



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La relation de confiance en milieu carcéral



Image : source personnelle

Formateur référent mémoire :

Mylène TOSTIVINT

Valentine GALLAIS

Formation infirmière

Promotion 2019-2022

Date : 02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : *La relation de confiance en milieu carcéral*

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

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

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

Le 04 avril 2022

Identité et signature de l'étudiant : GALLAIS Valentine

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 souhaite tout d'abord remercier Mme Tostivint, ma référente de mémoire, qui m'a accompagné tout au long de ce travail malgré les circonstances particulières de cet encadrement. En m'apportant un point de vue extérieur, et en échangeant avec moi sur ma thématique, elle m'a permis d'ouvrir mon champ de réflexion tout au long de la construction de mon mémoire.

Je tiens ensuite à remercier Erwan Masson, mon référent pédagogique, pour son accompagnement tout au long de ces trois années. Il m'a permis d'enrichir mes réflexions, et de me construire en tant que future professionnelle, influant ainsi ce travail de recherche.

Je remercie aussi les infirmières qui ont accepté d'échanger avec moi sur ma thématique et qui se sont rendues disponibles. Elles m'ont apporté un point de vue intéressant et ont contribué à enrichir ce travail, de par leurs expériences et leurs réflexions.

De plus, un grand merci à mes collègues de promotion qui m'ont accompagné tout au long de ces trois années et m'ont soutenu dans toutes mes décisions.

Finalement, je remercie ma maman qui m'a soutenu ces trois ans et m'a aidé à construire ce mémoire. Ma sœur, Marie, pour son écoute et son soutien, ainsi que mes deux frères, Melvin et Nathéo.

Sommaire

Siglier

Citation

Introduction -----	- 1 -
Cheminement vers la question de départ -----	- 2 -
Cadre théorique -----	- 3 -
1. Le milieu carcéral -----	- 3 -
1.1 La prison -----	- 3 -
1.2 Législation -----	- 4 -
1.3 Droits des détenus -----	- 5 -
1.4 Collaboration avec les surveillants -----	- 6 -
1.5 Population carcérale -----	- 6 -
2. La prise en soin soignante -----	- 7 -
2.1 Définition -----	- 7 -
2.2 Notions associées -----	- 7 -
2.3 Contraintes du milieu carcéral sur la prise en soin -----	- 8 -
2.4 Prise en soin du patient détenu -----	- 9 -
3. La relation de confiance -----	- 10 -
3.1 Généralités -----	- 10 -
3.1.1 Définition -----	- 10 -
3.1.2 Domaines de la confiance -----	- 11 -
3.1.3 Types de confiance -----	- 12 -
3.2 Concepts associés -----	- 13 -
3.2.1 Risque/ Incertitude -----	- 13 -
3.2.2 Méfiance/ Défiance -----	- 13 -
3.2.3 Responsabilité -----	- 14 -
3.3 Relation de confiance dans les soins -----	- 14 -
3.3.1 But -----	- 14 -

3.3.2	Construction	15
3.3.3	Difficultés	16
3.4	Relation de confiance avec le patient détenu	17
	Dispositif méthodologique du recueil de données	18
	Analyses descriptive et interprétative des entretiens	20
1.	Prise en soin d'un patient détenu	20
2.	Caractéristiques de la confiance	21
3.	Lieux d'exercice	22
4.	Le manque de confiance	23
5.	La relation de confiance	25
6.	Les différences	27
	Discussion	28
	Conclusion	33
	Bibliographie	35
	Annexes	
	L'abstract	

Siglier

AINS : Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

EPM : Etablissement Pénitentiaire pour Mineur

ESI : Etudiant en Soins Infirmiers

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

INVS : Institut de Veille Sanitaire

LP : Libération Prolongée

OIP : Observatoire International des Prisons

SCERI : Service de la Communication Et des Relations Internationales

SDR : Service De Remplacement

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hautement Sécurisée Interrégionale

USMP : Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Citation

« Les uns comme les autres ne doivent jamais oublier que toute écoute, toute parole, tout silence, tout geste, tout acte, aussi technique qu'il puisse être, doit toujours s'inscrire dans un processus gouverné par le care, l'attention à l'autre, *le prendre soin* de la personne qui s'est remise entre leurs mains, qui leur a *fait confiance* au point de s'en remettre à leurs soins. »

Jean-Pierre Lehmann

Introduction

Le mémoire de recherche en soins infirmiers est une grande étape dans la formation infirmière et conclut d'une certaine façon les trois ans d'étude. Sa première étape, le choix du sujet, a été compliquée, car j'ai vécu beaucoup de situations qui m'ont posé question pendant mes stages, et j'avais donc plusieurs thèmes sur lesquels je voulais travailler. J'ai dû, de ce fait, sélectionner les situations qui m'étaient le plus parlantes en fonction des différentes lectures qui s'y rapportaient. Mon choix s'est arrêté sur le milieu carcéral. Là encore, beaucoup d'axes de recherche étaient possibles. J'ai choisi celui qui me portait le plus et qui m'avait posé le plus de difficultés dans la prise en soin de mes patients. Il s'agit de l'influence de la relation de confiance dans la prise en soin du détenu hospitalisé. J'ai soigné cette population lors de mon stage de semestre quatre à l'UHSI : Unité Hautement Sécurisée Interrégionale. C'est une unité où les détenus du Grand Ouest se font hospitaliser dès que cela est nécessaire. L'activité est par conséquent très variée, allant de la chirurgie à la médecine, et regroupe de nombreuses spécialités. Une des particularités de ce service est le travail en collaboration avec les surveillants pénitentiaires. En effet, nous sommes amenés à travailler avec eux en permanence car ils effectuent les transferts au sein de l'hôpital, les entrées et sorties des patients, ouvrent les portes des chambres et gèrent l'accès à la cour de déambulation. Ainsi, notre activité soignante est coordonnée avec celle des surveillants et dépend de leur disponibilité.

C'est un stage que j'avais demandé car le milieu carcéral m'intéressait particulièrement. D'une part au niveau du prendre soin de cette population particulière. Même si ce sont des patients, ils restent des détenus et donc le prendre soin est complètement modifié que ce soit en termes de sécurité ou bien d'organisation. Cependant, notre but est de soigner les patients sans tomber dans le jugement sur les raisons qui les ont amenés en prison, et ainsi être capable de soigner comme si ces personnes étaient des patients habituels. Le fait de ne pas savoir les raisons de leur séjour en prison est alors une grande aide dans la recherche de ce positionnement. D'autre part, ce stage était l'occasion de travailler sur mon positionnement professionnel vis-à-vis de cette population. La posture de soignant peut déjà être compliquée à adopter au quotidien et, de ce fait, cette nouvelle posture était l'occasion de la perfectionner et de la conforter. Enfin, l'UHSI était également un stage qui me permettait de développer de nombreuses compétences dans divers domaines, considérant la diversité des soins et des pathologies rencontrés. Ce stage était donc l'occasion de développer de la polyvalence.

Pour traiter ce sujet, je vais dans un premier temps expliciter les notions qui y font référence dans le cadre théorique. Dans un second temps, je les aborderai de manière plus ciblée à travers la parole de professionnels. Dans un dernier temps, je mettrai en parallèle ces deux derniers points avec ma perspective du sujet, avant de conclure.

Cheminement vers la question de départ

Ma situation s'est déroulée pendant mon stage à l'UHSI où de nombreuses situations m'ont interrogée, surprise, voire déstabilisée. Parmi celles-ci, la prise en soin de Mr K fut celle qui a le plus retenu mon attention. (voir la situation d'appel détaillée en Annexe I)

Ce patient est à l'UHSI suite à une ingestion de trombones traitée par laparotomie. Dès son arrivée, il a montré des signes de manque de confiance à la fois en l'équipe soignante et en l'équipe pénitentiaire. Par exemple, il nous contredisait dans nos explications et nous assurait que c'est lui qui avait raison, malgré les arguments que l'on pouvait lui apporter. Ou encore il souhaitait parler à une autre personne après qu'on lui a donné des explications qui ne lui convenaient pas. Pour illustrer ces éléments, j'ai choisi une situation qui concerne l'administration d'un antalgique. Mr K. sonne car il est douloureux. J'entre dans sa chambre mais il refuse les traitements que je lui apporte et demande la morphine. Je lui explique l'intérêt des traitements et que je ne peux pas lui donner un palier plus élevé mais il refuse toujours de les prendre et ne m'écoute pas. Il me dit que je ne prends pas en compte sa douleur et que je ne l'écoute pas. De plus, il s'oppose à mes explications sur l'effet de l'AINS (Anti-Inflammatoire Non-Stéroïdien) et m'assure que ce traitement n'a pas d'effet antalgique mais qu'il est efficace sur les spasmes. Je lui réexplique mais le patient commence à s'énerver donc je décide de quitter la chambre en étant assez déstabilisée par le comportement de Mr K. et son manque de confiance, notamment en mes explications. A la suite de cette situation, plusieurs questionnements me viennent à l'esprit :

- D'où vient ce manque de confiance du patient ?
- Est-ce que le milieu carcéral l'amplifie ?
- Les patients détenus sont-ils plus à même de manquer de confiance aux soignants ?
- Quel est l'impact du manque de confiance du patient sur notre prise en soin ?
- Comment réagir face à ce manque de confiance ? et à la mise en échec de notre pratique ?
- Qu'aurait-on pu mettre en place pour y pallier ? est-il possible d'y pallier ?
- Quels sont les différentes solutions qui peuvent nous permettre de créer une relation de confiance avec ce patient ?
- Est-il possible de créer une relation de confiance avec ce patient qui a mis en échec tout ce qu'on mettait en place pour son prendre soin ?

Il fallait donc réussir à regrouper toutes ces questions dans une seule problématique en partant sur des concepts qui m'intéressaient et qui allaient me porter tout au long de ce travail. Finalement, j'ai repris tous ces questionnements et je les ai rassemblés dans la question suivante : **En quoi la relation de confiance du patient détenu hospitalisé envers l'infirmier influe sur sa prise en soin soignante ?**

A travers cette question, je souhaite explorer l'impact de la relation de confiance sur l'infirmier et les soins prodigués, ainsi que la place du carcéral vis-à-vis de la construction de cette confiance.

Cadre théorique

1. Le milieu carcéral

1.1 La prison

Les établissements pénitentiaires sont divisés en trois catégories :

- Les maisons d'arrêt : elles accueillent les personnes placées en détention provisoire ainsi que les personnes condamnées à des peines de moins de 2 ans.
- Les établissements pour peine :
 - Les maisons centrales : elles reçoivent les détenus condamnés à une longue peine ou présentant des risques
 - Les centres de détention : pour les détenus condamnés à des peines de plus de 2 ans et pour qui la réinsertion sociale est concrète.
 - Les centres de semi-liberté : les détenus sont dans l'obligation de rejoindre le centre le soir, mais peuvent avoir une activité en dehors du centre dans la journée (profession, enseignement, formation, ...). Ils sont soumis au régime de semi-liberté.
 - Les centres pour peines aménagées : pour les détenus qui ont un régime de semi-liberté ou ceux dont la perspective est l'aménagement de peine
- Les centres pénitentiaires : ils comprennent au moins 2 types d'établissements différents : maison d'arrêt, centre de détention, maison centrale (Observatoire International des Prisons (OIP), 2020)

Il existe deux particularités : les femmes doivent être détenues dans des établissements ou des quartiers différents de ceux des hommes. Pour les mineurs, ils sont reçus dans un Etablissement Pénitentiaire pour Mineur (EPM) ou bien dans des quartiers différents de ceux des adultes. (Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) et Service de la Communication Et des Relations Internationales (SCERI), 2007, p.12)

Dans tous ces lieux, trois catégories de professionnels y travaillent. Dans un premier temps, les surveillants pénitentiaires. « Ils assurent la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et participent à l'individualisation de la peine » (DAP et SCERI, 2007, p.14). Dans un second temps, les équipes éducatives des Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP). Leur mission est de prévenir la récidive des détenus, notamment à travers la prévention de la désocialisation et la préparation à la réinsertion. (DAP et SCERI, 2007, p.13). Le dernier acteur gravitant autour des détenus est l'équipe soignante.

1.2 Législation

Il me paraît nécessaire d'aborder la législation, car elle définit l'évolution de l'accès aux soins pour les personnes détenues jusqu'à ce jour.

La première loi ayant eu un impact pour la santé des détenus a été celle du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Cette loi fait suite au rapport de 1993 du Haut comité de la santé publique qui a mis en lumière les problèmes d'accès à la santé en milieu carcéral et a engendré une réforme du système de soins en milieu pénitentiaire. La loi de 1994 attribue « la responsabilité de l'organisation des soins physiques aux personnes incarcérées » (Loi n°94-43, citée par De Jésus et al., 2018, p.16) au ministère de la Santé et non plus à celui de la justice. Ceci dans le but de rendre le système de soins en carcéral aussi accessible qu'il l'est pour la population générale. Ont pu se mettre en place par la suite deux structures internes aux prisons, mais rattachées à un hôpital de proximité : les Unités de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP) - anciennement UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires) - et les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR).

- Les USMP sont en charge du somatique et elles sont présentes dans toutes les prisons. « Tout leur exercice est régi par un guide méthodologique, édité par les ministères de la Justice et de la Santé. Ce document spécifie quels types de soins sont apportés dans les USMP et comment assurer la continuité quand une visite ou un séjour à l'hôpital s'impose, mais il encadre aussi les prises en charge spécifiques et balise les contours du secret professionnel. » Elles sont composées d'équipes pluridisciplinaires majoritairement composées d'infirmiers. Ceux-ci ont pour mission d'accueillir les arrivants lors du rendez-vous d'entrée. Ils peuvent être amenés à réaliser des sérologies, des radiologies, une évaluation des addictions, des vaccins. Les détenus ont, par la suite, la possibilité d'envoyer un courrier à l'USMP s'ils souhaitent avoir un rendez-vous. Les infirmiers gèrent également la distribution des médicaments ainsi que les situations d'urgence. (Gries, 2019, p.56)
- Les SMPR, eux, assurent les soins psychiatriques, mais ne sont pas présents dans toutes les prisons. Ils mettent en place des consultations, des activités thérapeutiques ainsi que des hospitalisations de jour. (Calvar, 2011, p.306)

Le deuxième texte important est l'arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des UHSI. Il permet la création d'unités hospitalières entièrement dédiées à la prise en soin des détenus qui nécessitent une hospitalisation. Un accès aux soins correspondant à celui de la population générale. (Cité par Calvar, 2011, p.306-307)

Finalement, la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a permis la création des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), « permettant d'accueillir en hospitalisation complète le patient détenu à sa demande ou sous contrainte » (Loi n°2000-1138, citée par De Jésus, et al. 2018, p.16), pour les détenus relevant d'une prise en charge psychiatrique.

Les différentes lois ont donc permis la création de lieux d'accueil des détenus, qu'ils soient internes ou externes à la prison. Cependant, hormis pour les USMP, les autres lieux restent peu présents sur le territoire et les places sont restreintes, ce qui ne permet pas d'accueillir tous les détenus et qui peut rallonger les délais d'attente, notamment pour les hospitalisations (De Jésus, et al. 2018, p.16-17)

1.3 Droits des détenus

Comme le reste de la population générale, les détenus ont des droits qu'il convient de détailler. Nous pouvons les séparer en deux grandes catégories : le droit pénitentiaire et le droit hospitalier.

Le premier est précisé dans le code de la santé publique : l'administration pénitentiaire doit assurer les mesures de sécurité tout en respectant la confidentialité des soins et le secret médical. De plus, les mesures applicables dans les établissements pénitentiaires restent d'actualité : privation de la liberté d'aller et venir, droit fondamental au respect des liens familiaux, droit de correspondre par écrit avec toute personne de son choix. (Kraüth, 2018, p.540). Finalement, « dans la mesure où, malgré leur incarcération, les détenus conservent leurs droits, les Etats ont l'obligation positive de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions compatibles avec le respect de la dignité humaine, qu'il soit incarcéré dans un établissement pénitentiaire ou de santé. » (Mel, 2019, p.53).

Le droit hospitalier : « Une personne détenue demeure un citoyen et dispose donc de droits divers et variés dont des droits sociaux et en particulier celui de bénéficier de soins » (Mel, 2019, p.53)

- Droit d'accès à la santé : « la loi pénitentiaire de 2009 ainsi que la future loi de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, garantissent un accès aux soins à tous les usagers » (Loi n°2018-32, citée par Mel, 2019, p.53)
- Droits prévus par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : libre accès au dossier médical, information concernant son état de santé ainsi que celui de sa famille, désigner une personne de confiance, consentement préalable à tout acte médical (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, citée par Mel, 2019, p.54)
- Dispositions relatives aux référentiels de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Cependant, la loi pénitentiaire précise que la sécurité des soignants et de l'équipe pénitentiaire prévaut sur le respect de ces droits et qu'ils peuvent ainsi être restreints. De plus, l'application de ces droits est fonction du personnel pénitentiaire car ce sont eux qui nous donnent l'accès aux détenus. Les droits des détenus restent donc précaires du fait de l'organisation du système carcéral. L'accès aux soins n'est, de ce fait, pas égal à celui de la population générale. (Mel, 2019, p.54)

1.4 Collaboration avec les surveillants

« L'exercice de la médecine en prison suppose (...) la présence d'un tiers, le personnel de surveillance. » (Rostaing, 2003, p.98). Ce sont eux qui permettent aux soignants d'accéder aux détenus, une bonne collaboration est par conséquent indispensable. Ils sont un véritable atout, notamment dans la prévention des suicides. De plus, les surveillants ont à charge la sécurité des soignants. Ils ne peuvent pas rentrer dans la salle de soin ou dans les chambres mais ils restent à proximité. (Gries, 2019, p.57). Cependant, « selon la dangerosité du détenu, il existe différents types d'escorte et de périmètre de sécurité pouvant aller jusqu'au déploiement des forces spéciales de police. Une circulaire de l'administration pénitentiaire les autorise, selon les risques potentiels d'évasion et de dangerosité, à être ou non présents durant les soins ou la consultation, à maintenir ou non la personne menottée. L'important est de trouver un compromis acceptable entre soigné, soignant et pénitentiaire. » (Brulé et al. 2018, p.26).

Selon Lisette Gries (2019), la problématique de cette collaboration est que chacun doit rester à sa place. En effet, pour elle, certains surveillants voudraient que les soignants les aident au maintien de l'ordre (p.57), en administrant des médicaments supplémentaires aux détenus. D'autres cherchent à connaître le motif d'hospitalisation ou la pathologie des détenus pour des raisons de sécurité ou d'inquiétude. (p.58)

1.5 Population carcérale

« Les personnes incarcérées ne reflètent pas la population générale, et présentent des problèmes particuliers de santé (...) population jeune, marginalisée, pauvre, socialement, économiquement et culturellement désinsérée. » (Deschamps et al., 2006, p.5)

Une des premières caractéristiques de la population carcérale est qu'elle est majoritairement composée d'hommes (96%) et de jeunes : 64% ont entre 21 et 40 ans. Malgré tout, les personnes de plus de 60 ans sont de plus en plus nombreuses. (Jarry et al., 2018, p.19). Un vieillissement de la population qui entraîne une perte d'autonomie des détenus, difficile à gérer en prison. (Kraüth, 2018, p.541)

Une autre caractéristique de cette population est la surexposition aux risques sanitaires, qu'ils soient antérieurs à leur incarcération ou bien majorés par celle-ci. On peut citer les « addictions (alcool, tabac, drogues ...) et leurs conséquences, la souffrance psychique et les actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques, bucco-dentaires, chroniques. » (Kraüth, 2018, p.541). « Les prévalences des infections à VIH [Virus de l'Immunodéficience Humaine] ou VHC [Virus de l'Hépatite C] sont six fois plus importantes que dans la population générale » (Institut de Veille Sanitaire (INVS), cité par Kraüth, 2018, p.541)

Finalement, la prison entraîne une concentration des problèmes de santé qui nécessitent une prise en charge adaptée et souvent sur le long terme, notamment pour les addictions, les pathologies psychiatriques ou encore chroniques. La promotion et l'éducation à la santé semblent donc être un des axes clé pour pouvoir réduire cette prévalence. (Jarry et al. 2018, p.21)

Nous avons donc abordé les droits des patients détenus, les différents lieux de soins ainsi que certaines contraintes, qui peuvent venir perturber les deux points précédents.

2. La prise en soin soignante

2.1 Définition

Pour Hesbeen (1999), « prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. (p.8)

Pour Michaux (2017), le prendre soin exprime « l'idée de veiller à bien faire quelque chose, de prêter attention à quelqu'un ou quelque chose, de s'en soucier, de manifester de la sollicitude, de faire preuve de subtilité, de délicatesse ou d'efforts particuliers » (p.68). Elle rajoute que le prendre soin est aussi veiller à se remettre en question sur la cohérence de ses actions et de sa pratique professionnelle. Tous deux évoquent donc la notion d'attention et de particularité du prendre soin. L'un ajoute le but recherché et l'autre la nécessité de réfléchir à la cohérence de son prendre soin.

2.2 Notions associées

Il me paraît important de distinguer la notion de prise en soin de celle de prise en charge, car toutes les deux sont employées couramment par les professionnels de santé.

La prise en charge peut être traduite par « management » en anglais. Cela illustre son côté utilitaire et ainsi le fait de mettre en œuvre tous les outils disponibles pour s'occuper d'une personne. De plus, l'usage courant de cette notion renvoie à l'objectivité et la neutralité, c'est-à-dire le fait de ne pas laisser nos affects prendre le dessus. Cette expression évoque aussi le fait d'accepter une responsabilité, se charger de quelque chose. Cependant, le patient peut aussi identifier le soignant comme un professionnel expert et sentir qu'il peut se reposer sur les capacités de l'infirmier. Enfin, le mot « charge » évoque clairement la notion de poids, ce qui pourrait faire penser au patient qu'il est source de travail lourd, pesant, difficile. A contrario, le mot « soin » va renvoyer à la sollicitude, au souci de l'autre. (Michaux, 2017, p.68-69) L'expression prendre soin semble donc être plus positive et moins lourde de stéréotypes.

Une autre différenciation de notions me paraît nécessaire, celles de *cure*, *care* et *caring*. En effet, certains auteurs traduisent le prendre soin par *care* et différencie ce dernier du mot *cure* ainsi que du mot *caring*.

Pour Lehmann (2005), il faudrait « ramener *cure* du côté de *care* » (p.51) Pour lui, *cure* se rapporte au traitement médical et à la lutte contre la maladie alors que *care* exprime l'intérêt, l'attention portée à une personne. Grinfeld (2013) rattache également la notion de *cure* à la guérison, aux prescriptions médicales alors qu'elle traduit *care* par le souci des autres ou le prendre soin (p.24).

Le *caring* signifie littéralement voulant ou ayant envie de quelque chose. Il correspond aussi aux mots attentionné, humain, soucieux de, aimant, affection, bienveillance. (Michaux, 2017, p.47) C'est un « ensemble de facteurs qui fondent une démarche soignante étayée à la fois par une philosophie humaniste et par un ensemble de connaissances issues des sciences humaines et des sciences exactes » (Watson cité par Michaux, 2017, p.48) Ainsi, ce concept relève essentiellement du champ infirmier alors que le prendre soin est pluriprofessionnel (Hesbeen, 1999, p.14)

2.3 Contraintes du milieu carcéral sur la prise en soin

« Le personnel soignant doit apprendre à respecter les normes carcérales et les principes de sécurité qui pèsent sur les relations entretenues avec le patient incarcéré, sans que ces contraintes n'altèrent trop sa pratique de soins et ses relations avec le patient détenu. » (Rostaing, 2003, p.97)

Ainsi, une des contraintes majeures de la prise en soin en carcéral est la sécurité. En effet, les soignants doivent « dispenser des soins, parfois de proximité, tout en assurant leur propre sécurité et celle d'autrui » (Alderson et al., 2013, p.98). Si les soignants ont un rôle personnel à jouer dans la protection de leur sécurité, l'équipe pénitentiaire a aussi un rôle majeur en surveillant et observant en continu le comportement et l'attitude des détenus. (Alderson et al., 2013, p.98). Dans certains cas, le personnel pénitentiaire peut assister à la consultation médicale du détenu si celui-ci nécessite une surveillance accrue. Ainsi, cela met en avant la problématique de préservation du secret professionnel. (Deschamps et al., 2006, p.29-30) Cette contrainte de sécurité a donc un lien avec celle du secret médical. Pour veiller à la préservation de celui-ci, le motif des consultations ou des mesures d'isolement ne doivent pas être partagés avec les surveillants. (Gries, 2019, p.58)

Finalement, une autre contrainte du carcéral est la vigilance permanente que doivent avoir les soignants. En effet, « les agressions physiques contre les soignants sont rares, mais les insultes sont beaucoup plus courantes ». De plus, les détenus peuvent s'énerver plus facilement, face à du retard ou à un refus par exemple. Ainsi, des précautions sont à prendre comme ne pas laisser un garrot ou des ciseaux à portée des patients. (Gries, 2019, p.58)

L'UHSI a également ses propres contraintes. Les patients n'ont pas connaissance de la date ni de l'horaire des examens même s'ils ont signé son consentement. Cela peut mettre à mal l'adhésion au

soin et augmenter l'anxiété. De plus, ils ne peuvent pas fumer ou sortir en promenade et l'isolement est amplifié par rapport à la prison, ils peuvent par conséquent refuser l'hospitalisation. Les portes sont par ailleurs fermées en permanence et leur ouverture est soumise à des contraintes spécifiques, deux ouvertures de portes à la fois, ce qui va limiter le temps de présence dans les chambres et demander une planification des soins préalable. Face à ces difficultés, plusieurs activités ont pu être mises en place dans des UHSI telles que des bibliothèques, des cours de promenade, des heures de déambulation, ... (Sudre et al. 2018, p.25)

2.4 Prise en soin du patient détenu

« La complexité de la relation soignant-soigné réside dans le fait qu'elle est duelle. [...] Ainsi, le contact entre les deux sera déterminé par leurs attentes, leurs peurs, leurs représentations respectives à ce moment précis. Tout l'enjeu de la responsabilité infirmière se trouve dans sa possibilité de donner à l'autre l'opportunité de s'inscrire dans une relation de soin, ce qui est l'objectif de toute relation soignante » (Ramahavita, citée par Alderson et al., 2013, p.96). La prise en soin du détenu est donc particulière et nécessite une implication plus importante de la part des deux acteurs.

L'infirmier a plusieurs missions au sein des structures carcérales, en tant que premier acteur du parcours de soins (Aujard et al., 2016, p.19) :

- apporter des solutions aux problèmes de santé des détenus : rhume, céphalées, douleurs dentaires, vaccinations, bilans sanguins, ...
- suivre les pathologies qui sont parfois chroniques : cardiaques, pulmonaires, hypertension, diabète, cancer, VIH, hépatite C, dialyse, ...
- préparer et distribuer les traitements
- participer à la prévention et au dépistage des maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose, de la gale, de l'hépatite C, du suicide, ...
- gérer les situations d'urgences que le pronostic vital soit engagé ou qu'il faille réaliser les premiers gestes
- encadrer les étudiants et participer à la formation des différents acteurs
- participer aux projets de réinsertion post-carcérale (Noto-Migliorino, 2018, p.15)

Une des spécificités de l'USMP est la consultation. C'est le détenu qui en fait la demande en rédigeant un courrier qui sera adressé aux infirmiers. Lors de la consultation, l'infirmier va alors apporter une réponse adaptée au patient, lui délivrer une thérapeutique inscrite dans un protocole, donner un conseil de santé ou alors l'orienter vers le professionnel adapté. (Aujard et al., 2016, p.19)

La prise en soin du détenu est aussi caractérisée par la non-connaissance du motif d'incarcération du détenu. En effet, « le fait de connaître l'infraction commise par un patient incarcéré peut (...) avoir des

conséquences sur les soins prodigués ». Des jugements éthiques et sociaux peuvent vite être émis et, en conséquence, modifier la prise en soin. (Rostaing, 2003, p.98)

Le milieu carcéral est caractérisé par une atmosphère masculine laissant peu de place à l'expression des émotions, celles-ci pouvant être prises pour de la faiblesse. Ainsi, les soignants doivent être capables de différencier un problème somatique d'un besoin d'écoute ou d'une autre demande dissimulée. (Aujard et al., 2016, p.21) « La loi du silence à l'égard des autres est une règle de prudence à laquelle tous estiment nécessaire de se plier tout autant qu'ils s'efforcent de cacher leurs émotions afin de paraître forts et de se faire respecter » (Maisondieu et al., cité par Bazex et al., 2008, p.10)

Plusieurs clés sont à disposition des soignants pour prendre en soin un patient détenu. Premièrement, le temps d'écoute et de dialogue est primordial, il permet de construire la relation de soin. Cela est particulièrement important pour les nouveaux arrivants (Noto-Migliorino, 2018, p.16). Aussi, la relation d'aide individuelle permet dans de nombreux cas de remplacer les traitements médicamenteux. (Picherie, 2003, p.31). Face aux multiples demandes, les attitudes d'observation, d'écoute sont à privilégier. Enfin, le milieu carcéral oblige le soignant à prendre du recul sur soi-même (Aujard et al., 2016, p.20-21)

La prise en soin du patient détenu est donc particulière et balisée par plusieurs obligations.

3. La relation de confiance

3.1 Généralités

3.1.1 Définition

Pour comprendre les tenants et aboutissants de ce concept, il me paraît nécessaire de le définir dans un premier lieu.

Le Dictionnaire de l'Académie française donne une définition de la confiance qui est la suivante : Espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui. (s. d.). En ce qui concerne la relation, il donne cette définition : Rapport, lien qui unit deux ou plusieurs choses, deux ou plusieurs phénomènes, connexion qu'on peut établir entre différents faits. (s. d.)

Richard (2000) définit la confiance telle que « l'attitude que l'on a à l'égard de ceux que l'on pense connaître suffisamment pour en prévoir le comportement futur. En ce sens nous faisons confiance aux personnes qui nous sont bien connues » (p.24). Il évoque donc deux idées : la nécessité de connaître l'autre et celle de se projeter dans une décision qui concerne le futur. (Thominet, 2013, p.28)

Roger (1995) voit plutôt la confiance comme une « volonté délibérée d'être vulnérable aux actions d'une autre partie fondée sur l'espérance que celle-ci accomplira une action importante pour la partie qui accorde sa confiance, indépendamment de la capacité de cette dernière à surveiller ou contrôler l'autre partie » (p.712). Il ajoute la notion de vulnérabilité, mais pas celle de la connaissance de l'autre.

Il me paraît également important de différencier les expressions comprenant le mot confiance :

- Faire confiance : décision qui s'inscrit dans une démarche volontaire, elle correspond à une confiance consentie par défaut, c'est-à-dire que l'absence de confiance porterait trop préjudice. Un patient qui nous fait confiance est donc le signe d'une relation de soin fragile
- Être en confiance : état de sécurité ressenti par le patient en présence du soignant, relève de l'intuition : la confiance accordée ne s'explique pas
- Avoir confiance : le patient décide d'attribuer sa confiance après réflexion, les soins peuvent alors se dérouler dans les meilleures conditions. (Lagarde-Piron, 2016, p.252)

Avoir confiance semble alors être l'expression représentant une relation de confiance idéale.

Finalement, Eloi (2019) donne une importance à différencier le terme de confiance de celui de foi. Pour lui, la confiance est quelque chose qui s'établit entre des êtres. Elle est le reflet de la volonté de la personne qui l'accorde et se construit grâce aux interactions et aux soins : chaque interaction est influencée par celles passées et influence les futures. La foi correspond à un lien entre une personne et une notion abstraite. Elle est caractérisée par un abandon partiel ou complet du libre arbitre. (p.17) Il y a de ce fait une notion de volonté, de décision prise par la personne dans la confiance.

3.1.2 Domaines de la confiance

Le concept de confiance se retrouve dans différents domaines qui vont pouvoir nous mener vers celui de la santé.

La confiance est à l'origine un concept théologique. Il est utilisé « pour décrire la spécificité de la relation qui unit l'homme à Dieu (...) une manière d'exprimer sa foi et repose sur la conviction que Dieu seul est digne de confiance car il honore toujours ses promesses » (Thominet, 2013, p.28-29). Si on retrouve des points communs avec la confiance que l'on connaît aujourd'hui, cette vision comporte tout de même des différences. D'une part, la confiance en Dieu est inconditionnelle alors que la confiance en l'autre est faite d'incertitudes, de prises de risques. D'autre part, la confiance en l'autre est un acte qui repose sur la rationalité, c'est-à-dire le fait de donner des raisons à la confiance. (Thominet, 2013, p.29)

« Pour les Sciences Sociales, la confiance n'existe que dans l'incertitude, elle implique une prise de risque et s'exprime en général comme une attente optimiste envers les comportements d'Autrui. » (Lagarde-Piron, 2016, p.245)

La confiance a également une nature cognitive : « toutes les relations entre les hommes reposent, cela va de soi, sur le fait qu'ils savent des choses les uns sur les autres » (Simmel, cité par Lagarde-Piron, 2016, p.247). La confiance est donc « un état intermédiaire entre le savoir et le non-savoir » (Simmel, cité par Lagarde-Piron, 2016, p.247). Ainsi, la confiance du patient repose sur la connaissance des

compétences, de la fiabilité, de la responsabilité et du sérieux du soignant sans pour autant que le patient soit certain que le soignant ait toutes ces connaissances. (Lagarde-Piron, 2016, p.247)

Dans la dimension morale, la confiance est liée à la réciprocité et à l'engagement des deux acteurs dans la relation. Ainsi, une charge morale est donnée par le patient à l'IDE et elle est réciproque : ils s'attendent à ce que leur engagement ne soit pas déçu. En effet, « Il y a dans la confiance qu'un être humain porte à un autre une valeur morale aussi haute que dans le fait de ne pas décevoir cette confiance » (Simmel, cité par Lagarde-Piron, 2016, p.249). Ainsi, en multipliant les soins par le même soignant, l'installation d'une routine va stimuler la confiance et instaurer un sentiment de sécurité qui va abolir les craintes (Lagarde-Piron, 2016, p.249).

Nous avons donc vu que tous les domaines de la confiance nous amènent à la relier à son application en santé. La notion de confiance en santé est de ce fait multidimensionnelle.

3.1.3 Types de confiance

De nombreux auteurs explicitent la confiance en la séparant en plusieurs formes. Zucker (1986) voit trois types de confiance :

- la « confiance intuitu personae » qui est celle accordée aux proches, elle est externe à la relation et intuitive
- la « confiance relationnelle » qui se crée par des échanges, entre collègues par exemple, dont le but est de créer des liens, de s'impliquer ensemble dans une construction conjointe et de respecter les règles de la collectivité
- la « confiance institutionnelle », envers une structure institutionnelle comme l'hôpital

On peut aussi la séparer en confiance relationnelle, qui relève de la relation et confiance rationnelle, qui relève des compétences. Elles sont interdépendantes dans le soin, car le soignant doit être compétent techniquement, mais aussi à l'écoute et disponible. (Michon, 2013, p.38)

Pour Luhmann (2001), il y a deux formes de confiance :

- la confiance assurée : elle est souvent instinctive, puisqu'elle représente la confiance dans un monde que l'on connaît et dont on maîtrise les codes. Elle s'est construite à travers nos expériences, nos rencontres. Elle est une « anticipation de l'avenir fondée sur l'expérience préalable et qui vise à réduire la complexité du monde futur ». Ainsi dans le soin, les expériences du patient par rapport à sa pathologie ou à la douleur détermine sa confiance envers les soignants en général.
- la confiance décidée : elle relève de l'évaluation des risques dans une situation que l'on ne maîtrise pas, car nous manquons d'expérience. La confiance décidée vise alors à réduire l'incertitude lors de telles situations. (cité par Lagarde-Piron, 2016, p.245-246)

Beaucoup d'auteurs font aussi référence à la confiance en soi comme pilier de la réussite de la création d'une relation de confiance. « La confiance que l'on a en soi fait naître la plus grande partie de celle que l'on a aux autres, écrivait déjà La Rochefoucauld » (Lagarde-Piron, 2016, p.250). Pour Maroudy (2014), « avoir confiance en soi est le moteur de notre relation au monde ».

La confiance en soi s'acquiert en 3 voies : relationnelle (apprendre à se faire confiance en l'apprenant par un autre), technique (il faut s'exercer pour obtenir les compétences), intuitive (croire en ses capacités à avoir confiance en soi) (Pépin, 2018).

3.2 Concepts associés

3.2.1 Risque/ Incertitude

Pour Lagarde-Piron (2016), le soin est complexe, car il n'y a pas de prédiction certaine de ce qui va se passer. Ainsi la confiance est accordée, mais avec le risque que les choses ne se passent pas comme prévu. La confiance permet alors de réduire l'incertitude et par conséquent la sensation de risque. (p.246-247) Elle fait référence à la confiance décidée, explicitée plus haut (3.1.3)

De plus, « faire confiance implique une part de risque. Ce dernier est connu par celui qui fait confiance, mais il est calculé. Le bénéfice attendu est supérieur au risque. » (Sureau, 2018, p.44). Il ajoute ainsi la notion de connaissance du risque qui est anticipé.

L'incertitude du patient est liée aux réponses des soignants face à la pathologie, à son évolution, à la prise en charge, aux techniques de soins et au séjour. Il va alors développer sa confiance en fonction des composantes du processus de soin et pas uniquement sur la qualité des soins techniques. Face à ces doutes, les patients vont chercher de la bienveillance, de l'écoute, du réconfort et des explications. Tout cela va favoriser la mise en confiance et donner au patient un sentiment de sécurité qui va pouvoir être renforcé par un environnement propice à une proximité relationnelle, soit sécuritaire, stable et apaisant. (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.30-31)

3.2.2 Méfiance/ Défiance

Pour Sureau (2018), la confiance peut se définir par le juste milieu entre crédulité et méfiance (p.44), cette dernière étant la « disposition d'une personne qui se méfie, crainte d'être trompé ou d'être pris en défaut » (Dictionnaire de l'Académie Française, s. d.)

Lagarde-Piron (2016) ajoute la notion de défiance : « À un pôle négatif, on trouve la défiance puis en progressant vers le pôle positif, la méfiance puis la confiance. » (p.254)

La présence de méfiance va entraîner une crainte d'être envahi par autrui, une relation non sincère, des soupçons. Tout cela pourra mener à une mauvaise compréhension des situations ainsi que des intentions de l'autre et donc fragiliser la confiance. (Michon, 2013, p.37)

« Si la confiance permet de construire le lien social, créer les conditions favorables à la relation de soin, la méfiance consacre la rupture de ce lien. Elle renvoie à l'idée de doute. » (Lagarde-Piron, 2016, p.254) Cependant, dans la société, être méfiant est assez mal vu. Ainsi, au sein de la relation de soin, les patients ne vont peut-être pas se risquer à exprimer leur méfiance. (Lagarde-Piron, 2016, p.254)

3.2.3 Responsabilité

« La confiance que l'on accorde n'est pas qu'abandon à l'autre, elle est également responsabilité. La confiance du patient renforce la confiance du soignant par le phénomène croisé de la reconnaissance. (...) La confiance s'inscrit dans un mouvement de réciprocité, parce qu'il y a engagement de part et d'autre, permettant l'action de l'un pour l'autre. C'est une réciprocité risquée, parce que la situation de soin est marquée par une irréductible dissymétrie. » (Lagarde-Piron, 2016, p.254)

3.3 Relation de confiance dans les soins

3.3.1 But

Premièrement, la confiance est un idéal que l'on recherche dans les soins. « La confiance dans les soins et ses institutions est une aspiration profonde de tous ; on la voudrait absolue. Les conditions pour une telle assurance sont rarement réunies. La médecine n'est pas une science exacte, l'état général de notre système de soins est (...) fragile, la qualité attendue des comportements et pratiques professionnels reste inégale » (Maroudy, 2013, p.27). Ainsi, nous voyons que la confiance est recherchée absolument dans les soins, mais que les conditions ne sont pas nécessairement réunies pour qu'elle puisse être totale.

Les objectifs de l'instauration d'une relation de confiance sont l'acceptation des soins, l'évocation des peurs du patient, la baisse de l'asymétrie soignant-soigné, des soins de meilleure qualité, mettre le patient au centre (Michon, 2013, p.38). Haberey-Knuessi et Obertelli (2017) partagent aussi cette dernière idée. Pour eux, la relation de confiance conduit à la reconnaissance et à la mise en place du rôle actif du patient. (p.115) L'idée d'acceptation des soins est également donnée par Maroudy (2013) : « la confiance a pour condition et résultat une alliance entre le patient et le soignant, une forme de conjugalité pour le consentement au soin » (p.27)

De plus, « la confiance permet de construire le lien social, car elle est le préalable à la relation » (Michon, 2013, p.37). Phanael et Hamon-Mekki (2013) rajoutent que la confiance est une vertu thérapeutique et qu'à l'inverse, sa perte peut entraîner une menace pour la santé des patients. (p.31)

Finalement, la confiance permet de percevoir la satisfaction des patients qui n'est pas toujours liée à la qualité des soins reçus. En effet, un patient qui est satisfait de sa prise en soin est plus à même de faire confiance. (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.30)

3.3.2 Construction

Premièrement, la confiance requiert une relation de proximité (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.31)

La construction de celle-ci repose beaucoup sur l'infirmier. En effet, pour Maroudy (2014), cette construction peut se mettre en parallèle avec la théorie d'attachement de Bowlby : le patient fait de l'infirmier une figure d'attachement dans le but de cheminer en confiance dans sa maladie, de se sentir acteur et partenaire de sa prise en soin et de mieux envisager son futur en tant que patient. Le patient voit alors l'infirmier comme un lieu de référence, de sécurité, d'espérance, de soulagement, de confiance, ... De plus, la confiance placée envers l'infirmier va dépendre de l'appréciation par le patient des qualités du soignant, de ses compétences, de sa capacité à répondre aux attentes, de sa bienfaisance et de sa rigueur morale. (Maroudy, 2013, p.27) Ainsi, « Il faut écouter et entendre les plaintes des patients pour déterminer ce qui fonde leur confiance envers les soignants et ce qui peut l'altérer. La qualité des relations compte autant que celle des prestations. Le temps disponible pour les concilier manque bien souvent. Il faut alors être créatif dans l'organisation, les complémentarités, les transferts de compétences, ... » (Decroix, 2013, p.47).

Pour Duluc (2008), le climat de confiance peut être favorisé par trois niveaux de leviers :

- les leviers organisationnels : reconnaissance de notre pratique, participation des acteurs, responsabilisation, humanisme, récompense, transparence de l'information
- les leviers relationnels : amabilité, coopération, maturité, honnêteté, valorisation, dynamisme
- les leviers personnels : sympathie, compétence professionnelle, présence, détermination personnelle, se sentir important, conscience de soi

Cependant, la confiance qui va être accordée sera différente selon les prises en soin, les particularités du service, la pathologie du patient, la gravité de celle-ci. Ainsi, la vulnérabilité du patient et sa fragilité vont plus ou moins entretenir leurs doutes et donc entraîner une précarisation de la relation de confiance. Ce sont donc des éléments qu'il faut prendre en compte afin de construire une bonne relation de confiance (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.30).

L'Etat a aussi un rôle à jouer dans l'aide à l'instauration du climat de confiance. En mettant en place des politiques publiques, le droit des malades, les systèmes qualité, la présence des usagers dans les instances consultatives, un soutien au progrès médical, il a instauré des garanties pour les malades et des relais de confiance pour les professionnels (Maroudy, 2013, p.27).

La confiance est un processus qui ne peut être contraint : elle doit être donnée librement. En effet, elle oscille entre la liberté du patient de se confier et la liberté du soignant de l'accepter ou de refuser (Sureau, 2018, p.45).

La confiance n'est pas un processus acquis. En effet, elle « s'enrichit, se consolide et s'affirme au fil des actions de soins et de leur aspect relationnel » (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.31). De plus, l'époque actuelle fait que les patients osent affirmer leurs exigences, face auxquelles les organisations précédentes ont échoué. Ainsi, la confiance n'est pas donnée automatiquement, mais doit se gagner et se mériter. (Michon, 2013, p.37)

Finalement, la confiance repose sur une réciprocité (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.31). En effet, l'instauration de la confiance ne peut pas concerner seulement le soignant, car cela enlèverait au patient le pouvoir de décider librement, celui-ci doit pouvoir avoir le choix et être libre de choisir. Pour Sureau, les gestes, paroles, attitudes du soignant vont avoir une influence sur le patient et inversement, ce que le patient ressent, dit ou non va influencer sur le soignant. Il utilise la métaphore de l'élastique pour expliquer la relation soignant/ patient. Chacun tient une extrémité, si l'un s'éloigne trop, l'élastique ne va pas tenir longtemps. Ainsi, si le soignant n'est pas assez proche du patient, celui-ci peut décider de lâcher l'élastique. De plus, chacun doit tenir l'élastique avec suffisamment de tension, cela réfère à l'engagement réciproque et au fait que chacun doit montrer qu'il n'a pas l'intention de lâcher. (2018, p.45-46) La relation de confiance nécessite donc de se construire à deux, et que chacun des deux acteurs soit actif dans la relation.

3.3.3 Difficultés

Les difficultés que peuvent rencontrer les soignants dans l'instauration d'une relation de confiance sont en partie liées au fait que la population a de moins en moins confiance en l'hôpital (Maroudy, 2013, p.27). De plus, certains éléments vont rendre la relation de confiance impossible comme le manque d'informations sur son état de santé, l'absence de réponses aux questions ou la culture du doute. (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.33) D'autres éléments comme l'excès ou le défaut de confiance en soi du soignant, un patient en souffrance ou un sentiment de trahison ressenti par celui-ci vont remettre en cause la relation de confiance. (Szapiro-Manoukian, 2021, p.42)

Une autre difficulté est que la confiance du patient engage le professionnel et l'oblige à être irréprochable (Maroudy, 2013, p.27).

Les difficultés liées au manque de confiance sont les suivantes : l'incompréhension, le malentendu, la complication de soins (Decroix, 2013, p.47). Ce manque de confiance va aussi impacter l'adhésion au soin, notamment dans des situations telles qu'un soin douloureux, répétitif ou encore intime. (Szapiro-Manoukian, 2021, p.41)

Finalement, une confiance absolue accordée d'emblée peut mener à la déception des attentes, remettre en question la qualité de la relation et surtout l'acte thérapeutique lui-même (Lagarde-Piron, 2016, p.253)

3.4 Relation de confiance avec le patient détenu

Plusieurs éléments peuvent mettre à mal la relation de confiance du patient détenu envers l'infirmier. Tout d'abord, « Le secret professionnel est la clé de voûte de cette relation de confiance du détenu avec l'infirmier, permettant sa libre expression, bien difficile dans un univers carcéral qui pousse à se taire » (Aujard et al., 2016, p.21) Ensuite, l'accueil du patient détenu est un moment clé dans l'instauration de la relation de confiance, car il constitue le premier contact avec le monde de la santé en prison. Le détenu doit donc se sentir en confiance et écouté. (Picherie, 2003, p.30). Finalement, la présence de menottes ou d'entraves va créer un climat défavorable à l'instauration d'une relation de confiance (Deschamps et al., 2006, p.27) tout comme de bonnes relations avec les surveillants qui peuvent être interprétées comme être « pro-surveillant (...), anti-détenu » (Rostaing, 2003, p.98).

Peu de lectures abordent la relation de confiance avec le patient détenu et aucune n'en a fait son sujet principal. Ainsi, les connaissances théoriques spécifiques à ce thème sont assez restreintes.

Ainsi, l'instauration de la relation de confiance va reposer sur des éléments vastes, le milieu carcéral venant complexifier leur application et ainsi modifier notre prise en soin.

Dispositif méthodologique du recueil de données

J'ai décidé de réaliser deux entretiens semi-directifs pour mon mémoire. J'ai choisi cet outil car j'avais besoin de pouvoir construire un échange avec les infirmiers que j'allais interroger, et d'apporter une dimension plus humaine à l'outil enquête, nécessaire selon moi afin d'avoir des réponses riches. De plus, je pensais que les réponses seraient plus spontanées à travers le dialogue que par l'intermédiaire d'un questionnaire, qui laisse place à plus de réflexion et donc, moins de spontanéité. Finalement, j'avais envie de recueillir les expériences d'infirmiers, et de détailler les choix et astuces qu'ils mettent en œuvre pour instaurer une relation de confiance avec un patient détenu. Cet outil me parlait alors plus, de par la proximité qu'il permettait d'établir avec les interlocuteurs. Ensuite, j'ai choisi d'interviewer deux infirmiers ayant eu à prendre en soin des détenus, une travaillant à l'UHSI et l'autre dans un service conventionnel. En effet, il me paraissait intéressant de mettre en comparaison leur deux points de vue. D'une part afin d'avoir les expériences de deux infirmiers différents, une avec de l'expérience et une jeune diplômée. Cela est intéressant car leurs réponses seront complémentaires. Et d'autre part, pour déterminer quel impact avait le milieu de soin dans l'instauration de la relation de confiance avec un patient détenu. De plus, l'infirmière travaillant aux urgences a fait des remplacements à l'UHSI ce qui était particulièrement intéressant puisqu'elle pouvait mettre directement en parallèle ses deux expériences et donc, ajouter une plus-value à mon exploitation d'entretien.

J'ai réalisé mes guides d'entretien en ayant plusieurs objectifs en tête : (annexe II)

- Déterminer les signes du manque de confiance
- Savoir comment réagir face à un patient manquant de confiance
- Déterminer les causes du manque de confiance
- Connaître l'impact du carcéral sur la confiance des patients
- Connaître les stratégies utilisées par les soignants pour établir une relation de confiance
- Comprendre le rôle de la confiance dans les soins
- Déterminer si l'UHSI permet une prise en soin adaptée des détenus et si leur prise en soin en milieu conventionnel est possible et efficace

Les infirmières travaillant dans des unités différentes, il me paraissait nécessaire de réaliser deux guides différents. De plus, à la suite du premier entretien, j'ai pu rajouter des questions au premier guide expliquant ainsi la rédaction de grilles différentes.

J'ai pu rencontrer plusieurs difficultés pour réaliser mes entretiens, liées au fait que je ne pouvais les réaliser dans l'unité des infirmières que j'allais interroger. En effet, la première était sur le service de remplacement, de ce fait elle n'avait pas d'unité dédiée. La seconde infirmière travaillait à l'UHSI,

l'accès y est restreint et je n'avais en conséquence pas la possibilité de venir le faire là-bas. Malgré ces contraintes, j'ai finalement pu réaliser mes entretiens en présentiel, ce qui constitue un point fort selon moi. En effet, l'intérêt des entretiens semi-directifs était de pouvoir échanger et dialoguer avec les personnes interrogées, et le distanciel aurait enlevé tout cet intérêt, car la relation ne se serait pas créée comme dans une rencontre en face à face.

J'ai pu rencontrer une autre difficulté, qui est que l'infirmière de l'UHSI travaillait le jour où j'ai réalisé l'entretien avec elle. Il y avait alors une contrainte temps comme elle devait retourner dans l'unité et j'ai senti qu'elle était concentrée sur ce fait et donc moins impliquée dans l'entretien, tout du moins au début.

Finalement, je peux confirmer que le fait d'avoir interrogé une infirmière expérimentée et une débutante m'a permis d'avoir une analyse d'entretien intéressante et variée. En effet, leurs deux points de vue se sont différenciés et complétés, ce qui a rendu totalement pertinent l'analyse des entretiens. De plus, j'ai remarqué que les infirmières réfléchissaient avec moi suite aux questions et qu'elles n'avaient pas les réponses instantanément, ce qui montre que ces entretiens leur ont également apporté des informations auxquelles elles n'avaient pas pensé. Finalement, j'ai découvert que chaque infirmière avait travaillé dans les deux services, UHSI et urgences, ce qui a une nouvelle fois apporté une nouvelle dimension à mon analyse. Elles ont ainsi pu déterminer quel lieu était le plus adapté à la prise en soin des détenus, et ont pu repérer les avantages et inconvénients de chacun d'entre eux. Leurs réponses, très différentes, m'ont ainsi appris énormément.

Ce qui aurait pu cependant enrichir davantage mes conclusions, aurait été d'interroger plus d'infirmiers. En effet, les résultats ne concernent qu'un panel restreint, ce qui tout d'abord n'est pas représentatif de la réalité et ensuite, d'autres infirmiers auraient pu me donner des réponses différentes ou au contraire validées celles des autres, et donc mes entretiens se seraient enrichis. Toutefois, en prenant en compte la contrainte temps du mémoire infirmier, il n'était pas possible de réaliser autant d'entretiens. Cette idée est donc une projection vers un travail de recherche plus approfondi.

Analyses descriptive et interprétative des entretiens

Mes deux entretiens ont duré une vingtaine de minutes (annexe III). Je les ai analysés sous la forme de tableau au nombre de cinq, classés par thèmes : prise en soin d'un patient détenu, caractéristiques de la confiance, lieux d'exercice, le manque de confiance, la relation de confiance. (annexe IV). L'infirmière des urgences, n°1, est identifiée en noir et celle de l'UHSI, n°2 en bleu. Je vais mettre en mot cette analyse tout en la reliant avec les idées des auteurs du cadre théorique, rédigé précédemment. (p.10)

1. Prise en soin d'un patient détenu

L'objectif poursuivi ici était de déterminer les caractéristiques de la prise en soin d'un détenu, ainsi que les différences avec le milieu conventionnel.

La première constatation faite par l'infirmière de l'UHSI est qu'il existe des difficultés pour communiquer avec un patient détenu, ce que l'autre infirmière n'a pas forcément mis en évidence. Parmi les difficultés, elle cite surtout le peu de sujets de conversation possibles, car la vie personnelle des détenus n'est pas abordée. Les difficultés de communication sont également notifiées dans le cadre théorique, mais elles sont d'ordres différents. Ce sont plutôt les détenus qui communiquent moins du fait de leur statut, c'est ce qu'on appelle la loi du silence. L'atmosphère masculine joue par ailleurs un rôle. (Maisondieu et al. cité par Bazex et al., 2008, p.10)

Ensuite, les différences majeures du prendre soin des détenus, données par l'infirmière des urgences, sont l'isolement des patients dans des box spécifiques, le fait qu'ils arrivent différemment des patients lambdas, qu'ils soient menottés et qu'ils soient accompagnés de surveillants pénitentiaires. Toutes ces différences sont notifiées par les auteurs.

L'infirmière des urgences évoque le motif d'incarcération des détenus qui n'est pas connu de l'équipe soignante. Cela est balisé par les auteurs et permet d'éviter les jugements qui pourraient impacter la prise en soin. (Rostaing, 2003, p.98)

Le comportement des soignants avec les détenus est différent pour l'infirmière des urgences. Elle notifie une certaine appréhension, qui peut s'expliquer par la vigilance permanente que doivent avoir les soignants, car les détenus peuvent être agressifs ou s'énerver plus facilement, comme évoqué p.15. L'infirmière ajoute que le patient détenu est plus difficile à cerner. Les auteurs parlent d'une relation soignant-soigné complexe puisque duelle. (Ramahavita, citée par Alderson et al., 2013, p.96). Cela peut donc perturber les soignants et modifier leur comportement. Elle remarque aussi qu'une rigueur est nécessaire vis-à-vis de certains objets coupants, comme le précise l'auteur Gries. (2019, p.58). Elle ajoute également le manque d'intimité des patients du fait de la présence de la pénitencière. Cela

peut être relié au cadre théorique, dans la partie sur la présence des surveillants, qui évoque qu'un compromis acceptable doit être trouvé entre soigné, soignant et pénitentiaire. (Brulé et al. 2018, p.26) L'infirmière de l'UHSI rajoute que les patients détenus font confiance aux soignants, du fait qu'ils différencient le personnel soignant du personnel pénitentiaire. Cette information n'est pas abordée par les auteurs. Ainsi, si la présence des surveillants peut mettre à mal la relation, elle n'est pas forcément un frein, car le patient fait, la plupart du temps, la différence de statut des personnes qui sont avec lui.

2. Caractéristiques de la confiance

Nous allons détailler ici ce que les infirmières entendent par confiance. Elles en ont donné des définitions globalement différentes. Celle des urgences parle d'une « interaction entre deux individus » ou d'une « relation soignant-soigné », alors que l'autre voit plutôt la confiance comme une possibilité, « de se libérer et de se livrer sur son ressenti [...] de laisser faire les choses ». L'infirmière n°1 parle également de la confiance comme un moyen de se confier. Les deux évoquent des difficultés, l'une la difficulté de construire la relation de confiance et l'autre celle de laisser sa confiance. Cette dernière peut être reliée à la notion de risque explicitée par les auteurs. En effet, les patients sont dans l'incertitude, comme il n'y a pas de prédiction de ce qui va se passer. De plus, la notion de responsabilité peut aussi correspondre ici, car la confiance signifie une réciprocité risquée, le soin étant marqué par une dissymétrie importante. (Lagarde-Piron, 2016, p.254) La confiance n'est donc pas simple à accorder pour le patient. L'infirmière n°2 ajoute aussi la notion d'avoir confiance, terme qui est différencié de celui de faire et d'être en confiance dans le cadre théorique à la page 10. Faire confiance représente une relation de confiance idéale. Quand on compare ces définitions à celles des auteurs, on retrouve les notions d'acceptation de soins, de risque à donner sa confiance, d'interactions, la notion d'avoir confiance, de vulnérabilité. Ce qui n'apparaît pas en revanche est la notion de connaissance de l'autre dans les définitions des auteurs. (Richard, 2000, p.24) Tous ne l'ont pas abordée, ce qui pourrait dire qu'elle n'est pas forcément nécessaire pour établir une confiance, mais peut-être est-elle plutôt favorisante. Une autre chose non décrite est la confiance rationnelle, qui est celle relevant des compétences techniques du soignant. En effet, les infirmières ont abordé le relationnel « se sentir écouté », « qu'il va sentir que tu l'aides » mais n'ont pas relevé le côté technique. Enfin, l'infirmière de l'UHSI a différencié la notion de confiance de celle de méfiance, ce qui est en corrélation avec les auteurs. En effet, la méfiance est un des concepts associés à la confiance, par le fait qu'elle va la fragiliser et briser le lien social. Elle renvoie à une crainte, au doute. (Lagarde-Piron, 2016, p.254) Elle est donc intimement liée à la notion de confiance et a tout naturellement une place dans sa définition.

Les deux infirmières ont évoqué plusieurs types de confiance. Celle de l'UHSI a évoqué en premier la confiance envers les autres, que ce soit envers l'infirmière ou envers l'équipe médicale. Le cadre théorique parle principalement de cette confiance, en la sous divisant en confiance intuitu personae, relationnelle, institutionnelle (Zucker, 1986) ou encore en confiance relationnelle et rationnelle (Michon, 2013, p.38). Cette confiance est multidimensionnelle et conditionnée par un grand nombre de critères. Ainsi, pour agir sur celle-ci, il faut remplir ses différentes dimensions, sous peine de ne pas avoir de confiance complète de la part du patient. Elle est de ce fait particulièrement difficile à atteindre et nécessite une bonne évaluation de la situation par le soignant. En second, cette même infirmière a abordé la confiance en soi, également traitée par les auteurs et définie comme un pilier de la réussite de la création de la relation de confiance. A contrario, le trop de confiance en soi est considéré par les auteurs comme un élément pouvant remettre en cause la relation de confiance. Il faut alors trouver un juste milieu. Puis, celle liée au manque de connaissances. Cette confiance apparaît aussi dans le cadre théorique pages 13 et 15. Enfin, l'IDE (Infirmière Diplômée d'Etat) des urgences a beaucoup parlé de la confiance du soignant envers le patient. C'est une notion qui ne figurait pas dans le cadre théorique.

3. Lieux d'exercice

Mes objectifs vis-à-vis de ce thème étaient de déterminer si le lieu d'exercice des infirmiers est adapté à la prise en soin des détenus et de connaître les avantages et les inconvénients de chaque lieu. Concernant l'UHSI, les deux infirmières m'ont dit qu'il s'agissait d'un lieu adapté pour prendre en soin les patients détenus. Premièrement, car il s'agit d'un lieu sécurisé, ce qui permet de se sentir en confiance et donc de prendre en soin les détenus de la meilleure manière possible. Cela est abordé dans le cadre théorique, notamment par la présence des surveillants pénitentiaires. Ensuite, l'infirmière n°1 a parlé des conditions de travail favorables présentes à l'UHSI : « il y a peu de patients, beaucoup de personnels ». Elle a cependant mentionné que l'UHSI avait une temporalité différente des urgences par exemple, et que cela pouvait engendrer une prise en charge plus lente, « le descendre au bloc, ça peut mettre beaucoup plus de temps ». Il faut également « l'accord du médecin, l'accord du gradé, de la pénitentiaire » ce qui contribue à rallonger les délais. De plus, le personnel soignant doit être disponible pour amener les patients passer des examens, ce qui n'est pas le cas dans d'autres unités où ce sont les brancardiers qui s'occupent des transferts inter-hospitaliers. Les auteurs ont aussi abordé cette question du temps, en rajoutant que le temps de présence dans les chambres va être limité par les ouvertures de portes soumises à des contraintes spécifiques (Sudre et al., 2018, p.25). L'infirmière n°2 a notifié que l'expérience de l'équipe participait grandement à une prise en soin adaptée. Cela ne figurait pas dans le cadre théorique. Le fait d'avoir un seul type de patient était aussi

une aide. C'était le but de l'arrêté du 24 août 2000 créant les UHSI, unités hospitalières entièrement dédiées à la prise en soin des détenus.

Concernant le service des urgences, l'infirmière qui y travaille pense qu'il est adapté pour établir le diagnostic du patient. En effet, la facilité d'accès aux examens divers permet d'établir le diagnostic plus rapidement que s'ils étaient allés directement à l'UHSI. De manière générale, elle pense que les urgences sont adaptées à la prise en soin des détenus, mais que la charge de travail va l'impacter. Cette prise en soin peut ainsi se compliquer lorsque la charge de travail est importante, comme elle le raconte ici : « La fois où j'ai eu un souci justement avec un patient détenu, on était rempli de monde ». Cela peut se mettre en parallèle avec les propos de l'infirmière de l'UHSI ci-dessus, qui parle des conditions de travail favorables de son unité. Cette infirmière a exprimé avoir été mal à l'aise face à un détenu aux urgences, du fait de la présence de menottes, de la proximité des surveillants. Elle précise que cela la mettait dans un « climat de non-confiance ». De plus, le motif d'admission du patient va avoir un impact sur le lieu d'exercice. En effet, les patients venant pour « une IMV [Intoxication Médicamenteuse Volontaire] » ou « une bagarre », c'est-à-dire des « prises en charge des patients qui arrivent contre leur gré » peuvent amener des difficultés. Finalement, elle a abordé la prise en soin des patients détenus dans les services conventionnels. Elle pense que ce n'est pas adapté et que cela peut compliquer le prendre soin.

Ce que nous pouvons retenir est que pour ces deux infirmières, la combinaison des urgences et de l'UHSI pour la prise en soin des détenus est adaptée. Cependant, chaque service séparément ne pourrait prendre suffisamment bien en soin ces patients, il est ainsi nécessaire de combiner les deux. Même s'ils ont tout de même des inconvénients, leurs nombreux avantages font de ces lieux des unités propices pour soigner les patients détenus.

4. Le manque de confiance

Les objectifs étaient de déterminer les causes et les signes du manque de confiance et le positionnement professionnel vis-à-vis de celui-ci.

Les causes du manque de confiance citées par les infirmières ont été principalement la prison, c'est-à-dire le milieu carcéral. Leur façon de vivre, la surpopulation, le manque de personnel, le vécu de choses difficiles en prison, le manque d'autonomie, la communication difficile avec l'équipe de soin, toutes ces choses impactent la confiance des patients détenus selon les infirmières. Le cadre théorique mentionne également certains de ces items, tels que la nécessité des détenus de communiquer par lettres pour rencontrer un membre de l'équipe soignante. (Gries, 2019, p.56) Cependant, les auteurs exposaient plutôt ce critère comme un élément structurel de l'organisation des USMP. En revanche, ici, les infirmières en parlent comme une cause du manque de confiance. Une autre cause est l'habitude de vie des détenus. L'infirmière de l'UHSI l'explique en disant que les détenus ne peuvent

« faire confiance à personne, que ce soit ton codétenu que ce soit le surveillant ». Ainsi, elle ajoute qu'à leur arrivée à l'UHSI ils gardent cette posture défensive et ont du mal à faire confiance aux soignants qui vont les prendre en soin. Cela est par ailleurs explicité page 9. Cette infirmière exprime aussi que ce sont des personnes qui sont assez isolées, et qui ont un cercle familial restreint, majorant ainsi le manque de confiance. Les faibles interactions sociales et les relations existantes en prison seraient donc des causes de manque de confiance, même si cela n'avait pas été balisé dans le cadre théorique. Cette même infirmière parle aussi du manque d'information ou encore du motif d'hospitalisation qui peuvent fragiliser la mise en place de la confiance. Cela rejoint ce qui a été évoqué dans la partie sur les lieux d'exercice, concernant le motif d'hospitalisation qui peut entraîner des difficultés dans la relation de confiance. L'infirmière des urgences a plutôt mentionné les expériences de vie antérieures à leur détention, comme cause du manque de confiance. Cela rejoint la page 6, explicitant que les détenus ne reflètent pas la population générale, celle-ci étant marginalisée et surexposée aux risques sanitaires. (Deschamps et al., 2006, p.5) Elle a également mentionné que les patients détenus n'aimaient pas l'autorité et que cela ne facilitait pas la mise en place de la relation de confiance. Finalement, le fait qu'ils soient sous surveillance permanente dans les urgences ne leur permettaient pas de se confier facilement. Rostaing évoquait même qu'une bonne relation entre soignant et surveillant pouvait être mal interprétée par les détenus. (2003, p.98)

En ce qui concerne les signes du manque de confiance, je n'ai pas pu les étudier lors de la rédaction de mon cadre théorique. Les entretiens étaient donc l'occasion de les aborder, par un regard infirmier. Elles m'ont toutes les deux parlé du refus de soin comme signe principal du manque de confiance. Elles ont aussi différencié le verbal du non-verbal. Le patient va pouvoir « dire qu'il ne veut pas » comme nous allons pouvoir constater un faciès crispé, une prostration, une attitude opposante. L'infirmière des urgences a ajouté l'agressivité, qu'elle soit verbale ou non-verbale, tandis que celle de l'UHSI a beaucoup parlé de patients fermés ou alors d'une volonté de contrôler les choses : « il voulait ses dossiers médicaux, appeler ses avocats ».

Suite à la question des signes du manque de confiance, je leur ai demandé s'ils étaient spécifiques selon elles aux détenus. Cette question a posé un problème à l'infirmière des urgences qui a mis un temps à répondre que ce n'était pas forcément les détenus, mais qu'elle faisait cette interprétation elle-même. A contrario, l'infirmière de l'UHSI n'a pas eu de mal à me dire qu'ils n'étaient pas spécifiques aux détenus.

Concernant la réaction face au manque de confiance d'un patient, je cherchais à connaître le ressenti des infirmières, qu'est-ce que cela leur provoquait. Elles n'ont pas compris cette question sous cet axe, et je n'ai pas réussi, lors des entretiens, à tourner la question de manière à ce qu'elle puisse comprendre ce que je voulais dire. Cependant, j'ai pu avoir des informations sur la manière de se comporter, quelles solutions elles pouvaient apporter. Elles étaient toutes les deux d'accord sur le fait

qu'il ne fallait pas insister ou obliger les patients : « on peut pas non plus obliger quelqu'un à avoir confiance en nous ». Leurs pensées sont en corrélation avec la page 15 du cadre théorique qui explique que la confiance oscille entre la liberté du patient de se confier, et celle du soignant de l'accepter ou de la refuser. (Sureau, 2018, p.45) Ainsi, si le patient n'est pas prêt pour accorder sa confiance, il convient de ne pas insister, dans un souci de respect de sa volonté.

L'IDE de l'UHSI m'a dit qu'elle essayait de discuter avec ses collègues et de comprendre pourquoi le patient ne faisait pas confiance. Celle des urgences en parle avec les surveillants, afin de leur expliquer qu'elle va prendre plus le temps avec ce patient-là. Elle essaye aussi de prendre du recul vis-à-vis de cette situation. Les auteurs explicitent que le milieu carcéral force les soignants à prendre du recul sur eux-mêmes, soutenant ainsi la remarque de l'infirmière. (Aujard et al., 2016, p.20-21)

L'infirmière n°2 a mentionné être en difficulté lorsqu'un patient manque de confiance et notamment que cela pouvait la bloquer lors des soins, ce que l'autre infirmière n'a pas forcément exprimé. Les auteurs, eux, l'ont mentionné. La complication de soin est une des difficultés liées au manque de confiance, comme l'incompréhension ou le malentendu. (Decroix, 2013, p.47) Les infirmières n'ont pas abordé ces derniers.

Finalement, l'impact du manque de confiance va être, selon l'infirmière des urgences, une différence dans le prendre soin ainsi que dans le comportement soignant. En effet, elle m'explique être « plus sur le qui-vive », « tu essayes de faire au mieux » ou encore qu'on « doit réellement penser son soin ». L'autre infirmière mentionne une absence de verbalisation ou un refus de soin. Nous pouvons remarquer que ceux-ci ont aussi été balisés comme étant des signes du manque de confiance. Il s'agirait donc à la fois de manifestations et de conséquences du manque de confiance. Le refus de soin est également mentionné par les auteurs comme une difficulté liée au manque de confiance, mais pas le manque de verbalisation. (Szapiro-Manoukian, 2021, p.41)

5. La relation de confiance

J'avais deux objectifs concernant ce thème : déterminer les caractéristiques de la relation de confiance avec un patient détenu et les manières de la mettre en place.

Les deux infirmières étaient d'accord sur la présence de difficultés pour instaurer une relation de confiance : « avec ces patients là c'est pas évident la confiance ». L'infirmière des urgences a mentionné le fait qu'ils soient sur la défensive, qu'ils vont essayer d'avoir plus de choses, que la négociation est plus présente. Elle ajoute que « la relation soignant-soigné est totalement différente ». C'est par ailleurs ce que les auteurs disent. Ils ajoutent cependant le fait que les patients aient moins confiance en l'hôpital qu'avant, ce qui peut jouer sur la création de la relation. (Maroudy, 2013, p.27) En ce qui concerne la construction de la relation de confiance, les infirmières ont évoqué plusieurs axes. Elles ont toutes les deux parlé de la temporalité comme un élément impactant cette construction.

L'IDE n°1 a plutôt parlé de prendre plus le temps pendant un soin ou de revenir plus tard. L'IDE n°2 a mentionné une habitude du patient au service et à l'hospitalisation : « puis quelques semaines après [...] ils nous font confiance ». Les auteurs placent aussi le temps comme un élément indispensable pour créer une relation de confiance, même s'ils notent qu'il manque souvent. (Decroix, 2013, p.47) Ils rejoignent ainsi ce que dit la deuxième infirmière quand ils évoquent que la multiplication des soins par le même soignant va créer une routine, ce qui va favoriser la confiance en instaurant un climat de sécurité.

La deuxième solution est de déléguer, que ce soit à un autre professionnel, à un collègue ou à une personne d'un autre sexe. Les deux infirmières ont particulièrement insisté sur le fait de faire passer le médecin, « ça c'est ce qu'ils aiment beaucoup ». Ce point n'est pas du tout abordé par les auteurs. Elles ont ensuite mentionné des qualités relationnelles, telles que la communication, l'explication, la compréhension, l'écoute, l'humour. Ces qualités sont par ailleurs mentionnées par les auteurs, notamment page 10, à l'exception de l'humour. Un autre axe important est l'instauration d'un climat de confiance, comme mentionné page 15 et qui peut être facilité, selon les auteurs, par l'apport de connaissances, élément mentionné par les infirmières. Cela rejoint aussi ce qui a été dit précédemment sur le fait que le manque de connaissances pouvait entraîner un manque de confiance. Il semble donc logique que ce soit un axe de construction de celle-ci. Il faut de plus veiller à la préservation du secret médical tel évoqué par l'infirmière de l'UHSI. Les auteurs qualifient cette confidentialité comme la clé de la relation de confiance. (Aujard et al., 2016, p.21) Pour cette même infirmière, l'intimité doit être préservée, ce qui peut être lié à la partie 1. sur la prise en soin du patient détenu, évoquant que la préservation de l'intimité est parfois plus difficile. Il s'agit alors d'un point sur lequel il faut être d'autant plus attentif. Finalement, l'infirmière des urgences rajoute que se présenter est primordial pour participer à la construction de la relation de confiance. Elle parle aussi de poser un diagnostic au patient ou de discuter en équipe. Enfin, l'important pour elle est de ne pas minimiser les choses et de changer d'approche si cela est nécessaire. Passer par la négociation serait ainsi une solution selon elle.

Notre rôle infirmier par rapport à la confiance est « d'essayer d'instaurer une relation de confiance », « de tout tracer » ou encore de « savoir remettre ses pratiques », propos tenus par l'IDE n°1. La page 7 évoque également la remise en question comme une partie intégrante du prendre soin de l'infirmier. (Michaux, 2017, p.68) Cependant, la traçabilité n'est pas abordée.

Pour l'infirmière des urgences, la relation de confiance va servir à détecter les problèmes, à la relation et au soin lui-même. Cela rejoint les idées de Michon, qui explique que la confiance est le préalable à la relation. (2013, p.37) De plus, la page 14 évoque que la perte de la confiance pourrait constituer une menace. En effet, si la confiance sert à détecter les problèmes des patients, sa perte l'en empêcherait, ce qui pourrait être dangereux. (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.31) L'infirmière de l'UHSI regroupe tout cela en prise en charge globale. Les auteurs parlent des objectifs de la confiance comme une façon

de faire des soins de meilleure qualité, allant ainsi dans le sens de prise en charge globale. (Michon, 2013, p.38)

Les deux infirmières sont mitigées sur le fait qu'il soit possible ou non de pallier le manque de confiance. Elles ont à la fois dit qu'il y avait « certaines choses qu'on ne peut pas faire » et à la fois qu'il « n'y a jamais de non ». Cela peut être relié aux propos de Maroudy, quand il évoque que la confiance est un idéal que l'on voudrait tous atteindre. Ainsi, les infirmières recherchent peut-être absolument cette relation de confiance, d'où leurs réponses, mais elles se rendent compte également que cela n'est pas possible à chaque fois. Maroudy exprime que les conditions nécessaires à la confiance ne sont pas toujours réunies, ce qui rejoint cette idée. (2013, p.27)

L'instauration d'une relation de confiance a aussi ses limites pour l'infirmière de l'UHSI. Elle mentionne que les patients « vont être trop confiants » ce qui peut tendre vers « des situations malsaines ». Par rapport à cela, elle rajoute qu'il « faut réussir à mettre ses limites » et à « cadrer la confiance ».

Finalement, une autre idée intéressante soulevée par l'infirmière des urgences est qu'il est, selon elle, possible de soigner sans confiance et que cela se passe bien.

6. Les différences

Les auteurs ont abordé plusieurs points que les infirmières n'ont pas relevés. Il s'agit de la place du surveillant comme une aide à la prévention des suicides ou le fait qu'ils cherchent à connaître la pathologie du détenu. (Gries, 2019, p.57) Les contraintes de l'UHSI, telles que la non-connaissance de la date des examens, l'isolement amplifié ou encore le fait qu'ils ne puissent pas sortir fumer, n'ont pas non plus été décrites. (Sudre et al., 2018, p.25)

Les infirmières n'ont pas parlé de la charge morale subséquente à la confiance, qui est due au fait de ne pas décevoir la confiance donnée. (Simmel, cité par Lagarde-Piron, 2016, p.249) Les auteurs avaient également abordé l'asymétrie de la relation soignant-soigné, la confiance pouvant ainsi l'abaisser (Michon, 2013, p.38), le rôle actif du patient (Haberey-Knuessi et Obertelli, 2017, p.115) et l'évaluation de la satisfaction du patient à travers la confiance (Phanuel et Hamon-Mekki, 2013, p.30). L'accueil du patient détenu était aussi considéré par les auteurs comme un élément clé pour instaurer la relation de confiance. (Picherie, 2003, p.30)

Discussion

Dans la grande majorité des réponses, les deux infirmières ont donné des caractéristiques différentes et elles n'avaient que très peu d'items en commun, particulièrement dans les parties prendre soin et lieux d'exercice. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait qu'elles aient un milieu de travail différent, engendrant ainsi des caractéristiques de prise en soin différentes. La différence d'expérience est également un critère qui peut expliquer ces divergences. Dans tous les cas, ces résultats confortent mon choix d'interviewer des infirmières de deux milieux différents, et avec une expérience différente. Des résultats variés et complémentaires en ont en effet découlés.

Suite à l'analyse, il y a plusieurs éléments que j'ai besoin d'explicitier ou de détailler.

Tout d'abord, sur le prendre soin du patient détenu. Il a découlé de l'analyse que de nombreuses différences existent dans cette prise en soin et qu'elles vont l'impacter. Il s'agit donc de les repérer d'une part, et de trouver des solutions pour favoriser la qualité de prise en soin, si cela est nécessaire d'autre part.

Par exemple, lors de mon stage à l'UHSI j'ai remarqué que les sujets de conversation étaient assez restreints, mais aussi que les détenus ne discutaient pas beaucoup. Cela met forcément un frein dans la relation soignant-soigné et impacte par conséquent la création de la relation de confiance. Le milieu carcéral a alors bien une influence, selon moi, sur la relation de confiance, de par les difficultés de communication. De plus, ce que je trouve intéressant est le fait que le parcours soit dédié aux détenus. En effet, cela permet d'assurer à la fois la sécurité des soignants, mais aussi de garantir une prise en soin efficace. Cependant, les biais sont pour moi les menottes que les patients doivent garder aux urgences. En effet, je pense que cela place une barrière importante entre le soignant et le patient, ajouté à cela la présence des surveillants qui ne favorise pas l'alliance thérapeutique. Je me demande s'il ne serait pas possible de les enlever, tout du moins lors des soins, en considérant que les surveillants sont toujours à proximité pour assurer la sécurité. D'un autre côté, les soignants doivent se sentir en sécurité pour soigner et pour pouvoir avoir confiance. Cela peut être compliqué si les menottes sont enlevées. Il ne me semble pas qu'il y ait de réponse universelle, je pense que cela va dépendre du soignant, mais aussi du patient lui-même et des surveillants. Une réflexion qui doit donc englober trois parties. Une autre chose concerne la non-connaissance du motif d'incarcération du détenu. Cela me paraît essentiel, car j'ai vécu en stage une situation où les soignants avaient été mis au courant du motif d'incarcération d'un patient. Pour ma part, cela a modifié mon comportement vis-à-vis de ce patient, de manière inconsciente et involontaire. En effet, je savais qu'il ne fallait pas que je prenne en compte cette information, et je n'en avais pas envie, mais le fait est que lors des soins, j'avais une certaine retenue. Cette préservation du secret est ainsi pour moi primordiale afin de garantir une prise

en soin qui soit la plus impartiale possible par rapport au statut de détenu. Ensuite, concernant la préservation de l'intimité, qui est liée à celle de la dignité, elle est selon moi indispensable et ne peut être bafouée. Il est de ce fait nécessaire de veiller à sa préservation, même dans le cas où la présence des surveillants se révèle indispensable, des solutions doivent être mises en place pour respecter ce droit. Il n'est ainsi pour moi pas pensable de laisser la porte ouverte lors d'un soin intime par exemple. Par rapport au changement de comportement du soignant face à un patient détenu, je pense que cela est lié à l'expérience du soignant. En effet, je pense que cette appréhension est majorée par le fait de ne pas avoir l'habitude de soigner des détenus. Le contexte particulier des urgences ne facilite en conséquence pas l'assurance des soignants qui y travaillent, et encore moins ceux ayant moins d'expériences. Cela est appuyé par le fait que l'infirmière de l'UHSI, qui y travaille depuis 9 ans, n'a pas du tout abordé ce sujet. Je pense que l'expérience auprès de détenus va faciliter la confiance des soignants envers ces patients.

Lors de mon stage, j'ai trouvé que les patients respectaient plus les soignants, car ils savent que nous sommes là pour les aider, et ils n'ont pas cette relation d'autorité qu'ils peuvent avoir avec les surveillants.

J'ai également relevé plusieurs choses parmi les résultats de l'analyse, notamment une confiance plus difficile à construire, englobant plusieurs dimensions et reliée à la méfiance.

Les infirmières n'ont pas identifié la confiance rationnelle, liée aux compétences techniques, décrite par les auteurs page 12. Peut-être est-ce dû au fait que l'on associe la confiance avec la relation ? Cependant, je pense que le côté technique, même s'il reste moins important que le relationnel, a un rôle à jouer dans la confiance du patient. En étant étudiante, j'ai pu remarquer que beaucoup de patients nous demandent si c'est la première fois que l'on fait une prise de sang par exemple, et ils semblent appréhender le fait que ce soin soit fait par une débutante. Ainsi, cela montre bien que la confiance des patients est aussi liée aux compétences techniques du soignant et qu'ils ont une place à part entière dans son instauration.

Par rapport à la confiance en soi, je pense en effet que celle-ci est nécessaire car, en rejoignant ce qui a été dit précédemment, si le patient sent que nous ne sommes pas en confiance dans un soin, il va douter sur nos capacités techniques par exemple et, par conséquent, ne va pas avoir confiance en nous.

La confiance du soignant envers le patient est une confiance que je n'avais pas considérée avant ces entretiens, et qui m'a apporté une nouvelle perspective. En effet, je pense que la relation de confiance ne peut se construire sans réciprocité et je n'avais pas envisagé celle envers le patient, qui me paraît maintenant primordial pour instaurer la relation. Si je prends l'exemple de la distribution des médicaments, je m'attarde toujours à dire au patient à quoi ils servent. Je trouve que cela aide le patient à comprendre ce qu'il prend, à être acteur de sa prise en soin, et à favoriser l'observance.

Surtout, cela va entretenir la relation de confiance entre lui et moi, par le fait qu'il va sentir que l'on s'intéresse à sa compréhension de ses traitements, et qu'on prenne le temps de lui expliquer. Ainsi, si je transfère cela à mon sujet, la connaissance des patients de leurs traitements ou du but de chaque soin, va promouvoir l'alliance thérapeutique. Cette confiance est donc primordiale et de plus facile à mettre en place au quotidien.

L'UHSI semble être un lieu adapté à la prise en soin des détenus de par ses conditions de travail, la singularité des patients ou encore la sécurité. D'un autre côté, les urgences sont également indispensables dans le parcours des patients détenus, même si les conditions de travail n'y sont pas toujours favorables. Ainsi, la temporalité différente de ces deux lieux d'exercice en fait des unités complémentaires et interdépendantes.

Une autre remarque que je peux faire est le fait que plusieurs items sont pour moi perceptibles uniquement sur le terrain. Par exemple, l'expérience de l'équipe à l'UHSI. Il s'agit en effet d'une sensation et d'habitudes de terrain qui ne sont pas des choses théoriques, mais qui se distinguent dans la pratique. A l'instar de ce qui a été dit précédemment, l'expérience de l'équipe apparaît selon moi indispensable. Déjà, pour le simple fait que la prise en soin des détenus est particulière, et que l'expérience permet de distinguer ces singularités afin de mieux s'adapter. Aussi, l'appréhension du soignant face au patient détenu semble diminuer avec l'expérience, et par conséquent, favoriser le climat de confiance.

De plus, avant ces entretiens, je ne pensais pas que les urgences étaient adaptées à la prise en soin des détenus. Avec le retour d'expérience de l'infirmière, j'ai réalisé qu'effectivement cette unité avait ses avantages. En effet, la temporalité et la rapidité d'accès aux examens en font un lieu idéal pour établir un diagnostic rapidement. En revanche, ce qui apparaît compliqué est le positionnement professionnel auprès des patients détenus. Comme les infirmières l'ont notifié, il y a des différences de prise en soin et les détenus sont isolés, ce qui met une barrière physique et entraîne une différenciation inévitable. Cela me questionne sur notre posture, car comment peut-on soigner sans faire de différence, quand la configuration fait tout pour séparer les détenus ? Comment peut-on ne pas être conditionné à l'instant même où nous franchissons le seuil des box et donc avant même de voir le patient ? « L'hyper-sécurité » existante dans ce service a par conséquent forcément un impact sur les soignants, notamment lorsqu'ils n'ont pas cette expérience auprès des détenus, d'où le conditionnement préexistant à la prise en soin. D'un autre côté, la séparation des patients détenus n'est pas un sujet sur lequel il peut y avoir débat, les soigner avec les autres patients n'est pas envisageable. Il y a de ce fait un travail à réaliser sur la posture soignante, car celle-ci est inévitablement impactée par la configuration des lieux aux urgences.

Ce qui est ressorti des entretiens est la multiplicité des causes du manque de confiance avec une grande place du milieu carcéral dans celles-ci. Les signes du manque de confiance apparaissent

également nombreux, mais ne seraient pas spécifiques aux détenus. Face à cela, les infirmières ont des ressources, telles que l'échange avec les collègues ou les surveillants, ou encore ne pas obliger les détenus à faire confiance. Je suis par ailleurs en accord avec cette dernière. Pour moi, le patient est libre de pouvoir décider d'accepter de faire les choses par exemple, et c'est même un fondement du prendre soin. Même si, en tant qu'infirmière, nous devons essayer de construire cette relation de confiance, j'ai pu voir à travers ce mémoire qu'elle nécessite deux personnes. Ainsi, lorsque tout a été mis en place pour l'instaurer, le soignant doit apprendre à accepter le positionnement du patient, même si cela n'est pas forcément évident. Il s'agit d'un travail sur soi à faire par le soignant, certes difficile, mais indispensable pour garantir sa quiétude d'esprit.

Par les résultats, je peux en conclure que la structure même de la prison ainsi que son fonctionnement sont sources de manque de confiance, ce qui montre bien que ce milieu a des conséquences sur la relation de confiance. Cela veut dire aussi que nous avons la possibilité d'agir de manière assez simple, en modifiant par exemple l'accès au soin dans les structures internes des prisons. A contrario, cela veut aussi dire que, à court terme, toutes les conditions ne sont pas réunies pour construire une relation de confiance. Ainsi, lors de la prise en soin du détenu, nous partons avec des difficultés supplémentaires, ce qui va entraîner des démarches d'autant plus importantes pour arriver à une confiance mutuelle.

Ce qui m'a manqué en revanche est le ressenti des infirmières face à un patient qui n'a pas confiance. En effet, comme je l'ai explicité plus haut, elles n'ont pas compris le sens de ma question et je n'ai donc pas pu explorer ce côté de mon sujet. Cela m'aurait aidé à baliser le type d'émotions qui traversent les soignants et ainsi déterminer comment les gérer. Pour ma part, lors des situations que j'ai expérimentées, j'ai été troublée par ce manque de confiance, déstabilisée et frustrée de ne pas pouvoir prendre soin correctement ce patient. Pour ce dernier point, nous avons vu précédemment qu'il fallait apprendre à accepter ce manque de confiance. Ainsi, même si la prise en soin ne nous convient pas, il faut garder en tête que celle-ci ne pourra pas toujours être idéale ni même réussie. Je pense que le fait d'être déstabilisée est un peu plus difficile à gérer, mais qu'il est aussi dû au fait que je sois étudiante. En effet, la multiplication de ce genre de situation nous permet de réussir à trouver des stratégies afin de les traiter et de ne pas se mettre en trop grandes difficultés. Cependant, sans grande expérience, cette situation n'est pas simple, car selon moi, le patient se rend forcément compte que nous n'arrivons pas à gérer la situation et cela ne participe pas à la création d'un climat de confiance.

La relation de confiance est difficile à instaurer avec les patients détenus. Les infirmières ont tout de même des astuces, telles qu'une temporalité adaptée ou encore des qualités relationnelles. L'utilité de cette relation est à la fois de détecter les problèmes, mais aussi de créer le soin en lui-même et d'avoir une prise en soin globale. Quant à la réussite de son instauration, les infirmières n'ont pas réussi à trancher sur le fait qu'il soit possible de pallier le manque de confiance, mais il semble tout de

même que cette relation de confiance ne puisse s’instaurer dans toutes les situations. Dans ces cas-là, il serait alors possible de soigner sans confiance.

L’infirmière de l’UHSI n’avait pas abordé la non-connaissance des dates des examens par les patients détenus. Je pense cependant que cela joue une part importante dans le manque de confiance des patients. En effet, il me paraît difficile de faire confiance à une personne lorsque nous sommes dans un milieu incertain avec des horaires d’examens inconnus. Je pense que l’hôpital est déjà un milieu assez stressant et je l’ai vu avec les patients du secteur conventionnel. L’approche d’un examen n’est jamais un moment facile. Si en plus ils ne connaissent ni la date ni l’heure, je pense que les patients peuvent avoir l’impression de ne rien contrôler, indépendamment de leur volonté, ce qui pourrait correspondre à une confiance forcée : ils sont dans un état de vulnérabilité, mais sans consentement de leur part ; ainsi, la confiance ne peut pas se faire.

Ensuite, l’accueil du patient m’apparaît également comme un moment principal pour instaurer une relation de confiance. En effet, cela constitue le premier regard porté vers l’hôpital et plus particulièrement vers l’équipe de soin, et si cela se passe mal, il se peut que tout le séjour soit impacté. De plus, dans l’éventualité où le soignant renvoie au patient certains signes, cela peut instaurer un climat de méfiance de la part du patient, climat qui sera d’autant plus difficile et plus long à défaire. Notre rôle soignant est par conséquent de faire en sorte que l’arrivée du patient détenu se passe pour le mieux, et d’adopter une attitude qui ne porte pas à confusion.

Je pense qu’avec tous les apports que j’ai pu avoir tout au long de ce mémoire, je peux dire que la relation de confiance en carcéral n’est pas faisable dans toutes les situations. En effet, il y a indubitablement une faille chez le soignant ou chez le patient, et si ce n’est pas le cas, il reste le milieu carcéral pour fragiliser cette confiance. Ainsi, si je pars de ce constat, je pense qu’il est possible de créer une relation de confiance en milieu conventionnel dans tous les cas, avec du temps, le milieu y étant favorable. Le milieu de soin est donc selon moi un critère indispensable à prendre en compte pour élaborer une relation de confiance. En revanche, si je reprends les critères de construction de cette relation, le temps est un item clé selon les infirmières, mais aussi selon les auteurs. Ainsi, lors d’une hospitalisation dans un service de chirurgie par exemple, la relation de confiance peut ne pas se créer en si peu de temps. En conséquence, elle ne peut peut-être pas s’instaurer avec tous les patients dans tous les milieux de soin.

A travers tous ces constats et dans une optique de projection vers un autre travail de recherche, je peux formuler la problématique suivante :

Dans quelles mesures la posture de l’infirmier face à un environnement de soin particulier va influencer la construction de la relation de confiance avec un patient ?

Conclusion

Je suis partie d'un évènement qui a soulevé des problématiques, à la recherche de solutions et de modifications dans ma posture professionnelle, afin d'être capable de mieux gérer ce genre de situations. Aujourd'hui, ma perspective est différente. Si j'ai pu trouver des solutions pour construire une relation de confiance, j'en suis arrivée à la conclusion qu'il faut savoir accepter le fait que la relation ne se crée pas, ce que je considérais comme un échec.

J'en suis arrivée là grâce à des lectures approfondies sur trois mots-clés : milieu carcéral, prise en soin, relation de confiance. J'ai ainsi pu baliser la théorie et en retenir de nombreux éléments. Parmi ceux-ci, la présence de contraintes en carcéral pouvant altérer les droits des détenus ainsi que la pratique dans les lieux de soins les accueillant, le prendre soin particulier des détenus et qui requiert de se soumettre à des obligations, le champ large balisant la relation de confiance. Ainsi, j'en ai retenu que la mise en place de la relation de confiance, déjà complexe avec les patients, est contrainte par le milieu carcéral, ce qui va inévitablement modifier notre prise en soin.

Après avoir décidé de faire des entretiens semi-directifs pour avoir un réel échange avec les infirmières et des réponses spontanées, j'ai réalisé l'analyse des entretiens. A la suite de celle-ci, plusieurs résultats ressortent. Le premier est qu'il existe des différences structurales et comportementales – la présence de surveillants par exemple ou des difficultés dans la communication – dans la prise en soin du patient détenu, qui vont inéluctablement avoir un impact sur celle-ci. Ensuite, les infirmières ont repéré le côté multidimensionnel de la confiance, ce qui engendre des difficultés importantes pour la mettre en place. La confiance du soignant envers le patient apparaît également indispensable pour construire une relation de confiance. De plus, les lieux d'exercice des infirmières leur apparaissent propices à une bonne prise en soin du patient détenu, et ils sont d'ailleurs complémentaires. Si l'un permet de faire un diagnostic rapide, l'autre, de par sa patientèle singulière et ses conditions de travail, permet une prise en soin appropriée du patient détenu.

A travers toutes ces recherches, ma question de départ a été étudiée sous de nombreuses formes. Pour rappel, j'avais formulé la problématique suivante : En quoi la relation de confiance du patient détenu hospitalisé envers l'infirmier influe sur sa prise en soin soignante ? Ce que je peux en dire aujourd'hui est déjà que le milieu carcéral, et même parfois le patient détenu lui-même, vont modifier notre prise en soin. Que ce soit face à l'hyper-sécurité ou bien face au statut de détenu, notre comportement soignant est forcément impacté. Ainsi, nous modifions notre prise en soin, de manière volontaire ou non. Ensuite, le manque de confiance va également avoir des conséquences sur le prendre soin. Ce dernier va être axé sur la recherche de solution pour pallier ce manque de confiance, qui va être dépendante du milieu carcéral et de ses contraintes.

Les apports pour ma future pratique ont été nombreux et ne concerne pas forcément que le milieu carcéral. En effet, j'ai pu constater que la confiance n'est pas seulement dépendante d'un seul axe, mais qu'au contraire, elle est très vaste. Cela va m'aider lors de situations de manque de confiance, à prendre en compte un nombre d'éléments beaucoup plus grands qui me permettront de construire la relation. Je porterai par ailleurs une attention particulière à la confiance que j'ai envers les patients. Elle est indispensable à la relation soignant-soigné particulière qu'est celle de la confiance, et cela est valable pour tous les milieux de soin. En ce qui concerne le milieu carcéral, je sais maintenant que nous ne partons pas du même niveau pour construire la relation de confiance et que donc il est nécessaire de travailler d'autant plus arduement à sa mise en place. Si je suis amenée à travailler aux urgences, je prêterai aussi plus d'attention à la configuration des lieux qui peut entraîner un conditionnement avant même d'avoir vu le patient. J'essaierai ainsi de le réduire le plus possible ou tout du moins d'en avoir conscience afin de ne pas pénaliser le patient dans la relation.

Ce qui a été difficile est le fait d'avoir dû changer de référent de mémoire dès le début de l'année. En effet, je pense que chaque référent a sa propre façon de voir le mémoire et de gérer l'encadrement, ce qui a fait que ce que m'avait demandé ma première référente n'était pas la même chose que me demandait Mme Tostivint. J'ai alors dû réajuster et recommencer une partie du travail au début de l'année. Ensuite, la situation de départ m'a posé des difficultés, car je n'arrivais pas à la relier à mon sujet. En effet, j'ai choisi mon sujet non pas à partir d'une situation, mais à partir de ma réflexion sur les problématiques du carcéral. Ainsi, rattacher une situation de départ a été plus complexe pour moi. Finalement, le balisage du nombre de pages m'a obligé à restreindre l'écriture de ce mémoire, ce qui a été assez frustrant. J'avais en effet l'impression de ne pas aller au bout.

Ce mémoire a été extrêmement enrichissant pour moi et très plaisant à écrire. J'ai pu acquérir de nombreuses connaissances théoriques, notamment sur la confiance, mais aussi assimiler des éléments qui me permettront d'ajuster ma posture professionnelle lors de mon futur exercice. De plus, le fait de travailler sur ce mémoire tout au long de l'année m'a permis d'évoluer avec celui-ci et d'assimiler d'autant plus rapidement les nouvelles informations que je recevais. J'ai ainsi pu modifier mon positionnement professionnel de manière crescendo, ce qui l'a rendu plus solide à mon sens.

Bibliographie

Ouvrages

- Duluc, A. (2008). *Leadership et confiance, développer le capital humain pour des organisations performantes*. (2^e éd.). Paris : Dunod.
- Eloi, L. (2019). *L'économie de la confiance*. La Découverte.
- Lagarde-Piron, L. (2016). La confiance dans les soins infirmiers. Dans Delaye, R. et Lardellier, P. (dir). *La confiance : Relations, organisations, capital humain* (p. 242-256). EMS Editions. <https://doi-org.passerelle.univ-rennes1.fr/10.3917/ems.delay.2016.01.0242>
- Maroudy, D. (2014). *Don d'organes en situation de mort encéphalique. Manuel pour l'entretien des familles*. Elsevier Masson
- Noto-Migliorino, R-E. (2018). *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer*. (2^e éd.). Elsevier Masson
- Pépin, C. (2018). *La confiance en soi, une philosophie*. Allary Editions.

Articles

- Alderson, M., Saint-Jean, M., Therriault, P-Y., Rhéaume, J., Ruelland, I. et Lavoie, M. (2013). La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients. *Recherche en soins infirmiers*, 2(113), 95-106. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-2-page-95.htm>
- Aujard, S., De Brisoult, B., Broussard, D., Petitclerc-Roche, S. et Lefort, H. (2016). Soins en milieu carcéral. *Soins*, (803), 19-22.
- Bazex, H., Bayle, P. et Michel, G. (2008). Le vécu de détenus hospitalisés dans une Unité Sécurisée Hospitalière Interrégionale. L'intérêt du repérage des défenses mobilisées dans le cadre des relations avec les personnels soignants et pénitentiaires. *Annales Médico-Psychologiques*, (166), 1-19.
- Brulé, S., Jacob, A., Lagarde, P., Michel, M., Clergue, F. et Weiss, F. (2018). Quel parcours de soins pour un patient détenu en chirurgie ambulatoire ? *La revue de l'infirmière*, (246), 26-27.
- Calvar, R. (2011). Dispositif de soins. Etat des lieux. *Gestions hospitalières*, (506), 305-307.
- De Jésus, A., Brient, C. et Bouchard, J-P. (2018). Réponses sanitaires proposées aux personnes incarcérées. *La revue de l'infirmière*, (246), 16-18.
- Decroix, G. (2013). Confiance et conflits dans les soins, éléments juridiques. *Soins*, (779), 45-47.
- Gildas R., (2000). De la confiance. *L'enseignement scientifique*, (5), 1.

- Gries, L. (2019). Entre les murs, la relation prime. *L'infirmière magazine*, (407), 56-58.
- Grinfeld, A. (2013). Faut-il vraiment choisir entre le « cure » et le « care » ? *Soins* (106), 23-26.
- Haberey-Knuessi, V. et Obertelli, P. (2017). La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*, (35), 107-117.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin. *Perspectives soignantes*, (4), 30-48
- Jarry, A., Quineros, K., Walquan, N. et Larode, A. (2018). L'infirmière, en première ligne de la demande de soins en milieu carcéral. *La revue de l'infirmière*, (246), 19-21
- Kraüth, S. (2018). La prise en charge des personnes détenues. UHSI, UHSA, ... Le début d'un nouveau cycle ? *Gestions hospitalières*, (579), 539-541.
- Lehmann, J-P. (2005) Ce que « prendre soin » peut signifier. *Le Coq-héron* (180), 50-54.
- Maroudy, M. (2013). Une alliance entre le patient et le soignant. *Soins*, (779), 27.
- Mel, E. (2019). Les droits du patient détenu. *La revue de l'infirmière*, (251), 53-54.
- Michaux, L. (2017). Les mots du prendre soin. *Perspectives soignantes* (58), 45-70.
- Michon, F. (2013). La confiance, un levier de la qualité des soins. *Soins*, (779), 36-38.
- Phaniel, D. et Hamon-Mekki, F. (2013). L'information nécessaire pour une relation de confiance. *Soins*, (779), 32-33.
- Phaniel, D. et Hamon-Mekki, F. (2013). La relation pour instaurer la confiance dans les soins. *Soins*, (779), 30-31.
- Picherie, E. (2003). Le rôle des infirmiers dans les prisons. *Actualité et dossier en santé publique*, (44), 30-31.
- Richard, G. (2000). De la confiance. *L'enseignement philosophique*, (5), 24-33
- Roger C., James H. and David Schoorman F. (1995). An Integrative Model of Organizational Trust. *The Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
https://www.jstor.org/stable/258792?seq=4#metadata_info_tab_contents
- Rostaing, G. (2003). Ethique des pratiques de santé en milieu pénitentiaire. *Espace éthique, La lettre*, (15-16-17-18), 97-100.
- Sudre, E., Leveque, E., Kandji, M., Brun, M., Picaud, S. et Bedry, R. (2018). Les UHSI dans le dispositif de soins somatiques aux détenus. *La revue de l'infirmière*, (246), 24-25.
- Sureau, P. (2018). De la confiance dans la relation de soin. *Soins*, (824), 44-46.
- Szapiro-Manoukian, N. (2021). La relation de confiance, élément essentiel du soin. *L'infirmière*, (6), 40-42.
- Thominet, P. (2013). Ethique et relation de confiance. *Soins*, (779), 28-29.
- Zucker, L. G. (1986). Production of trust : Institutional sources of economic structure, 1840–1920. *Research in Organizational Behavior*, (8), 53-111.

Rapports

- Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et service de la communication et des relations internationales (SCERI). (2007). *L'administration pénitentiaire en France*. Ministère de la Justice. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf
- Direction de l'Administration Pénitentiaire. (2019). *Statistique des établissements des personnes écrouées en France*. Ministère de la justice. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_octobre_2019_.pdf
- Deschamps, C., Ameisen, J-C., Bloch-Laine, J-F., Caverni, J-P., Dinechin, O., Korsia, H., Le Coz, P., Michaud, J., Roux, M., Seligmann, M., Stasi, M., Bizouarne, F., Douarre, R., Levy, T., Le Floch-Prigent, L. et Paulet, C. (2006). *La santé et la médecine en prison*. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis094.pdf>
- Institut de veille sanitaire (INVS) (2014), *Etats des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger*. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11483.pdf>

Dictionnaires

- Confiance. (s. d.). Dans *Dictionnaire de l'Académie Française*. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3500>
- Méfiance. (s. d.). Dans *Dictionnaire de l'Académie Française*. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M1556>
- Relation. (s. d.). Dans *Dictionnaire de l'Académie Française*. <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1460>

Pages Web

- Observatoire international des prisons. (2020, 1^{er} janvier). *Combien y a-t-il de prisons en France et quels sont les différents types d'établissements pénitentiaires ?* <https://oip.org/en-bref/combien-y-a-t-il-de-prisons-en-france/>

Annexes

Sommaire

Annexe I : Situations d'appels

Annexe II : Guides d'entretien

IDE aux urgences

IDE à l'UHSI

Annexe III : Retranscription des entretiens

Retranscription entretien IDE aux urgences

Retranscription entretien IDE à l'UHSI

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

Annexe I : Situation d'appel

Je suis rendue à la mi-stage et j'ai donc gagné en autonomie et en savoirs. Je m'occupais de cinq patients dont Mr K. Ce patient est arrivé à l'UHSI à la suite d'une ingestion de trombones qui a été prise en charge chirurgicalement par laparotomie. Dès son arrivée dans l'unité, Mr K a montré des signes de manque de confiance à la fois en l'équipe soignante et en l'équipe pénitentiaire. Par exemple, il nous contredisait dans nos explications et nous assurait que c'est lui qui avait raison, malgré les arguments que l'on pouvait lui apporter. Aussi, il pensait que ses demandes n'allaient pas être écoutées, comme quand il avait donné une lettre à un surveillant et qu'il nous avait dit derrière qu'il était sûr que sa demande n'allait pas être transmise. De plus, il demandait fréquemment à des personnes différentes si sa lettre avait bien été transmise. Ou encore il souhaitait parler à une autre personne après qu'on lui ait donné des explications qui ne lui convenaient pas.

Pour illustrer ces éléments, j'ai choisi une situation qui concerne l'administration d'un antalgique. En effet, Mr K a été assez douloureux tout au long de son séjour et ce jour-là, il sonne car la douleur était trop importante. Je regarde alors sur le plan de soin ce que je peux lui donner : du paracétamol et son AINS LP (Libération Prolongée) qu'il avait en systématique le soir. Le surveillant nous ouvre alors la porte de sa chambre, à moi et à l'infirmier, et j'explique au patient les buts des deux traitements que j'apporte. En voyant le paracétamol, il refuse de le prendre car il nous dit que cela n'a pas d'effet sur lui et qu'il veut la morphine. Je lui explique que je ne peux pas lui donner autre chose car les délais sont trop courts pour avoir des paliers plus élevés. Dès ce moment-là, il a arrêté de m'écouter et j'ai

perdu toute possibilité d'avoir une communication efficace avec lui. En effet, il continuait de me demander la morphine et n'écoutait pas mes explications sur les seuls traitements que je pouvais lui donner. Je continue tout de même à lui expliquer mais il n'entend toujours pas ce que je lui dis et nous dit alors que nous ne prenons pas en compte sa douleur et que nous ne l'écoutons pas. Je lui dis que le manque d'écoute de notre part n'est pas une sensation que je partage car j'entends bien sa demande mais je suis bloquée par les prescriptions et je ne peux pas faire plus. De plus, en lui expliquant l'intérêt de l'AINS dans la prise en charge de la douleur, Mr K s'oppose à mes explications et m'assure que ce traitement n'a pas d'effet antalgique. Il me dit que ce traitement est efficace pour les spasmes mais que cela ne fait rien pour la douleur. J'essaye de lui expliquer à nouveau que c'est une catégorie de traitements certes différente mais également efficace pour les douleurs mais Mr K continue de nier l'effet antalgique du traitement et m'assure qu'il a raison : « Moi je sais ». En voyant que je n'arrivais pas à communiquer avec Mr K. et qu'il commençait à s'énerver de plus en plus, je décide de quitter la chambre. En sortant de la chambre, j'étais assez déstabilisée par l'attitude de Mr K et par le fait que je n'ai pas réussi à ce qu'il m'écoute réellement. De plus, je ne savais pas s'il fallait que je continue mes explications ou s'il aurait fallu agir autrement pour réussir à ce qu'il ait confiance en ce que je lui disais.

Tout au long du séjour, la prise en soin de Mr K a été complexe car il n'existait aucune relation de confiance avec l'équipe. Comme la situation précédente l'illustre, ce manque de confiance a entraîné une mise en échec des démarches soignantes entreprises et ainsi une qualité de prise en soin insatisfaisante pour les soignants.

Annexe II : Guides d'entretien

IDE aux urgences

Bonjour, mon mémoire traite de la gestion, par l'infirmier, du manque de relation de confiance avec un patient détenu. Je vais utiliser cet entretien pour mon mémoire mais celui-ci reste sera anonymisé.

Est-ce que tu veux bien que j'enregistre l'entretien ?

- Est-ce que tu peux te présenter brièvement ? (parcours professionnel)
- Au cours de ton exercice professionnel aux urgences, tu as eu à prendre en soin des patients détenus, est-ce que cette prise en soin diffère d'une prise en soin classique ?
- Rencontres-tu des difficultés à communiquer avec ce type de patient ? Observes-tu des difficultés à instaurer une relation de confiance ?
- Comment te sens-tu face à un patient détenu qui manque de confiance envers toi ? (Quelles difficultés rencontres-tu ? Qu'est-ce qui se passe bien ?)
- Qu'est-ce qui te fait dire que ce patient manque de confiance ? (Quelle est ta définition de la confiance ? Quels sont les éléments qui montrent le manque de confiance du patient ? Est-ce que ces signes sont spécifiques au manque de confiance des patients détenus ?)
- A ton avis, d'où vient ce manque de confiance du patient détenu ? (Est-ce que le milieu carcéral l'amplifie ? Si oui, quels éléments pourraient l'expliquer ? Les patients détenus sont-ils plus à même de manquer de confiance aux soignants ?)
- Quel est l'impact du manque de confiance du patient détenu sur notre prendre soin (prise en charge) ? (A quoi sert la relation de confiance ? Sans confiance, qu'est-ce qui va changer dans notre prendre soin (prise en charge) ?)
- Comment réagir face à ce manque de confiance ? et à la mise en échec de notre pratique ? Comment t'es-tu sentie face à cet échec ?
- Quel est notre rôle en tant qu'IDE en milieu carcéral par rapport à la relation de confiance ? Est-il différent de celui en milieu conventionnel ?
- Que peut-on mettre en place pour pallier à ce manque de confiance ? est-il possible d'y pallier ? (Quelles sont les différentes solutions qui peuvent nous permettre de créer une relation de confiance avec un patient ? Est-il possible de créer une relation de confiance avec un patient qui a mis en échec tout ce qu'on mettait en place pour son prendre soin (prise en charge) ?)
- Est-ce que tu penses que le fait d'être dans un milieu conventionnel te met en difficulté pour faire face à ces patients ?
- En ayant travaillé avec des détenus et à l'UHSI et aux urgences, est-ce que le milieu conventionnel permet une prise en soin adaptée ? autant qu'à l'UHSI ? plus ? moins ?
- As-tu quelque chose à rajouter ?

Merci de m'avoir accordé ce temps.

IDE à l'UHSI

Bonjour, mon mémoire traite de la gestion, par l'infirmier, du manque de relation de confiance avec un patient détenu. Je vais utiliser cet entretien pour mon mémoire mais celui-ci reste sera anonymisé.

Est-ce que tu veux bien que j'enregistre l'entretien ?

- Est-ce que tu peux te présenter brièvement ? (parcours professionnel)
- Au cours de ton exercice professionnel en milieu carcéral, tu as eu à prendre en soin des patients détenus, qu'est-ce qui t'as donné envie de travailler avec ce type de patients ?
- Rencontres-tu des difficultés à communiquer avec ce type de patient ? Observes-tu des difficultés à instaurer une relation de confiance ?
- Comment te sens-tu face à un patient détenu qui manque de confiance envers toi ? (Quelles difficultés rencontres-tu ? Qu'est-ce qui se passe bien ?)
- Qu'est-ce qui te fait dire que ce patient manque de confiance ? (Quelle est ta définition de la confiance ? Quels sont les éléments qui montrent le manque de confiance du patient ? Est-ce que ces signes sont spécifiques au manque de confiance des patients détenus ?)
- A ton avis, d'où vient ce manque de confiance du patient détenu ? (Est-ce que le milieu carcéral l'amplifie ? Si oui, quels éléments pourraient l'expliquer ? Les patients détenus sont-ils plus à même de manquer de confiance aux soignants ?)
- Quel est l'impact du manque de confiance du patient détenu sur notre prendre soin (prise en charge) ? (A quoi sert la relation de confiance ? Sans confiance, qu'est-ce qui va changer dans notre prendre soin (prise en charge) ?)
- Comment réagir face à ce manque de confiance ? et à la mise en échec de notre pratique ? Comment t'es-tu sentie face à cet échec ?
- Quel est notre rôle en tant qu'IDE en milieu carcéral par rapport à la relation de confiance ? Est-il différent de celui en milieu conventionnel ?
- Que peut-on mettre en place pour pallier à ce manque de confiance ? est-il possible d'y pallier ? (Quelles sont les différentes solutions qui peuvent nous permettre de créer une relation de confiance avec un patient ? Est-il possible de créer une relation de confiance avec un patient qui a mis en échec tout ce qu'on mettait en place pour son prendre soin (prise en charge) ?)
- Est-ce que tu penses que le fait d'être dans un milieu carcéral t'aide à faire face à ces patients ?
- As-tu quelque chose à rajouter ?

Merci de m'avoir accordé ce temps.

Annexe III : Retranscription des entretiens

Retranscription entretien IDE aux urgences

(ESI : Etudiant en Soins Infirmiers) Bonjour, mon mémoire, du coup, traite de la gestion, par l'infirmier, du manque de relation de confiance avec un patient détenu. Du coup, je vais utiliser cet entretien pour mon mémoire, mais il restera anonymisé, est-ce que tu veux bien que j'enregistre ?

(IDE) Bien sûr.

(ESI) Ça marche. Alors déjà est-ce que tu peux te présenter brièvement, avec ton parcours professionnel ?

(IDE) Alors, moi je m'appelle ... donc je suis infirmière sur le SDR, donc le SDR c'est le service de remplacement, c'est-à-dire que je fais tous les services de l'hôpital. J'ai débuté de jour dans un service de neurochirurgie. Et donc depuis 2018, je suis infirmière sur le SDR de nuit.

(ESI) Ok. D'accord donc en passant par les urgences, sur tout l'hôpital en fait ?

(IDE) Oui.

(ESI) D'accord, ok. Donc au cours de ton exercice professionnel, donc t'as travaillé aux urgences et tu as eu à prendre en soin des patients détenus du coup ?

(IDE) Oui

(ESI) Et est-ce-que cette prise en soin ça diffère d'une prise en soin classique ?

(IDE) Pour moi oui, ... alors je parle notamment du coup aux urgences, c'est vrai que lorsqu'on arrive, déjà on est prévenu que ce sont des détenus et ils arrivent pas de la même manière que des patients lambdas. Ils sont forcément accompagnés par des surveillants pénitentiaires, ils sont isolés dans des box spéciaux donc par rapport à ça déjà c'est différent d'un patient lambda.

(ESI) Ok, d'accord. Et est-ce que tu rencontres des difficultés à communiquer avec ce type de patient ?

(IDE) On va dire que dans la posture que je peux avoir, je suis un peu plus méfiante, on ne sait pas effectivement ce qu'ils ont fait, ils sont en général menottés, on fait plus attention à ce qu'on va mettre en tout cas à ses côtés. La première fois qu'on m'avait prévenu en fait d'un détenu, on m'avait demandé à ce que je ne rentre pas avec des, par exemple, des ciseaux qui sont piquants, ne pas prendre ses couverts si jamais on mange pas très très loin. Donc oui.

(ESI) Donc ça diffère un peu.

(IDE) Oui.

(ESI) Ok. Et du coup avec les surveillants, ils sont en fait toujours avec le patient ou ils peuvent s'éloigner un peu ?

(IDE) Alors, pour les situations que j'ai pu avoir, en général la porte elle est ouverte, donc ils peuvent voir le soin. On essaye de faire un maximum, en tout cas moi de mon côté j'essaie de faire un maximum pour qu'ils ne puissent pas le voir, mais oui les surveillants sont toujours à proximité en général.

(ESI) Et du coup c'est dans des box qui sont réservés à ces patients détenus tout le temps ou ?

(IDE) Alors, je sais que aux urgences on a un module donc c'est dans le module A ou il y a un box vraiment avec une vidéosurveillance, une porte où ils arrivent vraiment que par là donc c'est pas une entrée, pas l'entrée on va dire des gens qui, qui viennent normalement aux urgences, ... Ils sont isolés effectivement il peut y avoir qu'une seule, qu'un seul détenu dedans, ... Voilà, de façon générale

(ESI) Ok, ça marche. Et est-ce que du coup t'observes des difficultés à instaurer une relation de confiance avec ces patients ?

(IDE) Tu parles toujours aux urgences ?

(ESI) Oui toujours aux urgences.

(IDE) ... C'est plus difficile, ça c'est clair. En général quand les patients détenus arrivent, ils sont un peu sur la défensive, ils vont essayer de tester pour essayer d'avoir peut-être plus de choses, ... pour toutes les fois que j'ai rencontrées ouais c'est plus difficile. On doit tout le temps essayer de négocier, expliquer ce que l'on fait, la relation soignant-soigné elle est totalement différente, comparé à d'autres patients.

(ESI) Et du coup toi comment tu te sens face à un patient qui manque de confiance envers toi ? ... Si t'as déjà eu des situations.

(IDE) C'est déjà arrivé effectivement. Déjà je vais essayer de prévenir les surveillants pénitentiaires que voilà j'ai besoin de prendre un petit peu plus de temps, j'explique ce que je vais faire aussi, dans les grandes lignes, faut pas non plus casser... le secret. Je vais me présenter auprès du patient déjà qu'il puisse mettre un nom sur un visage, c'est vrai que c'est pas forcément simple on est tous en blouse blanche à l'hôpital. Je vais prendre peut-être un petit peu plus le temps, lui expliquer voilà je vais prendre votre tension, je dois faire ceci pour tel examen, vous allez avoir ceci ça va se passer comme ça. Prendre plus le temps, plus dialoguer. Mais ça reste tout de même difficile.

(ESI) Oui, c'est plus compliqué qu'avec un patient ...

(IDE) Voilà, ils vivent des choses assez difficiles en prison, ils doivent avoir du caractère, et je pense qu'ils gardent en tout cas cette posture défensive quand ils arrivent aux urgences.

(ESI) Oui, d'accord. Et par rapport au fait justement qu'ils manquent de confiance et que du coup la relation elle se crée pas, est-ce que tu te sens en difficulté, fin est-ce que il y a des choses que t'arrives pas à faire ou en tant que posture en tant qu'infirmier c'est plus compliqué ?

(IDE) Ca m'est déjà arrivé effectivement, rien que pour les soins, un refus de soin c'est très récurrent chez eux, plus d'une fois je n'ai pas pu faire les examens nécessaires. On essaye de faire au moment où ils sont plus calmes, ça n'arrive malheureusement pas tout le temps. On essaye de différer un petit peu, de revenir un petit peu plus tard. Mais non il y a certaines choses qu'on ne peut pas faire.

(ESI) Oui, d'accord, ok. Et justement à l'inverse est-ce que tu as réussi à outrepasser ce manque de confiance et que justement les choses se passent bien malgré que le patient n'ait pas confiance en fait envers toi ?

(IDE) C'est déjà arrivé, ... c'est déjà arrivé effectivement voilà que la, alors la confiance ne s'est pas forcément faite parce que je pense qu'il faut mettre un petit peu plus de temps pour des patients détenus, je parle en général en tout cas de ce que j'ai pu rencontrer ... on fait au plus vite, on fait au mieux, on lui explique correctement, pas minimiser les choses, c'est arrivé mais ça reste rare quand même

(ESI) Oui, d'accord, ok. Et alors autre chose là sur le manque de confiance, qu'est-ce qui te fait dire qu'un patient justement manque de confiance, quels sont les signes qui montrent que la relation elle s'est pas instaurée ?

(IDE) Alors ça va être dans le verbal clairement il va pouvoir me dire qu'il ne veut pas ou qu'il n'a pas envie que je le touche. Comme dans le non-verbal aussi il peut être assez prostré, se tourner, ... dans le faciès on n'observe beaucoup en tant qu'infirmier les traits fermés un peu plus crispés. Ça peut très bien être des gestes aussi assez agressifs que ce soit dans le verbal également ou dans le non verbal on est un petit peu plus vigilant.

(ESI) D'accord mais est-ce que ça c'est forcément lié au fait qu'ils soient détenus ou c'est un peu pour tous les patients, des signes des patients qui manquent de confiance ?

(IDE) ... C'est une bonne question, ... Je pense que c'est nous même qui faisons cette interprétation des détenus parce que déjà on n'a pas forcément confiance en eux non plus, fin en tout cas je n'ai pas forcément confiance en eux au tout début, ..., je pense que oui c'est pour tous les patients

(ESI) Et est-ce que tu pourrais essayer de me donner une définition de la confiance, qu'est-ce que c'est pour toi ?

(IDE) La relation de confiance pour moi ça va être une interaction entre deux individus ... par le fait que tu vas répondre à ses questions qu'il va se sentir écouté, ... qu'il va pouvoir te confier des choses ... qu'il va sentir que tu l'aides effectivement, c'est comme ça que je le vois.

(ESI) Ok ça marche. Ok. Et donc là par rapport au patient détenu à ton avis d'où vient ce manque de confiance là des patients détenus en particulier ?

(IDE) ... Moi je pense déjà la surpopulation dans les prisons, à ce qu'ils ont pu vivre aussi à l'extérieur parce que je pense qu'ils ont pas forcément vécu des choses très faciles. L'autorité, ils n'aiment pas forcément l'autorité. Au fait que dans les prisons il y a un manque de personnel évident. Ils sont obligés de communiquer par des lettres quand ils ont besoin de soins alors que c'est vrai qu'à l'hôpital c'est tout de suite. Il y a la sonnette, on peut sonner. Là-bas c'est pas du tout le cas, ils sont pas non plus autonome par rapport à ça, c'est vrai que je pense à des personnes qui sont à l'extérieur qui sont pas forcément hospitalisés ils vont prendre leur rendez-vous, ils vont appeler le médecin, là ils peuvent pas

le faire directement. C'est voilà par courrier, demander à l'infirmière, l'infirmière ne se déplace pas forcément tout de suite sauf en cas d'urgences effectivement mais je pense que ça ça n'aide pas non plus. Peut-être par des expériences passées et le fait qu'ils soient tout le temps, alors là en tout cas je parle aux urgences, qu'ils soient sous la surveillance des surveillants pénitentiaires, ça fait peut-être beaucoup de personnes et pour se confier c'est pas forcément très très adapté je pense.

(ESI) Et donc oui le fait que, en fait c'est le milieu carcéral qui amplifie ce manque de confiance et tu vois la différence avec des patients qui sont pas détenus, des patients détenus, plus de manque de confiance chez ces patients-là ?

(IDE) Oui

(ESI) Ok, ça marche. Donc du coup quel est l'impact de ce manque de confiance du patient détenu sur notre prendre soin ?

(IDE) ... Le prendre soin ne va pas être pareil, on va être un petit peu plus, fin je vais être un petit peu plus sur le qui-vive, obligée de se sentir un petit peu de se justifier. L'appréhension du soin ne va pas être la même, ... une fois qu'on rentre, notamment, quand on rentre dans le box on doit réellement penser son soin. Il va pas falloir faire des allers-retours, il va falloir vraiment un laps de temps où il faut tout lui faire. Globalement ça... Oui

(ESI) Oui. Et du coup en fait la relation de confiance en globalité à quoi ça va servir vraiment sur notre prendre soin, qu'est-ce qu'elle va impacter, qu'est-ce qu'elle va servir à construire ?

(IDE) ... Je dirais le soin en lui-même, qu'il puisse être écouté, détecter peut-être des choses aussi au niveau psychologique, physique aussi, ... La relation, oui c'est une relation soignant-soigné mais qui va être beaucoup plus difficile à construire.

(ESI) Oui ok. Et du coup comment on peut réagir nous face à ce manque de confiance ? ... Fin comment on réagit en fait, comment tu réagis face à ce patient qui manque de confiance ?

(IDE) En général je discute avec lui, j'essaye de lui demander ce qui va ce qui ne va pas, soit il s'ouvre auprès de moi soit il ne s'ouvre pas. Je vais essayer de lui expliquer encore plus ce que je vais faire. Ne pas hésiter non plus à ce qu'il s'interroge, s'il a des questions à me les poser. Ne pas hésiter non plus à faire intervenir le médecin, ça c'est ce qu'ils aiment beaucoup. Plus prendre le temps.

(ESI) Ok. Et par exemple est-ce que tu as déjà eu un patient qui du coup te faisait pas du tout confiance et du coup ce que tu mettais en place ça mettait en échec en fait ta pratique en tant qu'infirmière ?

(IDE) Comment ça ?

(ESI) Bah c'est-à-dire que en fait il a pas confiance en toi du coup ce que tu veux lui apporter comme solutions pour créer cette relation ça fonctionne pas et donc tous les soins que tu vas mettre en place il va pas vouloir parce qu'il a pas confiance.

(IDE) Ca c'est déjà arrivé.

(ESI) Et comment est-ce que tu réagis par rapport à ça ?

(IDE) En général je pars, je dis voilà, je vais revenir un petit peu plus tard. Je préviens le médecin, pour voir si lui ne peut pas non plus intervenir avec d'autres mots, d'autres termes aussi, d'autres explications. En tout cas sur la situation auquel je pense, ça n'a pas du tout fonctionné.

(ESI) Oui, d'accord. Et toi comment tu t'es sentie justement face à cet échec là et au fait que t'arrives pas en fait avec ce patient-là ?

(IDE) Tu te sens démunie parce que tu essayes de faire au mieux, t'essayes de le soigner parce que à l'origine il vient justement pour des soins. Après j'essaie de moins le prendre à cœur aussi, donc à par prévenir le médecin, voir si une autre collègue peut essayer, je voilà. J'ai essayé il ne veut pas, il a le droit d'être dans le refus c'est son droit aussi.

(ESI) Oui, ce qui est le cas aussi en fait avec les autres patients quand ça se passe mal. Et donc quel est notre rôle en tant qu'infirmier en milieu carcéral par rapport à la relation de confiance ?

(IDE) ... Déjà c'est essayé d'instaurer une relation de confiance. De tout tracer parce que, après voilà c'est des jours avec et des jours sans. Le fait qu'il puisse voir toujours des mêmes visages en tout cas en milieu carcéral ça peut aider. Donc c'est pour ça que pour moi la présentation est hyper importante. ... Savoir remettre ses pratiques aussi, voilà si ça fonctionne pas au moment T, remettre à plus tard, essayer une autre forme de soin, d'approche. Ça va être vraiment la négociation je pense.

(ESI) Ok, et est-ce que justement cette instauration de la relation de confiance, fin notre rôle par rapport à cette instauration, est différent en milieu carcéral qu'en milieu conventionnel, avec des patients lambdas ?

(IDE) En tout cas comme je pense qu'on a certains aprioris, je pense que la relation de confiance est plus difficile à se mettre en place, on se pose moins de questions qu'en secteur conventionnel. Donc secteur conventionnel, bon bah voilà on rentre dans la chambre d'un patient il n'y a pas de souci, on sait ce qu'on va trouver derrière, en milieu carcéral c'est différent on sait jamais comment est-ce qu'il va être, le patient, ce qu'on peut avoir derrière, on a toujours un petit peu une appréhension je pense.

(ESI) D'accord. Et justement par rapport aux solutions pour créer une relation de confiance tu as parlé de la négociation, est-ce qu'il y a des petites choses autres qui peuvent faire en sorte de créer cette relation, pas forcément en milieu carcéral mais un peu partout, mais spécifiquement avec ce patient-là ?

(IDE) Déjà qu'il ait un diagnostic par rapport à ce qu'il a, je pense que ça aide. De reprendre avec lui les bases de ce qu'il s'est passé, de ce qu'il va avoir. Expliquer les soins, les examens. Les démarches à suivre ce qui logiquement doit se faire pour n'importe quel patient. Effectivement essayer, voilà comme je dis à chaque fois se présenter. Ils ont des têtes qu'ils ne connaissent pas forcément donc voilà se présenter pour moi c'est déjà la première base quand on rentre dans une chambre ou dans un box. Oui vraiment tout expliquer, ne pas hésiter à faire intervenir d'autres intervenants non plus. Qu'ils n'hésitent pas à poser des questions s'ils en ont ou à les écrire, ça j'essaie de faire un maximum.

(ESI) D'accord, ok. Et est-ce que tu penses que dans certaines situations justement comme on parlait tout à l'heure d'un patient qui mettait en échec et qui avait pas confiance, est-ce que tu penses qu'on peut réussir à créer cette relation de confiance ou des fois c'est pas possible en fait de l'instaurer ?

(IDE) Je pense que ça va dépendre de ce qu'ils ont pu vivre avant, en tout cas même si c'est en hospitalisation ou non. Pour moi, alors je pourrais pas m'aventurer là-dessus, je pense que tout est possible, on va tout faire en tout cas pour. On va essayer, fin en tout cas moi je vais essayer d'autres approches si jamais ça fonctionne pas. Je vais pas hésiter à en parler aux collègues pour dire bah voilà j'ai pas réussi avec tel patient est-ce que toi tu vas peut-être réussir. Des fois que ce soit un homme ou une femme c'est différent. Un médecin, un aide-soignant, un infirmier ça va être différent aussi. Ça peut être parfois par des manières de faire avec un petit peu d'humour ou non. Je pense qu'il n'y a jamais de non donc il faut essayer.

(ESI) Ca marche et est-ce que le fait d'être dans un milieu conventionnel donc les urgences comparé à l'UHSI, est-ce que ça te met en difficulté pour faire face à ces patients-là ?

(IDE) ... Ca peut, tout va dépendre de ce qu'il se passe aux alentours. A l'UHSI, c'est très fermé, on se sent en sécurité, il y a peu de patients, beaucoup de personnels. Aux urgences tout va dépendre comment est la charge de travail. La fois où j'ai eu un souci justement avec un patient détenu, on était rempli de monde, donc on essaye de faire au plus vite, chaque personne sonne en même temps et là c'est différent, tout va dépendre de la charge de travail et des patients.

(ESI) Oui c'est la temporalité en fait qui est pas la même. Ok, et du coup en ayant travaillé du coup avec des détenus et à l'UHSI et aux urgences, est-ce que tu penses que le milieu conventionnel ça permet une prise en soin adaptée pour ces patients-là ?

(IDE) Pour dégrossir le diagnostic je dirais que oui. Le problème de l'UHSI c'est qu'il faut tout le temps avoir en tout cas que ce soit pour une radio, il faut avoir l'accord du médecin, l'accord du gradé, de la pénitencier. Il faut mobiliser du personnel pour le descendre en radio, le descendre au bloc, ça peut mettre beaucoup plus de temps. C'est vrai qu'aux urgences oui pour dégrossir le problème ça peut être intéressant parce qu'effectivement ils peuvent passer, comme c'est au même niveau, ils peuvent passer des scanners, les radios. Ils ont deux surveillants pénitenciers pour le détenu. Ca peut être intéressant. Après pour la poursuite en tout cas des soins, l'UHSI pour moi est plus adaptée.

(ESI) Plus adaptée d'accord. Mais en tant que, provisoirement quoi, en tant que premier contact à l'hôpital, quoi c'est, de passer directement à l'UHSI ce serait pas forcément la meilleure solution quoi.

(IDE) Je pense pas, de mon point de vue je pense pas.

(ESI) Oui ok, et bah on arrive à la fin, est-ce que t'aurais quelque chose à rajouter ou des questions ?

(IDE) Pas spécialement.

(ESI) Non d'accord et bah merci de m'avoir accordé ce temps c'était très bien.

(IDE) De rien.

Retranscription entretien IDE à l'UHSI

(ESI) Alors du coup mon mémoire traite de la gestion par l'infirmier du manque de relation de confiance avec un patient détenu. Du coup je vais utiliser cet entretien pour mon mémoire mais celui-ci restera anonymisé, est-ce que tu veux bien que j'enregistre ?

(IDE) Pas de souci

(ESI) Ca marche. Alors est-ce que tu peux te présenter brièvement avec ton parcours professionnel ?

(IDE) Ok donc je suis infirmière depuis presque 15 ans ½ maintenant, j'ai commencé en psychiatrie puis en suite je suis revenue sur le CHU [Centre Hospitalier Universitaire] de ... où j'ai fait les urgences et le pool et puis depuis 9 ans là je suis à l'UHSI, un service où l'on accueille que des détenus.

(ESI) D'accord. Donc du coup au cours de ton exercice professionnel en milieu carcéral, tu as eu à prendre en soin des patients détenus, qu'est-ce qui t'as donné envie de travailler avec des patients détenus ?

(IDE) Alors au départ moi j'étais en fait aux urgences et en fait j'étais à 80 % aux urgences et 20 % sur le pool, et du coup il y avait une ouverture de service, donc l'UHSI, et puis j'en avais un peu marre de mon poste à 80 et 20 % donc je me suis dit bah tiens pourquoi pas aller postuler à 100 % à l'UHSI sans vraiment savoir où est-ce que j'allais mettre les pieds. J'avais eu à faire à des patients détenus aux urgences, ça m'intriguait un peu, je vais pas le cacher et puis bah voilà quand ce poste s'est ouvert je me suis dit bon allez je me lance. Et après avec le cadre de l'époque ils nous avaient bien dit à l'entretien que fin si il nous prenait à tout moment si on ne se sentait pas à l'aise pas dans notre élément, il ferait tout pour nous faire partir et pas nous mettre en difficulté. Donc je me suis dit bon allez je me lance et puis voilà, ça fait 9 ans.

(ESI) Ok et du coup oui aux urgences t'avais quand même eu des patients détenus, première approche.

(IDE) Tout à fait

(ESI) Ok, ça marche et alors du coup à l'UHSI là je parle, est-ce que tu rencontres des difficultés à communiquer avec ce type de patients ?

(IDE) Ca arrive que on ait des difficultés dans le sens où on parle pas de grand-chose. C'est assez limité la conversation puisque c'est il fait beau, il fait voilà, et que on discute pas trop de leur vie personnelle et quand ça rentre dans la vie personnelle c'est souvent un peu gênant on va dire, donc c'est vrai que ça met un frein

(ESI) Au niveau de la communication ?

(IDE) Oui

(ESI) D'accord, et est-ce que du coup t' observes des difficultés à instaurer justement la relation de confiance avec les patients détenus ?

(IDE) Alors de confiance c'est-à-dire ?

(ESI) Bah c'est-à-dire qu'il arrive à te faire confiance et que du coup dans la relation

(IDE) Alors je pense que oui ils nous font confiance nos patients à l'UHSI dans le sens où ils différencient bien le personnel soignant, avec qui ils peuvent, fin qui sont là pour leur bien et les soins, alors que la pénitenciaire n'ont pas forcément cette même approche effectivement qu'ils sont plus là pour le gardiennage et la sécurité donc oui je pense que, pas tous, mais je pense que il y a quand même pas mal de patients qui se sentent en sécurité et confiants.

(ESI) D'accord, ok ça marche. Et du coup t'as pas forcément de difficultés toi à instaurer cette relation soignant-soigné mais spécifiquement de confiance entre lui et toi ?

(IDE) Non

(ESI) Non pas forcément, ok ça marche. Alors au cours de ton exercice professionnel est-ce que tu as déjà eu un patient qui a manqué de confiance envers toi ?

(IDE) ... Alors généralement

(ESI) Un patient détenu

(IDE) Oui, généralement au début quand ils arrivent c'est vrai que on sent qu'ils sont hyper fermés et puis quelques semaines après quand ça fait un petit moment qu'ils sont là on voit qu'ils s'ouvrent plus à nous et que ils nous font confiance. Je pense à plusieurs patients qui sont venus pour des chimio qui arrivent très très fermés et puis quand ils viennent 2 fois 3 fois 5 fois 10 fois même pour des cures de chimio, on sent bah que ils sont un peu comme chez eux et que là voilà on est un peu leur lien finalement

(ESI) Oui ils s'ouvrent un peu plus, d'accord. Et toi comment tu te sens face à un patient qui manque de confiance envers toi ?

(IDE) Et bien j'en parle avec mes collègues pour savoir s'ils ont ce même ressenti, parce que ça peut venir de moi effectivement. Après il y a des patients qui resteront fermés et c'est leur nature et je pense que à l'extérieur on aura des patients pareils, et puis je pense qu'il faut pas insister en fait, si un patient n'a pas envie voilà ou ne fait pas confiance, je pense que c'est humain de voilà

(ESI) D'accord et en tant que soignant est-ce que t'as des difficultés particulières justement à te positionner par rapport à eux, du fait qu'ils te fassent pas confiance en fait ? Est-ce que ça te met en difficultés ?

(IDE) Oui ça peut mettre une difficulté dans le sens où bah si on nous fait pas confiance, ça n'aide pas dans les soins effectivement, puisqu'on va se retrouver face à quelqu'un qui peut être opposant, qui peut ne pas comprendre ce qu'on lui fait et ne veut pas comprendre donc oui ça peut mettre des difficultés oui

(ESI) D'accord, ok et justement est-ce que tu as réussi quelque fois à outrepasser ce manque de confiance et que les choses se passent bien au final ?

(IDE) J'aurais envie de te dire oui, souvent on fini par. Après on a la chance d'avoir des médecins qui sont quand même vachement ouvert et vachement dans la conversation avec les patients et

qu'arrivent à poser les choses, à bien expliquer, parce que ils ont une grande chance nos patients c'est d'avoir des oreilles, des gens qui écoutent, des médecins spécialistes qui viennent leur expliquer les choses fin, ils sont quand même bien pris en charge nos patients. A mon sens, tu seras d'accord avec moi. Et donc je pense que grâce à ça ça permet d'avoir quand même un climat de confiance

(ESI) Oui c'est l'équipe en fait qui fait que

(IDE) Oui je pense que oui

(ESI) Ça marche, ok. Et du coup qu'est-ce qui te fait dire qu'un patient manque de confiance, quels sont les éléments qui te fait dire que en fait il a pas confiance en toi ?

(IDE) Ce sera dans l'attitude du patient, c'est-à-dire que ce sera des refus, des refus de soin, des patients qui seront complètement fermés ça c'est ce qui peut arriver de temps en temps des patients complètement fermés ou qui seront pas d'accord d'être hospitalisés à leur insu donc, là on va plus parler pour les IMV, c'est plus les patients IMV qui bah voilà qui sont là contre leur gré on va dire, et puis là effectivement parfois c'est un peu compliqué de rentrer en confiance et qu'ils aient confiance en nous parce que leur but c'était pas forcément d'être sauvés.

(ESI) Bah oui. Ça marche. Et est-ce que tu pourrais essayer de me donner une définition de la confiance ?

(IDE) La confiance ? ... Je dirais que c'est pouvoir se libérer et se livrer sur son ressenti sur son mal être et puis bah pouvoir avoir la confiance de pouvoir laisser faire les choses qu'on demande, même si c'est vrai que c'est pas forcément évident de dire bah voilà on va faire une chimiothérapie ça va se passer comme ça ça va se passer comme ça, mais voilà c'est voilà mince je m'éloigne un peu du sujet peut-être

(ESI) Non non non du tout mais dis, c'est super intéressant. C'est plutôt le processus en fait qui va t'amener à ce qu'il te

(IDE) Oui

(ESI) C'est ça que tu

(IDE) Oui

(ESI) Ok, ça marche. Et du coup est-ce que par rapport à ton expérience d'avant, est-ce que tu penses que les signes par exemple le refus de soin tout ça c'est spécifique aux détenus ?

(IDE) Non

(ESI) Ou c'est le cas pour tout le monde ?

(IDE) Je pense que ça peut être le cas pour tout le monde parce que en fait des détenus c'est des personnes comme tout le monde en fait, sauf qu'ils sont incarcérés, mais je pense que on fin n'importe qui pourrait refuser de se faire soigner fin si demain on nous dit bah voilà vous allez faire une chimio vous avez ça ça ça comme effets secondaires, est-ce que on se dirait pas bah non j'en veux pas, comme un détenu pourrait me répondre non je veux pas de tout ça quoi. Donc je pense que après en instaurant

bien le climat de confiance justement et en expliquant bien les choses ça permet de rassurer pour faire les choses mais bon je pense que oui à l'extérieur c'est pareil

(ESI) Oui c'est pas forcément que les détenus. Ok et à ton avis d'où vient le manque de confiance du patient détenu ?

(IDE) Alors je pense que c'est dans leur façon de vivre déjà, faut savoir qu'en prison je pense que, fin je suis pas détenue, mais je pense que quand tu es détenu, tu fais confiance à personne en fait, tu peux faire confiance à personne que ce soit ton co-détenu que ce soit le surveillant, je pense que c'est une habitude de vie qui fait que fin c'est, oui tu peux te confier à personne. Donc le fait d'arriver chez nous par exemple à l'UHSI et qu'on prenne soin d'eux au départ je pense que ils doivent se dire non, il y a quelque chose qui va pas et il y a certainement quelque chose, fin voilà, ils sont toujours dans la méfiance, après je sais pas si on peut appeler ça du manque de confiance ou de la méfiance

(ESI) Oui d'accord

(IDE) Ca serait peut-être deux points méfiance et confiance

(ESI) Deux points différents

(IDE) Oui

(ESI) Ok donc du coup est-ce que tu penses que les patients détenus sont plus à même de manquer de confiance envers le soignant que d'autres patients ?

(IDE) Oui

(ESI) Du fait de leur ...

(IDE) Du fait de leur façon de vivre en fait, on va dire entre guillemets, ça veut dire leur façon de vivre en détention, oui entre les vols les rackets et tout ça qu'ils vivent au quotidien et voilà je pense que

(ESI) Ok. Et alors du coup là, quel est l'impact de ce manque de confiance du patient sur ta prise en charge avec lui en fait ?

(IDE) L'impact bah ce serait de se retrouver face à une personne qui, qui ne veut pas parler ça c'est compliqué, quand la personne ne verbalise pas les choses, qui se renferme, ne veut pas parler, dans le refus de soin, ça ce serait les grosses difficultés en fait, mais qui jusqu'à l'heure d'aujourd'hui c'est vrai qu'on a toujours réussi à

(ESI) A les outrepasser quoi ?

(IDE) Oui, ça dure quelques heures, quelques jours au pire et après on arrive quand même à avoir les soins qu'on veut au final.

(ESI) Oui et est-ce que, fin en fait à quoi va servir la relation de confiance selon toi dans ta prise en charge ?

(IDE) Et bien à bien prendre le patient en charge, à le prendre dans sa globalité et sans, en passant au-dessus de tout ça quoi en fait

(ESI) Oui, ok. Et donc toi face à ces patients qui manquent de confiance comment est-ce que tu réagis, comment est-ce que tu te positionnes en tant que professionnelle ?

(IDE) ... Quand le patient n'a pas confiance en nous ? et bien on essaye de comprendre pourquoi sans aller trop, trop, parce que ça peut justement les contrarier et les bloquer et aller dans le mauvais sens. Donc je pense qu'il faut leur laisser le temps aussi de comprendre qu'on est là pour eux et pas pour faire plus de mal qu'ils n'ont et puis, et de dialoguer comme on peut voilà, de prendre le temps comme on fait.

(ESI) Oui

(IDE) Et puis voilà bah envoyer les médecins aussi ça c'est important, les médecins et puis peut-être des fois la psychologue qui intervient dans le service, donc voilà pour savoir le pourquoi de ce manque de confiance.

(ESI) Ok ça marche. Et alors est-ce que tu as déjà eu du coup un patient qui manquait de confiance et que du coup tout ce que tu mettais en place dans sa prise en charge en fait, il mettait tout en échec parce qu'il avait pas confiance en toi ?

(IDE) Alors est-ce que c'est vraiment un manque de confiance en moi ou l'équipe médicale, c'est compliqué, c'est compliqué à vraiment savoir, est-ce que c'est plus, est-ce que c'est pas un manque de confiance en lui, au final.

(ESI) Oui de manque de confiance en général

(IDE) Oui est-ce que c'est pas un manque de confiance du patient de peut-être de pas connaître assez les choses, de voilà tout ça, de lui-même pas avoir assez de connaissances médicales et de pas se faire confiance à lui-même, plutôt qu'à l'équipe peut-être

(ESI) Oui c'est possible aussi. Et du coup est-ce que tu as déjà eu un patient qui justement qui manque de confiance et c'est du coup ce que tu mettais en place dans ta prise en soin ça marchait pas parce que bah il avait pas confiance et que du coup tu pouvais pas faire les soins ?

(IDE) Oui, alors ça me fait penser à Mr que t'as vu peut-être B, tu sais un costaud qui faisait des chimio non ?

(ESI) Ah je crois pas

(IDE) Qui en fait, on avait eu des imageries qui montraient que il y avait un cancer mais qui n'était pas si grave que ça et en fin de compte quelques semaines après on lui a dit que bah si si c'est quand même assez grave et du coup évidemment là bah, patient déjà pas confiant dans la vie, mais en plus là bah on était parti sur une non-confiance totale c'est-à-dire que le patient bah il se dit bah vous vous foutez de moi ou quoi là vous me dites que c'est un petit cancer de rien du tout et là vous me dites 3 semaines après que c'est grave ce que j'ai que je peux mourir et que vous me parlez de chimio et tout le tralala. Donc il était dans le refus en fait il voulait voir ses dossiers médicaux donc c'est monté assez loin parce qu'il voulait ses dossiers médicaux, appeler ses avocats fin il y avait plus du coup, je pense que c'est

grâce à son avocat et les médecins onco qui sont venus, qui lui ont expliqués tout ce qui se passait vraiment et la situation grave, qui a permis de mettre la chimio en place mais au départ non effectivement, il était dans le refus.

(ESI) C'était compliqué, oui et toi comment tu t'es sentie justement face à ce patient qui refusait tout en fait ?

(IDE) Bah après c'est, nous en tant que soignant on peut pas non plus obliger quelqu'un à avoir confiance en nous déjà et être, mais je pense que c'est parce que il avait pas eu toutes les informations, manque de connaissances et comme quoi grâce à tout ça, grâce à toutes les connaissances qu'on lui a apporté, ça lui a permis d'accepter en fait, mais je pense que oui la conversation, de permettre d'expliquer les choses, permettent de mettre une confiance. C'est sûr que si on arrive on dit bon bah on pose la chimio et que le patient il est pas au courant euh voilà, fin je pense que tout le monde dirait non.

(ESI) Oui, oui, bah ça passe par le dialogue, l'explication

(IDE) Voilà la communication pour la confiance.

(ESI) Ok, est-ce que tu pourrais me donner quel est notre rôle en tant que infirmier en milieu carcéral par rapport à la relation de confiance ?

(IDE) Et bien, après le problème du milieu carcéral, comme je disais tout à l'heure, c'est des patients qu'ont pas forcément l'habitude, qu'ont plus de famille, qu'ont plus de femme qu'on plus de tout ça, et c'est un peu le danger de trop donner sa confiance en fait avec ces patients là, puisque il y a des patients qui vont, on le sent hein, qui vont être trop confiants justement donc faut réussir à mettre ses limites, on fait confiance médicale stop ça s'arrête là, tu vois ce que je veux dire ?

(ESI) Oui

(IDE) Et c'est vrai que c'est assez compliqué parce que, comme je dis bah on arrive nous bonjour bah on va faire une petite prise de sang fin on est toute mielleuse et tout, et on essaye d'instaurer cette confiance mais qui a certaines limites puisque bein, on peut vite se retrouver dans des situations un peu malsaines où le patient va nous faire un petit peu des allusions, pas des hallucinations, des allusions comme quoi ah bah tiens, faut recadrer le truc, non on est là on est en confiance il y a pas de souci, ça s'arrête là.

(ESI) Oui d'accord

(IDE) Et c'est vrai que avec ces patients là c'est pas évident, la confiance

(ESI) Oui donc c'est c'est différent du milieu conventionnel en fait, on n'a pas le même rôle forcément

(IDE) Je pense, je pense, par rapport à leur situation. Les hommes qui ont pas vu de femme depuis 15 ans, voilà

(ESI) Oui c'est sûr

(IDE) On arrive, on est toutes gentilles comme je dis bah voilà, c'est pas commun pour eux donc oui, ils vont peut être prendre la confiance à un moment mais trop

(ESI) Oui d'accord.

(IDE) Faut savoir cadrer la confiance

(ESI) C'est ça, ok. Et est-ce que tu penses à des solutions qu'on peut mettre en place pour faire face à ce manque de confiance ? Comment on va construire la relation de confiance avec le patient ? A autre chose que la communication et le dialogue que t'as déjà parlé ? Est-ce que tu vois autre chose ?

(IDE) ... Bah je réfléchis. Bah déjà le fait que à l'UHSI on fait en sorte d'avoir un secret médical quand même. Parce qu'on a des surveillants pénitentiaires derrière les portes, mais on fait en sorte de montrer au patient que bah les bleus, entre guillemets, tu comprends quand je dis bleus, les bleus ce sont les bleus ils sont à leur place et que nous on est là pour les soins, et que ça reste entre nous. Fin tout ça je pense que les patients le voient que, et je pense que s'ils nous entendent rigoler derrière la porte ou ce genre de choses, on va peut-être avoir une rupture de confiance. Donc là, le fait de voilà prendre soin de leur pudeur tout simplement, quand il y a un pansement. C'est un kyste toi, il n'y avait pas un kyste, non t'as pas fait le pansement ? si sacro, t'étais là hein et bah voilà on ferme la porte et ils se disent bah tiens, c'est des petits détails mais notre façon de faire en fait, ah bah tiens elle met un drap pour me protéger, fin alors que il y a le pénitentiaire derrière, on ferme la porte. Tout ça je pense que ça permet d'instaurer quand même un climat de confiance et de se dire bah oui que il y a, tu peux lui faire confiance. Elle me respecte, entre guillemets.

(ESI) Ok, ça et du coup ça c'était une question que, avec un patient justement qui mettait en échec tout ce que t'avais fait, est-ce que tu penses que à terme on peut quand même réussir à créer la relation de confiance ou que avec des patients, bah en fait on n'y arrive pas et que des fois c'est pas possible.

(IDE) Je pense que oui, il y a parfois des situations qui sont pas possibles, il y a des situations bah non c'est des humains et que voilà s'ils ont pas confiance, ils auront pas confiance, alors après est-ce qu'il faut pas passer le relais à un autre médecin, fin voilà des fois il suffit d'une personne, mais à partir du moment où il y a des patients qui sont butés, on pourra rien faire.

(ESI) Oui on peut pas faire. Ça marche, et dernière question est-ce que tu penses que le fait d'être dans un milieu carcéral, donc à l'UHSI, ça t'aide à prendre en soin ces patients ?

(IDE) Oui

(ESI) Les patients détenus

(IDE) Oui oui, clairement, oui oui c'est, je pense que c'est parce que maintenant on les connaît, fin on sait comment s'y prendre. Moi l'expérience que j'en avais eu aux urgences c'est vrai que quand je les voyais arriver fin tu vois avec les surveillants sur les brancards menottés tout ça, fin j'étais pas forcément très à l'aise et ça mettait un climat de, je sais pas, de non-confiance, fin voilà on reparle de

la confiance ou malaise quelque chose qui, là à l'heure d'aujourd'hui, bon on sait qu'on a que des patients détenus, donc oui je pense que le service d'UHSI c'est une grande aide, même pour les autres services, quand il y a des patients qui sont des fois dans d'autres services c'est compliqué je pense.

(ESI) Et donc et c'est quoi exactement dans l'UHSI qui fait que c'est plus facile, c'est l'équipe, le fait que l'équipe soit dédiée est-ce qu'il y a d'autres choses qui

(IDE) Je pense qu'il y a la sécurité aussi le fait qu'on travaille avec la pénitenciaire que bah on se sent en sécurité clairement, on se sent en sécurité on travaille avec la pénitenciaire, le fait que ce soit que des détenus on sait à quelle catégorie entre guillemets, de patients on a à faire et voilà, il y a des règles à respecter au niveau de la sécurité donc voilà on fait tout en sorte pour que la sécurité soit là et que on soit en confiance et que il n'y ait pas d'erreurs.

(ESI) D'accord, ça marche.

(IDE) Même eux je pense les détenus, certains te diront que non, mais je pense que si, je pense qu'ils sont quand même bien pris en charge à l'UHSI.

(ESI) Ok, et puis juste comment aux urgences du coup parce que la plupart arrivent par les urgences et après ils montent à l'UHSI, est-ce que tu penses que le fait qu'ils passent par les urgences c'est quand même une bonne chose ou que

(IDE) Alors quand ils passent par les urgences c'est qu'ils arrivent en urgence, sinon c'est que des programmations. Donc quand ils arrivent en urgence c'est souvent contre leur gré donc c'est encore différent. Entre le patient qui vient parce qu'il a signer un papier comme quoi il voulait bien se faire hospitaliser et celui qui arrive par les urgences ou c'est une IMV ou c'est une bagarre ou c'est ce genre de choses et là c'est souvent plus compliqué la prise en charge des patients qui arrivent contre leur gré, oui c'est les patients avec qui on a des difficultés souvent.

(ESI) D'accord, ok. Ca marche et bah est-ce que tu as quelque chose à rajouter des questions ?

(IDE) Non toi vas-y, n'hésites pas ?

(ESI) Et bah écoute non, moi je pense pas. Bah merci de m'avoir accordé ce temps

(IDE) Pas de souci.

(ESI) Et puis

(IDE) Ca va ça a répondu à peu près à tes questions

(ESI) Oui oui parfaitement.

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

IDE 1 aux urgences : en NOIR

IDE 2 à l'UHSI : en BLEU

Thème	Prise en soin d'un patient détenu	
Objectif	Déterminer les caractéristiques de la prise en soin d'un détenu et les différences avec le milieu conventionnel	
Présence de difficultés pour communiquer	Ca arrive que on ait des difficultés donc c'est vrai que ça met un frein	
Les difficultés dans la communication	dans le sens où on parle pas de grand-chose C'est assez limité la conversation puisque c'est il fait beau, il fait voilà, que on discute pas trop de leur vie personnelle et quand ça rentre dans la vie personnelle c'est souvent un peu gênant on va dire,	
Différences avec un patient lambda	ISOLEMENT	Ils sont isolés dans des box spéciaux donc par rapport à ça déjà c'est différent d'un patient lambda Alors, je sais que aux urgences on a un module donc c'est dans le module A ou il y a un box vraiment avec une vidéosurveillance, une porte où ils arrivent vraiment que par là donc c'est pas une entrée, pas l'entrée on va dire des gens qui, qui viennent normalement aux urgences Ils sont isolés effectivement il peut y avoir qu'une seule, qu'un seul détenu dedans
	ARRIVEE DIFFERENTE	c'est vrai que lorsqu'on arrive, déjà on est prévenus que ce sont des détenus et ils arrivent pas de la même manière que des patients lambdas ils sont en général menottés

	SURVEILLANTS PENITENTIAIRES	Ils sont forcément accompagnés par des surveillants pénitentiaires mais oui les surveillants sont toujours à proximité en général
Motif d'incarcération		on ne sait pas effectivement ce qu'ils ont fait
Comportement différent du soignant	APPREHENSION	En tout cas comme je pense qu'on a certains aprioris on a toujours un petit peu une appréhension je pense On va dire que dans la posture que je peux avoir, je suis un peu plus méfiante
	PATIENT DETENU DIFFICILE A CERNER	je pense que la relation de confiance est plus difficile à se mettre en place, on se pose moins de questions qu'en secteur conventionnel. Donc secteur conventionnel, bon bah voilà on rentre dans la chambre d'un patient il n'y a pas de souci, on sait ce qu'on va trouver derrière, en milieu carcéral c'est différent on sait jamais comment est-ce qu'il va être, le patient, ce qu'on peut avoir derrière,
	RIGUEUR VIS-A-VIS CERTAINS OBJETS	on fait plus attention à ce qu'on va mettre en tout cas à ses côtés La première fois qu'on m'avait prévenu en fait d'un détenu, on m'avait demandé à ce que je ne rentre pas avec des, par exemple, des ciseaux qui sont piquants, ne pas prendre ses couverts si jamais on mange pas très très loin
Manque d'intimité		Alors, pour les situations que j'ai pu avoir, en général la porte elle est ouverte, donc ils peuvent voir le soin. On essaye de faire un maximum, en tout cas moi de mon côté j'essaie de faire un maximum pour qu'ils ne puissent pas le voir,
Confiance des patients envers les soignants		Alors je pense que oui ils nous font confiance nos patients à l'UHSI et de se dire bah oui que il y a, tu peux lui faire confiance. Elle me respecte, entre guillemets
Raisons de la confiance des		dans le sens où ils différencient bien le personnel soignant, avec qui ils peuvent, fin qui sont là pour leur bien et les soins, alors que la pénitentiaire n'ont pas forcément cette même approche effectivement qu'ils sont plus là pour le gardiennage et la sécurité

patients envers les soignants	donc oui je pense que, pas tous, mais je pense que il y a quand même pas mal de patients qui se sentent en sécurité et confiants.
--------------------------------------	---

Thème	Caractéristiques de la confiance	
Objectif	Déterminer ce que les soignants entendent par confiance	
Définition confiance	<p>Je dirais que c'est pouvoir se libérer et se livrer sur son ressenti sur son mal être et puis bah pouvoir avoir la confiance de pouvoir laisser faire les choses qu'on demande, même si c'est vrai que c'est pas forcément évident de dire bah voilà on va faire une chimiothérapie ça va se passer comme ça ça va se passer comme ça</p> <p>Ca serait peut-être deux points méfiance et confiance</p> <p>après je sais pas si on peut appeler ça du manque de confiance ou de la méfiance</p> <p>La relation de confiance pour moi ça va être une interaction entre deux individus ... par le fait que tu vas répondre à ses questions qu'il va se sentir écouté, ... qu'il va pouvoir te confier des choses ... qu'il va sentir que tu l'aides effectivement, c'est comme ça que je le vois</p> <p>oui c'est une relation soignant-soigné mais qui va être beaucoup plus difficile à construire.</p>	
Types de confiance	ENVERS LES	Alors est-ce que c'est vraiment un manque de confiance en moi
	AUTRES	ou l'équipe médicale, c'est compliqué, c'est compliqué à vraiment savoir, plutôt qu'à l'équipe peut-être
	EN SOI	est-ce que c'est plus, est-ce que c'est pas un manque de confiance en lui, au final. de lui-même et de pas se faire confiance à lui-même,

LIE A UN MANQUE DE CONNAISSANCES	(IDE) Oui est-ce que c'est pas un manque de confiance du patient de peut-être de pas connaître assez les choses, de voilà tout ça, pas avoir assez de connaissances médicales
ENVERS LE PATIENT	parce que déjà on n'a pas forcément confiance en eux non plus, fin en tout cas je n'ai pas forcément confiance en eux au tout début

Thème	Lieux d'exercice	
Objectif	Déterminer si le lieu d'exercice est adapté à la prise en soin des détenus, les avantages et inconvénients de chaque lieu	
UHSI	SECURITE	A l'UHSI, c'est très fermé, on se sent en sécurité, Je pense qu'il y a la sécurité aussi le fait qu'on travaille avec la pénitencier que bah on se sent en sécurité clairement on se sent en sécurité on travaille avec la pénitencier il y a des règles à respecter au niveau de la sécurité donc voilà on fait tout en sorte pour que la sécurité soit là et que on soit en confiance et que il n'y ait pas d'erreurs
	UN SEUL TYPE DE PATIENT	le fait que ce soit que des détenus on sait à quelle catégorie entre guillemets, de patients on a à faire et voilà, là à l'heure d'aujourd'hui, bon on sait qu'on a que des patients détenus, donc oui je pense que le service d'UHSI c'est une grande aide
	CONDITIONS DE TRAVAIL	il y a peu de patients, beaucoup de personnels
	TEMPS	Le problème de l'UHSI c'est qu'il faut tout le temps avoir en tout cas que ce soit pour une radio, il faut avoir l'accord du médecin, l'accord du gradé, de la pénitencier. Il faut mobiliser du personnel pour le descendre en radio, le descendre au bloc, ça peut mettre beaucoup plus de temps

	ADAPTE POUR LA PRISE EN SOIN DES DETENUS	Après pour la poursuite en tout cas des soins, l'UHSI pour moi est plus adaptée. de passer directement à l'UHSI ce serait pas forcément la meilleure solution quoi. (IDE) Je pense pas, de mon point de vue je pense pas. Même eux je pense les détenus, certains te diront que non, mais je pense que si, je pense qu'ils sont quand même bien pris en charge à l'UHSI
	EXPERIENCE DE L'EQUIPE	Oui oui, clairement, oui oui c'est, je pense que c'est parce que maintenant on les connaît, fin on sait comment s'y prendre
Urgences	CHARGE DE TRAVAIL	est-ce que ça te met en difficulté pour faire face à ces patients-là ? (IDE) ... Ca peut, tout va dépendre de ce qu'il se passe aux alentours Aux urgences tout va dépendre comment est la charge de travail. La fois où j'ai eu un souci justement avec un patient détenu, on était rempli de monde, donc on essaye de faire au plus vite, chaque personne sonne en même temps et là c'est différent, tout va dépendre de la charge de travail et des patients.
	ADAPTE POUR LE DIAGNOSTIC	Pour dégrossir le diagnostic je dirais que oui C'est vrai qu'aux urgences oui pour dégrossir le problème ça peut être intéressant parce qu'effectivement ils peuvent passer, comme c'est au même niveau, ils peuvent passer des scanners, les radios. Ils ont deux surveillants pénitentiaires pour le détenu. Ca peut être intéressant
	PAS A L'AISE	Moi l'expérience que j'en avais eu aux urgences c'est vrai que quand je les voyais arriver fin tu vois avec les surveillants sur les brancards menottés tout ça, fin j'étais pas forcément très à l'aise et ça mettait un climat de, je sais pas, de non-confiance, fin voilà on reparle de la confiance ou malaise quelque chose qui

	MOTIF DE PASSAGE AUX URGENCES	Alors quand ils passent par les urgences c'est qu'ils arrivent en urgence, sinon c'est que des programmations. Donc quand ils arrivent en urgence c'est souvent contre leur gré donc c'est encore différent. Entre le patient qui vient parce qu'il a signer un papier comme quoi il voulait bien se faire hospitaliser et celui qui arrive par les urgences ou c'est une IMV ou c'est une bagarre ou c'est ce genre de choses et là c'est souvent plus compliqué la prise en charge des patients qui arrivent contre leur gré, oui c'est les patients avec qui on a des difficultés souvent
Autres services	même pour les autres services, quand il y a des patients qui sont des fois dans d'autres services c'est compliqué je pense	

Thème	Le manque de confiance	
Objectif	Déterminer les causes et les signes du manque de confiance et le positionnement professionnel vis-à-vis de celui-ci	
Causes du manque de confiance en carcéral	HABITUDES DE VIE	Alors je pense que c'est dans leur façon de vivre déjà, faut savoir qu'en prison je pense que, fin je suis pas détenue, mais je pense que quand tu es détenu, tu fais confiance à personne en fait, tu peux faire confiance à personne que ce soit ton co-détenu que ce soit le surveillant, je pense que c'est une habitude de vie qui fait que fin c'est, oui tu peux te confier à personne Donc le fait d'arriver chez nous par exemple à l'UHSl et qu'on prenne soin d'eux au départ je pense que ils doivent se dire non, il y a quelque chose qui va pas et il y a certainement quelque chose, fin voilà, ils sont toujours dans la méfiance Et bien, après le problème du milieu carcéral, comme je disais tout à l'heure, c'est des patients qu'ont pas forcément l'habitude, qu'ont plus de famille, qu'ont plus de femme qu'on plus de tout ça

EXPERIENCES DE VIE	<p>Peut-être par des expériences passées</p> <p>à ce qu'ils ont pu vivre aussi à l'extérieur parce que je pense qu'ils ont pas forcément vécu des choses très faciles.</p>
MANQUE D'INFORMATIONS	<p>mais je pense que c'est parce que il avait pas eu toutes les informations, manque de connaissances</p> <p>C'est sûr que si on arrive on dit bon bah on pose la chimio et que le patient il est pas au courant euh voilà, fin je pense que tout le monde dirait non.</p>
AUTORITE	L'autorité, ils n'aiment pas forcément l'autorité.
SURVEILLANCE	et le fait qu'ils soient tout le temps, alors là en tout cas je parle aux urgences, qu'ils soient sous la surveillance des surveillants pénitentiaires, ça fait peut-être beaucoup de personnes et pour se confier c'est pas forcément très très adapté je pense
PRISON	<p>Du fait de leur façon de vivre en fait, on va dire entre guillemets, ça veut dire leur façon de vivre en détention, oui entre les vols les rackets et tout ça qu'ils vivent au quotidien et voilà je pense que</p> <p>Voilà, ils vivent des choses assez difficiles en prison, ils doivent avoir du caractère, et je pense qu'ils gardent en tout cas cette posture défensive quand ils arrivent aux urgences</p> <p>Moi je pense déjà la surpopulation dans les prisons,</p> <p>Au fait que dans les prisons il y a un manque de personnel évident.</p> <p>Ils sont obligés de communiquer par des lettres quand ils ont besoin de soins alors que c'est vrai qu'à l'hôpital c'est tout de suite. Il y a la sonnette, on peut sonner. Là-bas c'est pas du tout le cas,</p> <p>ils sont pas non plus autonome par rapport à ça, c'est vrai que je pense à des personnes qui sont à l'extérieur qui sont pas forcément hospitalisés ils vont prendre leur rendez-vous, ils vont appeler le médecin, là ils peuvent pas le faire directement. C'est voilà par courrier, demander à l'infirmière,</p> <p>l'infirmière ne se déplace pas forcément tout de suite sauf en cas d'urgences effectivement mais je pense que ça ça n'aide pas non plus.</p>

	MOTIF HOSPIT	là on va plus parler pour les IMV, c'est plus les patients IMV qui bah voilà qui sont là contre leur gré on va dire, et puis là effectivement parfois c'est un peu compliqué de rentrer en confiance et qu'ils aient confiance en nous parce que leur but c'était pas forcément d'être sauvés
Signes du manque de confiance	PATIENTS FERMES	Oui, généralement au début quand ils arrivent c'est vrai que on sent qu'ils sont hyper fermés Je pense à plusieurs patients qui sont venus pour des chimio qui arrivent très très fermés des patients qui seront complètement fermés ça c'est ce qui peut arriver de temps en temps des patients complètement fermés
	NON VERBAL : faciès, posture, attitude, opposition	dans le faciès on n'observe beaucoup en tant qu'infirmier les traits fermés un peu plus crispés Comme dans le non-verbal aussi il peut être assez prostré, se tourner, ... puisqu'on va se retrouver face à quelqu'un qui peut être opposant, qui peut ne pas comprendre ce qu'on lui fait et ne veut pas comprendre Ce sera dans l'attitude du patient
	REFUS DE SOIN	rien que pour les soins, un refus de soin c'est très récurrent chez eux, plus d'une fois je n'ai pas pu faire les examens nécessaires c'est-à-dire que ce sera des refus, des refus de soin ou qui seront pas d'accord d'être hospitalisés à leur insu donc Donc il était dans le refus en fait mais au départ non effectivement, il était dans le refus.
	AGRESSIVITE	Ça peut très bien être des gestes aussi assez agressifs que ce soit dans le verbal également ou dans le non verbal on est un petit peu plus vigilant.
	VERBAL	Alors ça va être dans le verbal clairement il va pouvoir me dire qu'il ne veut pas ou qu'il n'a pas envie que je le touche.

		mais en plus là bah on était parti sur une non-confiance totale c'est-à-dire que le patient bah il se dit bah vous vous foutez de moi ou quoi là vous me dites que c'est un petit cancer de rien du tout et là vous me dites 3 semaines après que c'est grave ce que j'ai que je peux mourir et que vous me parlez de chimio et tout le tralala
	CONTROLE	il voulait voir ses dossiers médicaux donc c'est monté assez loin parce qu'il voulait ses dossiers médicaux, appeler ses avocats fin il y avait plus du coup
Signes pas spécifiques aux détenus	<p>Non</p> <p>Je pense que ça peut être le cas pour tout le monde</p> <p>parce que en fait des détenus c'est des personnes comme tout le monde en fait, sauf qu'ils sont incarcérés,</p> <p>mais je pense que on fin n'importe qui pourrait refuser de se faire soigner fin si demain on nous dit bah voilà vous allez faire une chimio vous avez ça ça ça comme effets secondaires, est-ce que on se dirait pas bah non j'en veux pas, comme un détenu pourrait me répondre non je veux pas de tout ça quoi</p> <p>C'est une bonne question, ... Je pense que c'est nous même qui faisons cette interprétation des détenus, ..., je pense que oui c'est pour tous les patients</p>	
Réaction par rapport au manque de confiance	DISCUSSION ENTRE COLLEGUES	Et bien j'en parle avec mes collègues pour savoir s'ils ont ce même ressenti, parce que ça peut venir de moi effectivement
	COMPRENDRE POURQUOI	et bien on essaye de comprendre pourquoi sans aller trop, trop, parce que ça peut justement les contrarier et les bloquer et aller dans le mauvais sens donc voilà pour savoir le pourquoi de ce manque de confiance.
	DISCUSSION AVEC LES SURVEILLANTS	Déjà je vais essayer de prévenir les surveillants pénitentiaires que voilà j'ai besoin de prendre un petit peu plus de temps j'explique ce que je vais faire aussi, dans les grandes lignes, faut pas non plus casser... le secret

	PAS INSISTER/ OBLIGER	<p>et puis je pense qu'il faut pas insister en fait, si un patient n'a pas envie voilà ou ne fait pas confiance, je pense que c'est humain de voilà</p> <p>Bah après c'est, nous en tant que soignant on peut pas non plus obliger quelqu'un à avoir confiance en nous déjà et être</p> <p>J'ai essayé il ne veut pas, il a le droit d'être dans le refus c'est son droit aussi</p>
	PRENDRE DU RECUL	<p>Après j'essaye de moins le prendre à cœur aussi,</p> <p>En général je pars, je dis voilà, je vais revenir un petit peu plus tard</p>
Difficultés liées au manque de confiance	<p>Oui ça peut mettre une difficulté dans le sens où bah si on nous fait pas confiance, ça n'aide pas dans les soins effectivement, donc oui ça peut mettre des difficultés oui</p>	
Impact manque de confiance	PAS DE VERBALISATION	<p>L'impact bah ce serait de se retrouver face à une personne qui, qui ne veut pas parler c'est compliqué, quand la personne ne verbalise pas les choses, qui se renferme, ne veut pas parler,</p>
	REFUS DE SOIN	<p>dans le refus de soin, ça ce serait les grosses difficultés en fait</p>
	PRENDRE SOIN	<p>Le prendre soin ne va pas être pareil,</p>
	COMPORTEMENT SOIGNANT	<p>on va être un petit peu plus, fin je vais être un petit peu plus sur le qui-vive, obligée de se sentir un petit peu de se justifier.</p> <p>L'appréhension du soin ne va pas être la même, ... une fois qu'on rentre, notamment, quand on rentre dans le box on doit réellement penser son soin.</p> <p>Il va pas falloir faire des allers-retours, il va falloir vraiment un laps de temps où il faut tout lui faire</p> <p>Tu te sens démunie parce que tu essayes de faire au mieux, t'essayes de le soigner parce que à l'origine il vient justement pour des soins.</p>

Thème	La relation de confiance	
Objectif	Déterminer les caractéristiques de la relation de confiance avec un détenu et les manières de la mettre en place	
Présence de difficultés pour instaurer une relation de confiance	<p>C'est plus difficile, ça c'est clair</p> <p>pour toutes les fois que j'ai rencontrées ouais c'est plus difficile</p> <p>Mais ça reste tout de même difficile</p> <p>Non</p> <p>Et c'est vrai que avec ces patients là c'est pas évident, la confiance</p>	
Les difficultés rencontrées pour instaurer une relation de confiance	<p>En général quand les patients détenus arrivent, ils sont un peu sur la défensive,</p> <p>ils vont essayer de tester pour essayer d'avoir peut-être plus de choses, ...</p> <p>On doit tout le temps essayer de négocier, expliquer ce que l'on fait,</p> <p>la relation soignant-soigné elle est totalement différente, comparé à d'autres patients.</p>	
Construire relation de confiance	TEMPORALITE	<p>puis quelques semaines après quand ça fait un petit moment qu'ils sont là on voit qu'ils s'ouvrent plus à nous et que ils nous font confiance</p> <p>et puis quand ils viennent 2 fois 3 fois 5 fois 10 fois même pour des cures de chimio, on sent bah que ils sont un peu comme chez eux et que là voilà on est un peu leur lien finalement</p> <p>Donc je pense qu'il faut leur laisser le temps aussi</p> <p>de prendre le temps comme on fait.</p> <p>Je vais prendre peut-être un petit peu plus le temps,</p>

		<p>Prendre plus le temps,</p> <p>On essaye de faire au moment où ils sont plus calmes, ça n'arrive malheureusement pas tout le temps. On essaye de différer un petit peu, de revenir un petit peu plus tard</p> <p>voilà si ça fonctionne pas au moment T, remettre à plus tard,</p> <p>Plus prendre le temps</p> <p>on fait au plus vite,</p>
INSTAURER UN CLIMAT DE CONFIANCE		<p>Donc je pense que après en instaurant bien le climat de confiance justement</p> <p>Et donc je pense que grâce à ça ça permet d'avoir quand même un climat de confiance</p>
COMMUNICATION, EXPLICATION		<p>et en expliquant bien les choses ça permet de rassurer pour faire les choses</p> <p>et de dialoguer comme on peut voilà</p> <p>mais je pense que oui la conversation, de permettre d'expliquer les choses, permettent de mettre une confiance.</p> <p>Voilà la communication pour la confiance</p> <p>plus dialoguer.</p> <p>Oui vraiment tout expliquer,</p> <p>En général je discute avec lui, j'essaye de lui demander ce qui va ce qui ne va pas, soit il s'ouvre auprès de moi soit il ne s'ouvre pas.</p> <p>on lui explique correctement</p>
COMPREHENSION		de comprendre qu'on est là pour eux et pas pour faire plus de mal qu'ils n'ont et puis,
DELEGUER : AUTRE PRO, COLLEGE, SEXE		<p>Et puis voilà bah envoyer les médecins aussi ça c'est important, les médecins</p> <p>Après on a la chance d'avoir des médecins qui sont quand même vachement ouvert et vachement dans la conversation avec les patients et qu'arrivent à poser les choses, à bien expliquer</p>

		<p>des médecins spécialistes qui viennent leur expliquer les choses fin, alors après est-ce qu'il faut pas passer le relais à un autre médecin, fin voilà des fois il suffit d'une personne je pense que c'est grâce à son avocat et les médecins onco qui sont venus, et puis peut-être des fois la psychologue qui intervient dans le service ne pas hésiter à faire intervenir d'autres intervenants non plus.</p> <p>Des fois que ce soit un homme ou une femme c'est différent.</p> <p>Un médecin, un aide-soignant, un infirmier ça va être différent aussi.</p> <p>est-ce que toi tu vas peut-être réussir.</p> <p>Ne pas hésiter non plus à faire intervenir le médecin, ça c'est ce qu'ils aiment beaucoup.</p> <p>donc à par prévenir le médecin, voir si une autre collègue peut essayer, je voilà</p> <p>Je préviens le médecin, pour voir si lui ne peut pas non plus intervenir avec d'autres mots, d'autres termes aussi, d'autres explications.</p>
	<p>APPORTS CONNAISSANCES</p>	<p>et comme quoi grâce à tout ça, grâce à toutes les connaissances qu'on lui a apporté, ça lui a permis d'accepter en fait, qui lui ont expliqués tout ce qui se passait vraiment et la situation grave, qui a permis de mettre la chimio en place</p> <p>De reprendre avec lui les bases de ce qu'il s'est passé, de ce qu'il va avoir.</p> <p>Expliquer les soins, les examens. Les démarches à suivre ce qui logiquement doit se faire pour n'importe quel patient.</p> <p>Qu'ils n'hésitent pas à poser des questions s'ils en ont ou à les écrire, ça j'essaye de faire un maximum</p> <p>Ne pas hésiter non plus à ce qu'il s'interroge, s'il a des questions à me les poser.</p> <p>lui expliquer voilà je vais prendre votre tension, je dois faire ceci pour tel examen, vous allez avoir ceci ça va se passer comme ça.</p> <p>Je vais essayer de lui expliquer encore plus ce que je vais faire.</p>
	<p>ECOUTE</p>	<p>parce que ils ont une grande chance nos patients c'est d'avoir des oreilles, des gens qui écoutent</p>

SECRET MEDICAL/ CONFIDENTIALITE	<p>Bah déjà le fait que à l'UHSI on fait en sorte d'avoir un secret médical quand même.</p> <p>Parce qu'on a des surveillants pénitentiaires derrière les portes, mais on fait en sorte de montrer au patient que bah les bleus, entre guillemets, tu comprends quand je dis bleus, les bleus ce sont les bleus ils sont à leur place et que nous on est là pour les soins, et que ça reste entre nous.</p> <p>Fin tout ça je pense que les patients le voient que, et je pense que s'ils nous entendent rigoler derrière la porte ou ce genre de choses, on va peut-être avoir une rupture de confiance.</p>
INTIMITE	<p>Donc là, le fait de voilà prendre soin de leur pudeur tout simplement, quand il y a un pansement et bah voilà on ferme la porte et ils se disent bah tiens, c'est des petits détails mais notre façon de faire en fait, ah bah tiens elle met un drap pour me protéger, fin alors que il y a le pénitentiaire derrière, on ferme la porte</p>
SE PRESENTER	<p>Je vais me présenter auprès du patient déjà qu'il puisse mettre un nom sur un visage, c'est vrai que c'est pas forcément simple on est tous en blouse blanche à l'hôpital.</p> <p>Effectivement essayer, voilà comme je dis à chaque fois se présenter. Ils ont des têtes qu'ils ne connaissent pas forcément donc voilà se présenter pour moi c'est déjà la première base quand on rentre dans une chambre ou dans un box.</p> <p>Le fait qu'il puisse voir toujours des mêmes visages en tout cas en milieu carcéral ça peut aider. Donc c'est pour ça que pour moi la présentation est hyper importante.</p>
DIAGNOSTIC	<p>Déjà qu'il ait un diagnostic par rapport à ce qu'il a, je pense que ça aide.</p>
CHANGER D'APPROCHE	<p>je vais essayer d'autres approches si jamais ça fonctionne pas.</p> <p>essayer une autre forme de soin, d'approche.</p>
DISCUTER EN EQUIPE	<p>Je vais pas hésiter à en parler aux collègues pour dire bah voilà j'ai pas réussi avec tel patient</p>

	HUMOUR	Ça peut être parfois par des manières de faire avec un petit peu d'humour ou non
	NEGOCIATION	Ça va être vraiment la négociation je pense
	TON	comme je dis bah on arrive nous bonjour bah on va faire une petite prise de sang fin on est toute mielleuse et tout, et on essaye d'instaurer cette confiance
	PAS MINIMISER	pas minimiser les choses,
Rôle infirmier vis-à-vis de la confiance	<p>Déjà c'est essayé d'instaurer une relation de confiance.</p> <p>De tout tracer parce que, après voilà c'est des jours avec et des jours sans</p> <p>Savoir remettre ses pratiques aussi,</p> <p>on fait au mieux,</p>	
Utilité relation de confiance	PRISE EN CHARGE	Et bien à bien prendre le patient en charge
	GLOBALE	à le prendre dans sa globalité et sans, en passant au-dessus de tout ça quoi en fait
	SOIN	Je dirais le soin en lui-même, qu'il puisse être écouté
	DETECTER LES PROBLEMES	détecter peut-être des choses aussi au niveau psychologique, physique aussi
	RELATION	La relation
Pas possible de pallier le manque de confiance	<p>Après il y a des patients qui resteront fermés et c'est leur nature et je pense que à l'extérieur on aura des patients pareils</p> <p>Je pense que oui, il y a parfois des situations qui sont pas possibles, il y a des situations bah non c'est des humains et que voilà s'ils ont pas confiance, ils auront pas confiance</p> <p>mais à partir du moment où il y a des patients qui sont butés, on pourra rien faire.</p> <p>Mais non il y a certaines choses qu'on ne peut pas faire</p> <p>En tout cas sur la situation auquel je pense, ça n'a pas du tout fonctionné</p>	

<p>Possible de pallier manque de confiance</p>	<p>J'aurais envie de te dire oui, souvent on fini par mais qui jusqu'à l'heure d'aujourd'hui c'est vrai qu'on a toujours réussi à (ESI) A les outrepasser quoi ? (IDE) Oui, ça dure quelques heures, quelques jours au pire et après on arrive quand même à avoir les soins qu'on veut au final.</p> <p>Pour moi, alors je pourrais pas m'aventurer là-dessus, je pense que tout est possible, on va tout faire en tout cas pour. On va essayer, fin en tout cas moi je vais essayer d'autres approches si jamais ça fonctionne pas.</p> <p>Je pense qu'il n'y a jamais de non donc il faut essayer.</p> <p>Je pense que ça va dépendre de ce qu'ils ont pu vivre avant, en tout cas même si c'est en hospitalisation ou non.</p>
<p>Limites</p>	<p>mais qui a certaines limites puisque bein, on peut vite se retrouver dans des situations un peu malsaines où le patient va nous faire un petit peu des allusions, pas des hallucinations, des allusions comme quoi ah bah tiens,</p> <p>et c'est un peu le danger de trop donner sa confiance en fait avec ces patients là, puisque il y a des patients qui vont, on le sent hein, qui vont être trop confiants</p> <p>Je pense, je pense, par rapport à leur situation. Les hommes qui ont pas vu de femme depuis 15 ans, voilà</p> <p>On arrive, on est toutes gentilles comme je dis bah voilà, c'est pas commun pour eux donc oui, ils vont peut être prendre la confiance à un moment mais trop</p>
<p>Solutions par rapport aux limites</p>	<p>justement donc faut réussir à mettre ses limites, on fait confiance médicale stop ça s'arrête là, tu vois ce que je veux dire</p> <p>faut recadrer le truc, non on est là on est en confiance il y a pas de souci, ça s'arrête là.</p> <p>Faut savoir cadrer la confiance</p>
<p>Possible de soigner sans confiance</p>	<p>(ESI) Oui, d'accord, ok. Et justement à l'inverse est-ce que tu as réussi à outrepasser ce manque de confiance et que justement les choses se passent bien malgré que le patient n'ait pas confiance en fait envers toi ? C'est déjà arrivé, ... c'est déjà arrivé effectivement voila que la, alors la confiance ne s'est pas forcément faite parce que je pense qu'il faut mettre un petit peu plus de temps pour des patients détenus, je parle en général en tout cas de ce que j'ai pu rencontrer ... c'est arrivé mais ça reste rare quand même</p>

L'abstract

NOM : GALLAIS	PRENOM : VALENTINE
TITRE DU MEMOIRE : La relation de confiance en milieu carcéral	
Présentation synthétique du travail en anglais :	
<p>Background: After an internship in an inmate unit, I have noticed several issues inherent to this environment. My research thesis has been based on one of those, the trusting relationship in the prison environment.</p>	
<p>Objectives: I have studied this theme through the following question: To what extent is the trusting relationship of the hospitalised inmate patient towards the nurse, influencing his caring?</p>	
<p>Design: I therefore investigated this question by conducting research on the prison environment, caring and trusting relationship. I have deduced from this that the establishment of the trusting relationship is going to stand on huge elements, the prison environment complicating their apply and so, changing our caring.</p>	
<p>Method: I have afterwards carried out interviews with two nurses. Their field experience added another dimension to my research work, which I compared with the authors' thoughts.</p>	
<p>Results: I have noticed structural and behavioural differences in the inmate patient caring, the multidimensional side of trust, the caregiver's confidence toward the patient, practice areas allowing a proper caring of the inmate patient.</p>	
<p>Conclusion: I can thereby partly answer the initial objective of the present work. The prison environment, and occasionally even the inmate patient himself, are modifying our caring, such as the lack of trust. The caring is consequently going to be about solutions research to overcome it, including the prison environment and its constraints.</p>	
Présentation synthétique du travail en français :	
<p>Contexte : Après un stage à l'UHSI, j'ai remarqué plusieurs problématiques inhérentes à ce milieu. J'ai basé mon travail de recherche sur l'une d'entre elles, la relation de confiance en milieu carcéral.</p>	
<p>Problématique : J'ai étudié ce thème à travers la question suivante : En quoi la relation de confiance du patient détenu hospitalisé envers l'infirmier influe sur sa prise en soin soignante ?</p>	
<p>Recherches : J'ai donc investigué cette question en réalisant des recherches sur le milieu carcéral, la prise en soin et la relation de confiance. J'en ai déduit que l'instauration de la relation de confiance va reposer sur des éléments vastes, le milieu carcéral venant complexifier leur application et ainsi modifier notre prise en soin.</p>	
<p>Méthode : J'ai ensuite réalisé des entretiens avec deux infirmières. Leur vision de terrain a ajouté une autre dimension à mon travail de recherche, que j'ai comparé avec les idées des auteurs.</p>	

Résultats : J'ai repéré des différences structurales et comportementales dans la prise en soin du patient détenu, le côté multidimensionnel de la confiance, la confiance du soignant envers le patient, les lieux d'exercice permettant une bonne prise en soin du patient détenu.

Conclusion : Je peux ainsi répondre en partie à ma question de départ. Le milieu carcéral, et même parfois le patient détenu lui-même, vont modifier notre prise en soin, tout comme le manque de confiance. Le prendre soin va ainsi être axé sur la recherche de solutions pour y pallier, en incluant le milieu carcéral et ses contraintes.

MOTS-CLES EN ANGLAIS :

TRUSTING RELATIONSHIP, PRISON ENVIRONMENT, CARING, INMATE PATIENT, NURSE

MOTS-CLES EN FRANCAIS :

RELATION DE CONFIANCE, MILIEU CARCERAL, PRISE EN SOIN, PATIENT DETENU, INFIRMIER

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé, CHU Pontchaillou, 2 rue Henri Le Guilloux
35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2022