiaire mais c'est vrai qu'au final en tout cas la prison moi je dis que c'est notre service UCSA, c'est comme un petit village fin comment dire... c'est comme un petit centre de soin ou y'a des infirmiers, des médecins, des kinés... Ils viennent en consultations fin les détenus viennent en consultations. Y'a même des dentistes, y'a l'ophtalmo qui passe, au final ils ont accès à plein de choses donc c'est... au final ils ont accès à plein de choses! Moi j'avais pas du tout connaissances que les personnes détenues pouvaient avoir autant accès aux soins.

Moi: Ok, lorsque je suis allée en stage, du coup par rapport à ce que tu disais tout à l'heure, une des premières choses qui m'a été dite c'est justement qu'on ne pouvait pas savoir et ne devait pas savoir le passé judiciaire des patients, est-ce que là tout de suite tu as en tête une situation dans laquelle tu as eu connaissance de ce passé?

IDE: C'est très souvent hein que j'ai connaissance du passé fin.. très souvent, ça arrive régulièrement, soit parce que comme je le disais tout à l'heure ils nous en parlent, soit parce qu'on entend dans les couloirs les surveillants qui en parlent, ou on le lit dans l'actualité... dans les journaux... voilà C'est pas ... après si... moi le fait de savoir leur passé judiciaire n'influe pas du tout sur ma façon de les soigner après... Donc euh, mais c'est pas une information qu'on va rechercher.

Moi: Ok, est-ce que le fait de savoir ça te fait quand même un "ressenti" ou pas?

IDE: Alors forcément sur certaines affaires on reste humain quand même, ça nous fait... ça nous fait quelque chose mais bon notre... on prend sur nous et puis nous on est là pour... pour les prendre en soin et puis de toute façon si ils sont en prison c'est qui sont déjà jugés donc la justice a déjà fait son travail c'est fin...on ne pourra pas dire, une personne normale forcément ça lui... ça lui fera quelque chose.

Moi: Selon toi, qu'est ce que cela pourrait changer dans la prise en soin lorsqu'on connaît le passé judiciaire du patient?

IDE: Euh, je pense qu'on pourrait plus manquer de patience avec euh... le patient, manquer de compréhension, d'empathie, après tout dépend du passé judiciaire, du passif aussi personnel du soignant, voilà, on peut très bien s'identifier à une affaire qui s'est passée ou voilà... On peut être euh.. vu qu'on est à Rennes quelque chose qui c'est passé aussi près de chez nous donc euh forcément ça peut... ça peut influencer.

Moi: Dis que ça dépend, ça dépend de ce qu'ils ont fait, qu'est-ce que tu entends par là finalement?

IDE: Bah je pense euh... comment je pourrais expliquer ça, voilà il y a toujours des... certaines histoires qui sont plus dures à entendre que d'autres, je pense notamment aux affaires criminelles ... Nous selon nos valeurs...voilà nous c'est pas quelque chose voilà qui est normal pour nous de faire, donc forcément c'est... Il y a certaines affaires qui nous touchent beaucoup plus que d'autres, mais après, même si par exemple on a connaissance et que ça touche des enfants aussi, c'est vrai que voilà y'a toujours des.. après c'est propre à chacun, on a toujours... On réagit tous différemment.

Moi: Quels critères font que finalement pour toi la prise en soin pourrait changer ou non face à un patient ?

IDE: Bah c'est surtout...son ... ce qui pourrait changer c'est surtout .. parfois son comportement au patient. On a .. C'est vraiment.. on a des personnes qui sont intolérantes à la frustration et c'est vrai que, nous on est toujours dans la négociation et parfois c'est difficile de garder patience et euh.. voilà. On travaille beaucoup avec les médecins aussi, les médecins nous aident beaucoup, c'est vrai que , parfois leur comportement, c'est pas forcément leur passé judiciaire hein c'est vraiment leur comportement .. du patient après voilà moi je pense que c'est pas propre au milieu pénitentiaire hein, je pense que dans certains services c'est exactement pareil, certains patients avec qui on a beaucoup plus de mal on va dire... Mais euh après nous, on travaille presque jamais seul, on a toujours un binôme, donc on peut toujours passer le relais, donc on a cette solution là. D'On ne hésite surtout pas si ça va pas avec un patient ou même si on a du mal avec ce qu'il a fait, euh, si vraiment on a .. on se sent mal à l'aise ou si pour nous on peut pas travailler fin on peut pas prendre en charge le patient, on préfère passer le relais à un collègue, qui comme ça, pour le détenu et pour nous même c'est mieux.

Annexe IV

Entretien IDE B

Moi: "Je vais commencer par te demander, en quelle année tu as eu ton diplôme"

IDE: "J'ai eu mon diplôme en 2015"

Moi: "ok, et quel a été ton parcours suite à ce diplôme, au niveau du travail?"

IDE: "j'ai commencé à l'UHSI, euh, le temps de voilà, mon début de carrière, le temps de l'été, je suis allé ensuite en maison de retraite, j'ai fait un cours séjour en maison de retraite et puis après en urologie pendant 6 ans, et je suis revenu sur l'uhsi en octobre 2021."

Moi: "Donc là je vais commencer les questions par rapport à mon sujet de mémoire, donc ma première question serait: "qu'est ce qui différencie une prise en soin à l'UHSI et une prise en soin dans un service dit classique?"

IDE: "La différence c'est le patient que tu vas recevoir, en service classique, les patients sont libres, euh, à l'uhsi ils sont incarcérés soit en maison d'arrêt soit en centre de détention pour les longues peines"

Moi: "Ok et est ce que tu ressens des différences ailleurs, au niveau de l'organisation par exemple?"

IDE: "L'organisation est différente parce que tu travailles en collaboration avec l'administration pénitentiaire, donc c'est pas comme dans les autres services où t'organises ta journée en fonction des soins que t'as à faire, tu l'organises un petit peu comme ça mais t'as aussi la contrainte pénitentiaire derrière qui va impacter ton soin"

Moi: "D'accord très bien, hmm pensez vous qu'il y ait un profil "plus adapté" pour travailler dans ce service, et quelle type de personne y serait plus à sa place?"

IDE: Il y a je pense un profil après tout le monde pourrait travailler dans ce service mais il faut avoir... être capable de prendre un certain recul par rapport à la population qu'on accueille... pour certaines personnes ça peut être un peu compliqué de dire qu'on va aller soigner un voleur... un violeur... des choses dans le genre... euh...donc.. Tout le monde pour moi peut aller travailler à condition qu'ils soient bien conscient des risques et de la population qu'on accueille et qu'on soigne.

Moi: "Ok, et bah du coup par rapport à ce que tu viens de dire, est ce qu'il y aurait des valeurs à avoir, ou non, pour y travailler?"

IDE: "En valeurs faut justement réussir à se détacher de ces ... de ce qu'on pense, de ses propres valeurs parfois... parce qu'on, on accepte pas forcément qu'à l'extérieur quelqu'un vole, tue ou viole pour prendre les extrêmes... euh... après faut être empathique, comme dans beaucoup de services mais la tu.. particulièrement. Faut être conscient du secret professionnel du service de l'UHSI, ce sont deux grosses valeurs qu'il faut avoir je pense dans le service."

Moi: "Ok, très bien, du coup par rapport à cette empathie et tout ça, quelle relation se crée entre le patient détenu et le soignant à l'UHSI?"

IDE: "Une relation... je pense que par contre, comme dans les autres services, c'est... ils sont là pour se faire soigner. Je pense qu'ils nous voient comme les ... Ils différencient vraiment le blanc donc le médical et le bleu, la pénitencier. Ils nous voient plus comme des soignants, comme un autre patient dans un autre service pourrait voir un soignant en soi. Il y a une relation soignant-soigné qui est presque identique aux autres services."

Moi: "Quand tu dis presque identique, est ce que du coup tu ressens quand même des différences dans cette relation soignant soigné?"

IDE: "tu peux la voir parce que malgré tout la, les circonstances sont différentes, ils sont dans un service qui est clos, ils ne sont pas libres de leurs mouvements comme ils le veulent.. euh.. ils savent que nous on a des contraintes qui sont fixées aussi par l'administration pénitencier, qui font qu'on peut avoir certaines barrières qu'on retrouverait pas dans d'autres services."

Moi: "Ok, avant d'entrer dans le milieu carcéral, à quoi est-ce que tu t'attendais en y travaillant?"

IDE: "Dans le milieu carcéral? Honnêtement je parlais avec des représentations comme dans les séries, comme dans les films, soigner des "gros méchants", être un petit peu dans un milieu dangereux, au final, on se détache beaucoup de tout ça, on en a toujours conscience pour sa propre sécurité mais euh.. j'ai envie de dire, c'est des patients comme les autres si tu fais abstraction de ce qu'ils ont pu faire, euh..., tu les vois comme des patients soignés, comme un tout à chacun."

Moi: "D'accord, et du coup, quand tu parlais des représentations, est ce que c'était que par rapport à ce fait de soigner des "gros méchants", ou est ce que t'en avais d'autres également?"

IDE: "D'autres représentations? euh, pas spécialement, après j'avais conscience aussi que c'était un milieu qui était différent, au niveau des mouvements, refermer en fait, un petit peu à l'abri des regards, fin c'est différent des autres services... après, sur les représentations que j'avais principalement après c'était plus sur les comportements, la dangerosité des patients en fait. Avant de travailler dans le milieu carcéral, je ne donnais pas le nom, le mot "patient", c'est une fois que j'ai commencé à travailler dedans, je ne les voyais plus comme des détenus mais comme des patients vraiment."

Moi: "D'accord, du coup, moi je sais que lorsque je suis arrivée en stage, la première chose qui m'a été dite, fin une des premières en tout cas, c'est qu'on ne devait pas et ne pouvait pas savoir le passé judiciaire des patients, est ce que tu aurais une situation où tu as malgré toi eu connaissance de ce passé?"

IDE: "Une situation particulière oui, plus d'une fois même, malgré tout hein on peut être amené à connaître par différents biais, soit par le patient lui même, qui va aller se .. c'est pas le bon mot mais "se vanter" de ce qu'il a pu faire, ou ça lui échappe, il a besoin de se confier... puis il évoque son passé, ça peut aussi être amené par les surveillants, les surveillants peuvent nous dire parfois "fait

attention, lui c'est un tueur" ou "méfie toi", surtout avec les étudiantes euh... "méfie toi, c'est un violeur" ou des choses dans le genre, c'est plus avec les étudiantes où ils vont prévenir sur ce point. Et tu as un autre biais pour moi, c'est les médias. Parfois les affaires sont médiatisées, il peut arriver de rencontrer des patients dans l'UHSI qui sont médiatisées, pour le coup tu sais pourquoi est ce qu'ils sont en prison.

Moi: "et, du coup, vu que ça t'es arrivé plusieurs fois, si tu as une situation particulière en tête ou pas, comment est ce que tu l'as ressenti?"

IDE: "Bah, différemment en fonction des situations, en fonction du comportement du patient que j'ai en face de moi, euh.. parfois j'ai appris que certains avaient volé.. honnêtement ca ne me fait ni chaud ni froid, j'ai pu apprendre au tout début, quand je suis rentrée de nouveau à l'UHSI, une personne qui avait tué son voisin... euh.. malgré tout, sans dire que ça a affecté mon soin, je mettais peut être un peu plus de distance avec cette personne pour ma propre sécurité".

Moi: "Ok très bien, selon toi, qu'est ce que cela peut changer dans la prise en soin lorsqu'on connaît le passé judiciaire du patient?"

IDE: "Ce que je disais, la sécurité, tu peux te dire, "tiens il faut que je sois un peu plus prudent", pas forcément tourner le dos, faire attention à ce que tu fais ... quand tu rentres dans la chambre.. toutes les questions de sécurité liées à l'UHSI. Après encore une fois ça dépend de ce que j'ai pu apprendre. J'ai pas les mêmes représentations avec des petites peines qu'avec de grosses peines où il y a eu des actes de terrorisme.. des meurtres... des choses dans le genre."

Moi: "D'accord, donc ça pourrait peut-être amener une différence dans la pensée selon aussi le type de peines finalement?"

IDE: Bah forcément oui, on se dit que les patients qui ont fait perpétuité ils ont forcément fait quelque chose de plus grave que quelqu'un qui se retrouve en maison d'arrêt et qui est la juste pour une peine d'un ou deux mois. Tu vas te dire que peut être que la personne est plus dangereuse, qu'elle a fait des choses un petit peu plus graves... et sans dire que cela va affecter ta relation soignant soigné, tu peux te poser des questions je pense, comparé à d'autres patients."

Moi: "Tu y as déjà un petit peu répondu mais je te la pose quand même: quels critères font que finalement pour toi, la prise en soin pourrait changer, ou non, face à un patient détenu?"

IDE: bah on revient sur, tu l'avais évoqué tout à l'heure, sur tes propres valeurs, tu peux avoir, je pense que la majorité des personnes ont comme valeurs.. je vais prendre un exemple... de ne pas toucher aux enfants, ça paraît naturel pour beaucoup, tu as affaire à un violeur d'enfants en face de toi, tu peux avoir des représentations, ça peut te choquer dans tes représentations, c'est quelque chose à prendre en compte et à la fois pour laquelle on est censé faire abstraction aussi, réussir à prendre un petit peu de recul par rapport à tout ça, pour justement ne pas changer, offrir le même niveau de soin qu'à tout à chacun."

Annexe V

Entretien IDE C

Moi: "Alors, je vais commencer par te demander, en quelle année tu as eu ton diplôme?"

IDE: "Alors, en 1989."

Moi: "Et quel a été ton parcours depuis ton diplôme?"

IDE: J'ai fait de l'intérim, j'ai été ide en réanimation en tant qu'intérimaire pendant 6 mois à peu près, après j'ai fait de l'entreprise pendant 1 an et demi, un peu plus d'un an et demi j'ai fait de l'entreprise, après comme c'était à Paris j'ai voulu revenir en province, donc j'ai fait de la réanimation, j'ai fait fougères, vitré, je suis allée au Mans après, je suis allée pendant deux ans au Mans, euh, en neurologie, et puis ensuite je suis venue à Rennes. Depuis 20 ans à peu près je suis à rennes, j'ai fait, j'ai commencé par la cardiologie, ensuite je suis allée aux urgences, enfin dans les lits post urgences on va dire et il y a 10 ans, fin ca fera 10 ans à la fin de l'année, j'ai intégré le service UHSI qui s'ouvrirait à ce moment là, en 2012."

Moi: Donc tu es là depuis..

IDE: .. je suis là depuis l'ouverture! tout à fait.

Moi: Donc je vais commencer les questions par rapport à mon mémoire, donc ma première question serait "qu'est ce qui différencie une prise en soin à l'UHSI et dans un service dit "classique"?"

IDE: Euh... bon alors déjà il y a la présence de la pénitenciaire, qu'il n'y a pas dans un autre service, donc on ne peut pas rentrer dans la chambre comme ça, il faut aller voir la pénitenciaire pour qu'ils nous ouvrent la porte, donc on a pas accès au.. euh.. au lit du patient et au patient comme on.. fin aussi facilement que dans les autres services. Et puis, il y a aussi la prise en charge par rapport aux examens que le patient va passer, on ne peut pas le prévenir par exemple, c'est vrai que un de nos rôles c'est aussi de prévenir le patient, de lui dire "bah cet après midi vous avez un examen, ca va être ça ça ça" donc là c'est vrai qu'on a du mal, on leur dit bah dans quelques jours vous allez avoir cet examen mais c'est vrai que c'est pas pareil. On ne peut pas les préparer pareil. Euh, sinon c'était quoi déjà ta question?"

Moi: "Qu'est ce qui différencie une prise en soin à l'UHSI et dans un service dit "classique"?"

IDE: Euh voilà bah c'est ça essentiellement. Sinon les soins en eux même, on fait des soins, fin, je vois pas, fin à part la présence de la pénitenciaire, c'est vrai que la porte elle est jamais vraiment fermée, fin on peut parfois leur demander si on peut fermer la porte, mais c'est surtout la présence de la pénitenciaire et le fait qu'on ne peut pas leur dire comme je te dis certains examens, les jours où ils ont leurs examens sinon les soins en eux mêmes, on fait les mêmes soins que dans un service classique.

Moi: "Et du coup, par rapport à ce que tu disais pour le fait qu'on ne peut pas leur dire pour leurs examens, est ce que tu ressens autre chose dans la relation, dans la communication, qui serait différent?"

IDE: "Alors attends, qu'est ce que je ressentirai de différent? Par rapport à ? Je vois pas trop non.

Moi: "C'est pas grave si il n'y a rien"

IDE: Bah non je te dis, juste le patient on ne peut pas le préparer euh... bon y'a aussi le fait qu'il n'y ait pas de familles ici, on ne voit pas de familles! C'est vrai que dans les autres services on a une relation avec les familles, on peut discuter avec eux, alors qu'ici on ne peut pas... mais sinon en soin... non je ne vois pas.. y'a peut être des choses qui vont me venir après mais la je ne vois pas.

Moi: C'était juste une question de relance comme ça, il n'y a pas forcément quelque chose à répondre. Ensuite, est ce que tu penses qu'il y ait un profil plus adapté pour travailler dans ce service?"

IDE: Un profil de soignant plus adapté?

Moi: Oui!

IDE: Euh, bah surtout ce qu'il ne faut pas essayer de savoir, c'est pourquoi les gens sont en prison en fait, je pense qu'il ne faut pas essayer de savoir, de faire sa curieuse, pas trop de curiosité voilà, un profil après faut savoir... faut pas être trop sensible après c'est vrai que parfois y'a des gens qui peuvent nous faire des réflexions... Tu vois par exemple dernièrement y'a un patient qui m'a regardé droit dans les yeux et qui m'a dit "oh je ne me sens pas très bien, comme la dernière fois que j'ai tué une personne", et donc tu vois là dans ce genre de choses, c'est vrai qu'il ne faut pas être trop fragile parce que sinon tu peux vite prendre tes jambes à ton cou, faut quand même avoir un petit peu de recul... mais euh.. moi je ne me sens pas en insécurité fin je ne ? Fin non... j'ai pas l'impression qu'il y ait un profil type particulier...

Moi: Du coup, par rapport à tout ça, quelle relation finalement se crée entre le patient-détenu et le soignant?

IDE: Bah moi je... j'avoue que c'est les mêmes relations que dans les autres services. C'est vrai qu'ils nous font quand même assez confiance, bon hormis que ce sont quand même des gens qui ont du mal à supporter la frustration, ça tu as pu le remarquer quand t'es venu chez nous... Les problèmes de cigarettes, qu'on a pas dans les autres services parce qu'ils peuvent aller fumer s'ils veulent, hormis on leur demande d'être là pour les repas et à leurs examens, mais sinon ils peuvent aller fumer. Donc la c'est vrai qu'on a des problèmes avec ça.. et ...euh je sais plus ta question?

Moi: question

IDE: Donc non je pense que c'est une relation de confiance quand même! Ils sont quand même relativement satisfaits des soins. Quand on est arrivé au tout départ, même la pénitencière trouvait

qu'on était trop gentil avec eux, parce que nous on faisait comme avec les autres patients, on était plutôt dans la bienveillance et tout ça et alors la pénitencière.. bah... ils trouvaient qu'on était trop gentil alors que nous bah on était comme, comme dans un autre service, comme avec d'autres patients, et c'est vrai qu'il s'installe une relation de confiance, souvent hein, ils nous connaissent donc non, ils sont relativement confiant avec nous. C'est une relation .. non... pour avoir été aux urgences euh.. je trouve que c'est un peu les... aux urgences aussi parfois tu as des gens qui sont un peu impatients, qui veulent les résultats de leur scanner tout de suite et tout ça donc euh.. donc euh ouais je trouve que la relation elle est ... on arrive un petit peu à discuter avec eux.. alors après je suis partie du service pendant 1 an et demi parce que je trouvais que justement on parlait pas assez de l'extérieur tu sais, on..; on ne peut pas leur parler "qu'est ce que vous avez été voir au cinéma la dernière fois", fin ça .. on .. on est un peu limité dans nos conversations, on ne peut pas dire où on habite, on ne peut pas dire qu'on a des enfants fin... c'est un petit peu limité par rapport à ça... on connaît pas fin la vie des gens fin on a pas les mêmes communications qu'avec un.. patient lambda mais bon... la relation soignant soigné c'est quand même pas mal oui.

Moi: Donc on niveau des particularités finalement ce que tu ressortirais c'est la conversation qui ne peut pas être forcément la même?

IDE: Bah voilà c'est ça. C'est vrai que tu vois, les tous premiers mois où je suis arrivée à l'UHSI y'avait un patient qui était de ma région, de Fougères, et qui était quelqu'un de connu dans ma région, et c'est vrai que j'avais presque envie de lui "Ah mais moi aussi je suis de Fougères!!" mais tu ne peux pas trop leur dire ça, et dans les autres services tu vois tu le dis facilement, tu dis "Ah moi aussi alors vous habitez où exactement, vous êtes dans quel quartier" et tout, mais là tu te dis "ah bah non faut pas que je lui dise que"... et c'est vrai que c'est ce qui différencie mais bon...

Moi: Et du coup, vu que t'as eu quand même un parcours assez complet euh, est ce qu' avant d'entrer dans le milieu carcéral, à quoi tu t'attendais en y travaillant?

IDE: Je m'attendais pas spécialement fait c'est une restructuration parce que le service du Hamel et les urgences ont été restructuré en 2012 et en fait moi j'en avais un petit peu marre soit je repartais pour des années aux urgences et j'en avais un petit peu marre et j'ai eu envie de changer de service j'ai eu l'opportunité mais j'avoue que je m'attendais... je n'avais pas vraiment d'attentes par rapport à ce service c'était une découverte je suis jamais aux UCSA par exemple je connaissais pas du tout milieu carcéral et aucune crainte c'était la découverte... mais je m'attendais pas forcément quelque chose parce que je voulais surtout partir des urgences, c'était surtout ça.

Moi: Comme tu m'as dit que tu n'avais jamais fait de prison avant, qu'est-ce que tu t'imaginais lorsqu'on parlait de prison ou de détenus avant d'y mettre les pieds, et finalement qu'est-ce qu'est devenu ce que tu t'imaginais maintenant ?

IDE: Moi je pensais qu'il avait pas beaucoup, pas beaucoup, moins de liberté, mais ils sont quand même, bah ils sont traités, nous à l'hôpital ils sont traités comme tout le monde, à part que bon bah y a la pénitencière donc euh ils ont des temps pour aller fumer ou pour aller se promener dehors limités mais sinon ils sont vraiment soignés exactement comme comme les autres patients, ils ont accès aux soins comme les autres patients même parfois plus facilement et c'est quoi déjà ta question je ne m'en rappelle plus?

Moi: rappelle la question

IDE: De prison? Mais j'avoue que je savais même pas trop, je savais pas qu'il y avait des unités sanitaires, j'avoue que je connaissais pas du tout les unités sanitaires qu'il y avait des médecins, des infirmières qui était constamment dans un dans une prison pour s'occuper je savais pas du tout et j'avoue je m'étais jamais posé la question comment ça se passe pour soigner des patients bien qu'aux urgences une fois j'en avais eu, oui quand aux urgences des détenus venaient ils étaient gardés par la police donc on les voyait très peu. J'avoue que je ne m'étais jamais posé la question, ça non mais bon finalement ils ont un accès aux soins assez facile.

Moi: Ok, Je sais que lorsque je suis entré en stage, une des premières choses qui m'a été dite, justement comme tu l'as dit tout à l'heure, c'est qu'on ne devait pas et ne pouvait pas savoir ce que le patient fait, fin son passé judiciaire. Est-ce que là tout de suite une situation à me décrire ou tu as une connaissance de ce passé?

IDE: Bah tu vois par exemple il y a pas longtemps le patient qui était un petit peu bizarre on nous avait pas dit de se méfier mais qui m'a regardée le soir il m'a ...il m'a dit "non mais moi ça va pas du tout demain faut que je vois un psychiatre parce que je me sens pas très bien" et il m'a regardé droit dans les yeux en me disant "comme la dernière fois quand j'ai tué quelqu'un" donc la j'ai su qu'il était là en prison parce qu'il avait tué quelqu'un ... et ... Et parfois ça leur arrive spontanément de dire "non non mais moi Madame j'ai pas tué moi c'est juste qu'on m'a retiré mon permis" tout ça c'est vrai que parfois ils le disent eux même ou parfois y'a les médias euh c'est arrivé une fois de... de soigner euh on a vu un patient et donc c'était l'émission "Faites entrer l'accusé" et donc t'as le procès qui se déroule en en plein À la télé et le patient est en train de regarder son procès donc là tu as pas le choix que de se dire "mais c'est le même que celui qui est dans le lit!".

Donc mais après ça change rien à la prise en charge euh donc c'est vrai qu'on peut parfois être amené... mais moi j'avoue que ... alors parfois j'avoue qu'une fois ou deux j'ai eu envie de savoir un petit peu et j'ai demandé à la pénitencière ce que le patient avait fait mais une fois que le patient était parti et qu'il ne revenait pas surtout parce que je ne veux pas savoir et c'est vrai que parce que parfois moi j'ai pas cette l'habitude mais tu vois y a *IDE UHSI* qui a fait pas mal d'UCSA et elle, les profils elle les repère parce que "celui ci il a fait ça ça ça", j'ai un petit peu de mal, j'ai pas envie de rentrer la dedans et c'est vrai que des fois ils étaient tellement mielleux et tout gentils des fois tu te dis "c'est pas possible qu'il ait fait un truc" c'est un peu de la curiosité mais une fois que le patient est parti et après tu te dis "ah ouais il a fait ça bah j'aurais pas cru tu vois" mais je ne veux pas le faire le temps que le patient est là.

Moi: Ok très bien, selon toi qu'est-ce que cela peut changer dans la prise en soin lorsqu'on connaît le passé judiciaire de son patient?

IDE: Euh bah je te dis là la fois où le patient il était bah euh, alors la fois où le patient m'avait dit en me regardant dans les yeux qu'il avait tué quelqu'un bah du coup j'ai prévenu la pénitencière et puis ils ont entendu un peu que le patient m'avait dit ça et qu'il était un petit peu bizarre donc du coup j'ai prévenu la pénitencière et j'ai prévenu mes collègues de nuit qui ont dit fin je leur ai dit bah "méfiez vous cette nuit quand vous rentrez dans la chambre, méfiez-vous quand même de gars là parce qu'il est un peu bizarre" la pénitencière pareil ils se sont dit quand vous rentrez de la chambre bah on est

plusieurs parce qu'on sait jamais donc on fait petit peu plus attention. Sinon la fois où le patient était en train de regarder son procès à la télé bah écoute on est là pour les soigner avant tout donc ils ont été jugés et on peut pas se permettre.. après c'est vrai que vraiment il faut pas faire attention, c'est vrai qu'on pourrait être impactés moi je sais que quand je suis arrivée là il y avait des patients on se doute qui ont tué, qui ont violé et j'avais une fille qui était dans les 15 ans tu vois et tu te dis elle peut tomber ma fille, dans les griffes dans un mec comme ça donc tu peux te poser un petit peu de questions... mais aucun cas, à aucun moment ça m'a empêchée de soigner la personne. Mais effectivement tu peux, tu peux te dire "c'est facile de trouver dans les filets de ces gars là" des fois, mais bon ça m'a pas empêchée de les soigner quoi.

Moi: Et du coup quand tu disais au début est-ce que c'était moins facile au début de faire la part des choses où?

IDE: Bah ça c'est venu... non pas vraiment hein franchement assez facilement on le disait même avec des collègues on avait l'impression qu'on était dans un service lambda en fait hormis que y'avait la pénitencière en fait c'est vrai que je m'attendais à des gens plus agressifs bon on en a hein des fois qui pète les plombs et qui supporte pas la frustration mais je m'attendais quand même peut-être à d'autres réactions de la part de ces patients ... finalement tu te rends compte que .. qu'aux urgences tu vas voir des patients qui ont pété les plombs eux aussi parce qu'ils ont pas leurs examens assez tôt etc c'est un peu la même chose que dans la vie quoi.

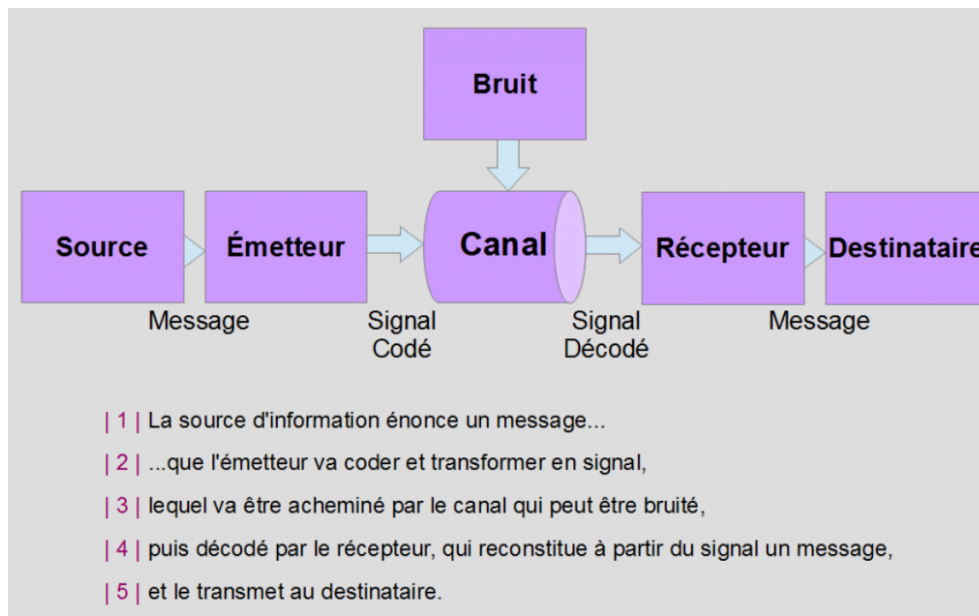
Moi: Ok très bien, et sinon bon tu as un peu répondu à la question mais bon je te la pose quand même, finalement pour toi quels critères font que la prise en soin d'un patient fin d'un patient avec un passé judiciaire peut changer ou non?

IDE: Euh Comment je pourrais moins bien m'occuper d'un patient par exemple c'est ça?

Ben pfff ben je... je sais pas écoute étant donné que j'ai pas eu vraiment le cas je te dis même en connaissant le passé judiciaire du patient à aucun moment je me suis dit "bah bah moi je lui donne pas ses antalgiques, il peut avoir mal avec ce qu'il a fait il peut souffrir" c'est vrai que bah non on est pas comme ça quoi on est soignant avant tout donc euh je fais l'impasse de ce qu'ils ont fait.

Annexe VI:

Schéma du fonctionnement de la communication selon Shannon et Weaver (1949)

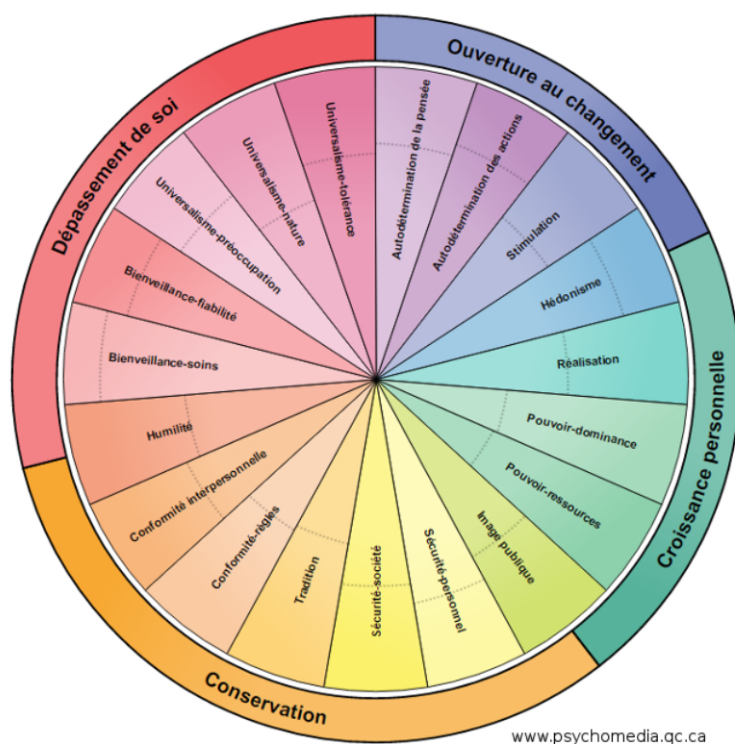


Proposition schématique du modèle de Shannon & Weaver (1949), par Seb02859.

Source: [La communication, de Shannon et Weaver à aujourd'hui](#)

Annexe VII

Les 19 valeurs fondamentales selon le modèle de Schwartz (1992)



Source: [19 valeurs fondamentales qui guident les choix et comportements, selon le modèle de Schwartz | Psychomédia](#)