



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

L'ENFER-ME-MENT



Entre complexité et émotions, la prise en soin d'un
détenu implique-t-elle une double peine ?



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 de Marcel Mathilda

Travaux de fin d'études :

Entre complexité et émotions, la prise en soin d'un détenu implique-t-elle une double peine ?

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 de Marcel Mathilda est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

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

Le 2 mai 2022

Signature de l'étudiant : *MARCEL Mathilda*

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.

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION	1
I.1	Intérêts et motivations.....	1
I.2	Situations d'appels	2
I.3	Questionnements.....	5
II-	Cadre théorique	7
II.1	L'univers carcéral.....	7
II.1.1	Définitions établissements pénitentiaires.....	7
II.1.1.1	Différentes représentations	7
II.1.1.1.1	La population incarcérée.....	8
II.1.1.1.1.1	Droits des patients / détenus en matière de santé en milieu carcéral.....	9
II.1.1.1.2	L'exercice infirmier en milieu carcéral	10
II.2	Approche de la relation soignant soigné en détention.....	11
II.2.1	Introduction au prendre soin	11
II.2.2	La complexité d'une relation.....	12
II.2.2.1	Les situations relationnelles difficiles.....	14
II.2.2.1.1	Une relation triangulée	15
II.2.2.1.1.1	Distance et relation en milieu carcéral	16
II.3	Les facteurs d'influence.....	18
II.3.1	Des émotions cadencées.....	18
II.3.2	La gestion des émotions du soignant : les mécanismes d'adaptation	20
III-	Méthodologie du recueil de donnée.....	21
III.1	Méthode de l'entretien	21
III.1.1	Population interviewée	21
III.1.1.1	Organisation de l'entretien	22
III.1.1.1.1	Objectifs de l'entretien.....	22
III.1.1.1.2	Bilan du dispositif	23
IV-	Analyse descriptive des entretiens.....	25
V-	Discussion	33
VI-	Conclusion	42
	Bibliographie	Page 43
	Annexes	Page 46
	Annexe I – Le guide d'entretien	
	Annexe II – Retranscription entretien 1 : IDE en détention (Rennes)	
	Annexe III – Transcription entretien 2 : IDE en détention (Paris)	
	Annexe IV – Analyse descriptive : tableaux	

Remerciements

Je tenais à remercier tous les proches qui m'ont accompagnée, soutenue et aidée à m'épanouir tout au long de ma formation et tout particulièrement :

L'ensemble de ma famille, dont ma mère, mon frère et mon compagnon. Mes amis notamment Estelle, qui m'a toujours soutenue, encouragée et crue en moi. Je remercie ma mère qui m'a aidée lorsque j'ai été confrontée à des difficultés et des doutes au cours de ce mémoire ainsi que mon frère, qui a consacré du temps à la relecture de celui-ci.

Mes amies de l'IFSI avec qui j'ai pu échanger, m'enrichir, partager cette formation et qui m'ont permis de me construire en tant que future infirmière.

Les formateurs de l'IFSI qui ont toujours répondu présents, ont su me donner la passion de ce métier et m'ont permis d'évoluer.

Je remercie tout particulièrement ma référente pédagogique Murielle LASBLEIZ, qui a su m'accompagner personnellement tout au long de la formation, par son écoute, sa bienveillance et sa disponibilité.

Ma guidante de mémoire Pascale MANCHERON, qui s'est impliquée pour m'accompagner tout au long de ce mémoire, répondre à mes interrogations, valoriser mon travail et mes capacités.

Les divers professionnels que j'ai pu rencontrer lors de mes stages, qui m'ont appris, accompagnée, et qui sans eux, ne m'auraient pas permis de devenir la soignante que je suis.

Les infirmières qui ont bien voulu participer aux entretiens en consacrant de leur temps malgré la situation sanitaire.

« Si nous sommes capables de comprendre avant de juger, négativement nous sommes sur la voie de l'humanisation des relations humaines. »

I- INTRODUCTION

De nos jours, de nombreuses représentations perdurent sur le milieu carcéral, univers hostile, mystérieux et méconnu du grand public. Mais, soigner en prison tout en assurant une continuité, ainsi qu'une qualité des soins semblable à celle offerte à l'ensemble de la population est-il possible ? Comprendre la complexité de la prise en charge sanitaire, est l'objet de cette démarche de recherche. Dépasser nos limites émotionnelles fait partie intégrante de notre future profession. Nos appréhensions, jugements et représentations de l'autre sont ancrées en nous et influencent notre pratique. Nous sommes confrontés à ce dépassement de soi dès notre arrivée à l'école : les mises en situations, l'apprentissage théorique des sciences infirmières, la complexité que peut représenter la biologie ou la physiopathologie sont nos premiers obstacles physiques et intellectuels. C'est par la suite pendant les stages que ces complexes enseignements viennent se heurter à la pratique. En effet, le stage est ce premier moment crucial dans la vie d'un étudiant en soins infirmiers où nous devons affronter nos émotions : la peur, la joie, le dégoût, la tristesse et la colère. Alors, notre savoir théorique vient se confronter à la réalité pratique, mais c'est bien à ce moment-là que notre enthousiasme quant à notre future profession, doit être attiser.

En avançant dans ma formation, une des grandes thématiques du métier se distingue pour moi des autres, je comprends au cours de chacun de mes stages l'importance inestimable de la relation soignant/soigné. Chaque stage, révèle la complexité « du prendre soin » et de la relation qui en découle. Mon parcours de stage ainsi que mon expérience personnelle m'ont démontré à plusieurs reprises l'évolution constante de cette même relation. C'est en évoluant en tant que future professionnelle de santé, qu'on installe et fait murir ce rapport de soignant à soigné, son rôle étant d'être le facilitateur de l'expression des émotions de l'autre. Je me suis alors intéressée à l'incidence de la verbalisation des émotions dans la spécificité du soin en détention. La difficulté ici, semblerait être l'impact des dires de l'autre sur nos émotions et les probables agissements qui en découlent. Nous pourrions même penser, que la complexité de la relation avec un détenu, induite par leurs histoires de vie, leurs motifs d'incarcération ou leur comportement hétéro-agressif, nous amèneraient certainement à avoir une posture totalement spécifique et adaptée à cet univers si hostile.

I.1 Intérêts et motivations

Hormis le choix de l'expérience vécue durant mon stage de semestre 5, j'ai effectué ce travail tout au long de ma dernière année d'étude. De plus, après réflexion, le choix du thème choisi s'est

construit progressivement durant ma deuxième année de formation c'est-à-dire après le stage de semestre 4 que j'ai effectué au CHGR (Centre Hospitalier Guillaume Régnier) dans une unité dédiée à la psychiatrie. L'écriture de ce travail de fin d'étude s'est scindée entre plusieurs expériences vécues, celles de la psychiatrie ainsi que celles de la détention. La complexité de la relation de soin en psychiatrie m'a interrogée sur l'influence de l'expérience dans la qualité de la prise en charge du patient. Ainsi, j'ai pu constater que mes interrogations concernant le milieu carcéral avaient quelques similitudes. De ce fait, le cheminement vers ma question de départ s'est très vite construit. Je portais donc une certaine forme de curiosité à la manière dont le soignant pouvait prendre en soin l'autre dans un contexte de soin totalement en marge. Ma troisième année de formation ne fut que la confirmation de l'intérêt porté sur ces questionnements, de plus ils se sont très nettement affinés et ont pris une tournure quelque peu différente. Je savais que mon sujet de recherche s'inscrivait sur le thème de la relation soignant soigné. Néanmoins je ne pensais pas qu'il traiterait la relation de soin en milieu carcéral. L'univers carcéral, ainsi que l'influence multidimensionnelle de l'enfermement sur l'être humain ont toujours animé ma curiosité. Ainsi, pouvoir m'immiscer dans un tel endroit fut pour moi une expérience extraordinaire qui sans le savoir allait être un véritable déclic dans l'exercice de ma future pratique. Ces quelques semaines passées à l'UHSI ont été d'une extrême puissance à la fois sur le plan humain et sur le plan émotionnel. Remuée par cette expérience déroutante, il est alors apparu évident que celle-ci constituerait mon sujet de mémoire. Je suis ressortie de ce stage avec tellement d'interrogations, qu'il m'était impossible d'en rester là, il me fallait alors les réponses à toutes mes questions pour évoluer et tirer le plus d'enseignements de cette expérience. Par ailleurs, mêler mon expérience de la psychiatrie et celle de la détention m'a conforté dans l'idée que l'enfermement était un sujet qui me tenait à cœur. Alors, ayant conscience de la complexité de la relation soignant/soigné en milieu carcéral ainsi que de l'influence des émotions sur celle-ci, il m'a fallu totalement remettre en question mon positionnement professionnel. L'omniprésence du contexte carcéral, par exemple, les restrictions en lien avec la justice et les surveillants pénitenciers, m'ont interrogée sur l'influence que cela pouvait avoir sur la relation de soin. Ainsi les réponses à toutes ces questions contribueront à aborder plus sereinement ma future prise de poste et ne feront que renforcer ma culture du prendre soin. De plus, cette démarche de recherche me permettra d'entreprendre un travail de réflexion, de discernement et d'esprit critique face aux éléments étudiés.

I.2 Situations d'appels

Actuellement étudiante de 3ème année, j'effectue mon stage dans un UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) pour une durée de 10 semaines. Ce service a la capacité d'accueillir 19

patients. Cette unité de soins reçoit les détenus de tout l'Ouest de la France. Cette équipe est pluridisciplinaire : cadre de santé, infirmières, médecins, aides-soignantes, agents de service hospitaliers, kinésithérapeute, diététiciens...etc Côté pénitencier ce ne sont pas moins de 49 surveillants dont 8 gradés qui se relaient nuits et jours pour assurer une sécurité permanente. Leur mission principale est d'assurer le respect des règles de l'établissement pénitencier. De plus, ils sont habilités à répondre à certaines demandes des détenus (courrier, rendez-vous avocats/assistante sociale/équipe soignante, fournitures). L'hospitalisation des détenus n'a rien d'une hospitalisation classique. L'environnement est inhabituel, des contrôles de sécurité sont effectués, plusieurs grilles doivent être passées avant d'arriver dans le service, des barreaux sont installés à chaque fenêtre, ce qui rend le lieu de soin oppressant. Tous ces éléments peuvent être propices à l'émergence d'épisodes de violences. Ces épisodes de violences sont principalement tournés vers les surveillants pénitenciers. L'infirmière, elle, est confrontée à tout autre chose. En effet, j'ai pu observer que les détenus ont une autre posture vis-à-vis des soignants. Les patients « détenus », sont dans l'expression de leurs émotions et la verbalisation de leurs craintes (problèmes de santé, difficultés familiales, difficultés de détention...) et non dans la brutalité vis-à-vis du personnel médical. Personnel médical qu'ils appellent d'ailleurs « les blancs », par distinction avec « les bleus » du personnel pénitencier. Cependant, le contexte d'hospitalisation, la fatigue occasionnée par les soins, l'annonce de certains diagnostics peuvent nous rendre témoins de certaines manifestations de violences physiques et de comportements agressifs (destruction de matériel, bagarre, injures, refus de soins...). De plus, certaines histoires de vie de patients sont particulièrement difficiles et complexes, ce qui influence évidemment la potentialité à devenir violent. Les infirmiers restent malgré tout, d'une écoute active. Il est important pour les soignants de connaître quelques traits de la vie des patients pour les comprendre dans leur globalité. Néanmoins, les soignants doivent veiller à rester impartiaux quels que soient les dires exprimés du patient, qui peuvent être le motif d'incarcération, le parcours judiciaire ou même certains épisodes de leur vie privée afin de permettre un accompagnement optimal du détenu. Il est alors primordial de savoir créer et garder une distance avec les patients en dépit du fait que bien souvent et sans le vouloir, le soignant devient également le « confident » du soigné, dans un milieu où l'écoute ne trouve que rarement sa place. Car lors de ce stage assez éloigné de mes précédentes expériences, j'ai parfois eu l'impression de ne pas prendre assez de recul face à certaines situations difficiles rencontrées dans ce service. Apprivoiser ces sentiments, les extérioriser m'a donc paru compliqué et je me suis alors interrogée sur la capacité des soignants à prendre soin d'eux-mêmes dans cet univers pénitenciers sous constante tension.

Je pense pouvoir dire, que je me suis retrouvée dans des situations complexes. L'une d'entre elles m'a particulièrement marquée.

Je suis à ma deuxième semaine de stage, je suis d'après-midi c'est-à-dire 13h50 à 21h20. Il est aux alentours de 14h00. J'apprends aux transmissions que nous allons avoir une entrée. C'est un monsieur de 66 ans qui vient de la maison d'arrêt de Vezin. Il vient ici pour une insuffisance rénale aiguë, il sort de réanimation et on lui a posé une sonde urinaire ainsi qu'une sonde naso-gastrique. On me présente ce monsieur comme quelqu'un de particulièrement « dangereux », dont je dois me méfier, l'équipe me transmet que ce monsieur est incarcéré pour une peine très longue. Il est environ 14h30 les transmissions sont terminées, un des surveillants pénitenciers présent ce jour vient dans le bureau de soins et nous indique que le patient est en bas. En effet, dans cette unité nous ne faisons aucune admission sans la présence des surveillant pénitenciers, leur présence est obligatoire pour toutes interventions auprès d'un détenu (pour rentrer et sortir d'une chambre, pour les arrivées, les sorties, les rdv...). Pour ce patient, les consignes sont strictes : nous devons être deux soignants et 4 surveillants pénitenciers. Aujourd'hui je suis la seule femme, je suis avec un collègue infirmier, nous descendons dans les sous-sols pour y retrouver le patient. J'aperçois le brancard avec 4 surveillants pénitenciers de plus autour du patient. Nous avançons vers lui, nous nous présentons et prenons l'ascenseur. Nous traversons l'hôpital par ses sous-sols, une ambiance pesante règne. Le silence et la tension apportés par les surveillants me figent. Nous sommes dans l'ascenseur, échanger avec le patient me semble nécessaire, je demande alors à ce patient : Comment allez-vous monsieur ? Il me répond alors : « Vous savez mademoiselle, j'ai tué une fille en blouse blanche comme vous ». Nous arrivons dans le service, l'équipe me prend à part et me demande de verbaliser ce qui vient de se dérouler. À ce moment je suis tétanisée, anéantie et bouleversée je me retrouve face à des émotions que je suis incapable de maîtriser. L'équipe me rapporte que ce patient est particulièrement agressif et essaye de me rassurer. Je me suis retrouvée dans l'incapacité de regarder cet homme dans les yeux, ou même de lui parler dans les jours qui ont suivi. J'ai alors commencé à me questionner sur l'influence de mon vécu sur ma capacité à gérer mes émotions dans une situation donnée et dans la prise en soins de l'autre.

De cette situation totalement inattendue, est née une multitude de questionnements. En effet, dans cette situation mon attention était de rentrer en relation avec ce détenu de manière totalement anodine comme je l'aurais fait avec n'importe quel patient. J'avais comme objectif premier, d'entamer la relation soignant/soignée avec ce patient. Il est vrai, que dans mes représentations, le statut de patient de cet homme prévalait sur celui de détenu, j'ai donc omis certains détails induits par la spécificité du service. Mais alors pourquoi l'émotion causée par cette situation me sidère-t-elle autant ? Pour comprendre la complexité de la prise en soins dans ce milieu si particulier, développer une autre situation tout autant singulière me semble nécessaire.

Je suis à ma quatrième semaine de stage, je suis également d'après-midi comme précédemment. Nous sommes aux transmissions, un patient est arrivé ce matin dans l'unité, et je découvre qu'il est dans

mon secteur. Monsieur B a 70 ans, il est atteint de la maladie de Parkinson, il est hospitalisé aujourd'hui pour des plaies aiguës liées à des violences subies en détention. Nous faisons notre premier tour, je suis accompagnée de l'infirmière et je vais chercher un des surveillants pénitenciers présent ce jour, pour qu'il nous ouvre chacune des chambres. Je demande au surveillant de m'ouvrir, il s'exécute et reste derrière la porte, j'arrive dans la chambre de Monsieur B je m'approche du lit en veillant à décaler l'adaptable (dans ce service chaque entrée en chambre nécessite une sécurisation de l'environnement, on y déplace les meubles afin d'éviter que l'un des patients l'utilise comme « arme »). Dès l'entrée en chambre, j'observe ses tremblements et son visage « défiguré ». En effet, je remarque qu'il a un œil au beurre noir, ainsi que des balafres importantes sur son visage. Je me présente à ce patient, sans indiquer mon prénom, j'indique ma qualité ainsi que celle de l'infirmière présente à côté de moi. Je m'apprête à lui administrer ses traitements et je réalise ma vérification avec la règle des 5 B. Au moment de lui donner ses traitements, je constate que ce patient tremble de plus en plus. Instinctivement je « dé-blistère » ses médicaments. Il me remercie, je récupère tous les emballages et nous sortons de la chambre. J'appelle le surveillant pour lui dire que j'ai terminé avec la chambre. Une fois dans la cour, l'infirmière m'interpelle. Elle me reproche d'avoir fait preuve de maternage pendant l'administration de ses médicaments. Quelques minutes après, le surveillant s'approche de moi et me dit qu'il faut que je prenne de la distance avec les détenus. Interpelée par ses remarques, je me questionne sur mes intentions.

En effet, il me semblait totalement adapté, logique, d'aider ce monsieur. Pour moi, l'idée de le voir « dé-blistérer » seul ses médicaments avec ses tremblements me semblait impossible. L'aide était donc nécessaire. Sa maladie, les coups reçus par son codétenu, son âge étaient des facteurs qui me confortent dans l'idée d'adapter ma relation soignant/soigné. J'avais pour objectif de l'aider et non de le mater. À cet instant, que je ne comprends pas la réaction de mes collègues, notamment celle de l'IDE, je m'interroge. Je trouve à cet instant le surveillant et l'infirmière froids, distants et dépourvus de considération à l'égard du statut de patient de ce monsieur, le réduisant alors uniquement à celui de détenu. Mais pourquoi le sont-ils... et pourquoi ne le suis-je pas ? Suis-je effectivement trop proche et trop dans l'affect ? Peut-être alors, qu'à ce moment, mon ressenti est biaisé par mon manque d'expérience dans ce service.

1.3 Questionnements

Ces situations décrites précédemment ne sont que quelques épisodes parmi tant d'autres. Ils témoignent de la complexité de la prise en soins dans cet univers si déroutant. C'est ainsi qu'est

apparue une multitude de questionnements en lien avec mon expérience en milieu carcéral. L'envie d'apprendre, de comprendre et de transmettre m'amènent aujourd'hui à plusieurs questionnements intermédiaires. Mon interrogation s'est portée sur la relation entre le soignant et la personne soignée dans ce milieu assez méconnu du personnel soignant.

- En quoi l'univers pénitentiaire est un monde à part ?
- En quoi l'agressivité du patient peut influencer la relation soignant/soigné ?
- Quelle distance doit-elle être mise dans les soins en milieu carcéral ? De même, comment prendre en charge, de la manière la plus objective et dans le respect de l'éthique professionnelle, chaque détenu comme un être humain à part entière ?
- En quoi les émotions peuvent-elles influencer la prise en soins du soigné ?
- Quels moyens utilisent les soignants pour prendre en charge les patients de manière objective ?
- Qu'est ce qui rend la relation avec les détenus aussi complexe ?
- Pourquoi ai-je été sidérée par de telles expériences ?
- Qu'est-ce qui m'a tant heurtée ?
- Qu'est ce qui peut être gênant voire dangereux dans la relation de maternage ?
- Et si le surveillant et l'IDE avait raison ?
- Pourquoi ne suis-je donc pas sur la même longueur d'onde ? Leur expérience leur permet-elle de percevoir la situation différemment ?

C'est en posant toutes ces questions que j'ai pu constater certains thèmes émerger plus spécifiquement que d'autres : expérience, émotion, relation complexe. Si tout ceci n'était que la formulation même de mon sujet de départ ? Etudier ces mots clés et leur sens avec précision m'a donc amenée à les rassembler pour y formuler une réelle problématique, soit ma question de départ. Ma recherche s'inscrit donc sur : Dans quelle mesure l'expérience professionnelle impacterait-elle la capacité de l'IDE à apprivoiser la complexité de la relation soignant soigné en milieu carcéral ?

II- Cadre théorique

II.1 L'univers carcéral

II.1.1 Définitions établissements pénitentiaires

Pour l'Internaute (2020), carcéral est l'adjectif le plus communément utilisé pour qualifier ce qui est relatif aux prisons, ou à la vie des prisonniers. La prison quant à elle se définit comme un, « Établissement clos aménagé pour recevoir des délinquants condamnés à une peine privative de liberté, ou des prévenus en instance de jugement. » (Le Robert, 2021).

Afin de détailler cette définition, Roch-Etienne (2018) précise :

La prison est un microcosme où se nouent un certain nombre d'enjeux de société. C'est le lieu d'une privation de liberté pour des personnes en attente de jugement ou qui ont été condamnés à cela. On y trouve à la fois des individus parfaitement intégrés à la vie sociale et d'autres vivant en marge. (Roch-Etienne, 2018).

Nous pouvons voir que l'univers carcéral se scinde en plusieurs catégories, avec les Maisons d'arrêts qui accueillent : « les prévenus en attente de leur procès, placés en détention provisoire ; les détenus condamnés à une peine d'emprisonnement inférieure à deux ans (ou dont le reliquat de peine, c'est-à-dire la durée de peine restante à purger, est inférieur à deux ans). » (Vie publique au cœur du débat public, 2020). La seconde catégorie concerne les Centres de Détention (CD) : « 25 centres de détention, (...) accueillent des détenus présentant les meilleures perspectives de réinsertion sociale. Le régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des détenus » (Vie publique au cœur du débat public, 2020).

Enfin, les maisons centrales constituent la troisième catégorie : « elles sont destinées à recevoir les détenus les plus dangereux dont les peines sont très longues. Le régime de détention y est essentiellement axé sur la sécurité » (Vie publique au cœur du débat public, 2020).

Pour donner suite à cette description affinée de l'univers carcéral, nous allons, étayer les caractéristiques de la population incarcérée.

II.1.1.1 Différentes représentations

Pour introduire cette notion, nous allons identifier la manière dont la prison est perçue par la population. En effet, selon un témoignage réalisé sur le point de vue de certains français. Il est dit dans l'article de Simon & Warde, (2019) :

Si 96 % des Français se prononcent contre la suppression de la prison, une grande majorité se représente des conditions de détention difficiles, marquées par la surpopulation, la promiscuité et le manque

d'intimité. La prison est aussi vue comme un lieu dangereux où s'exerce la violence des personnes détenues. Les personnels de surveillance bénéficient quant à eux d'une large considération de la part des Français. La gestion de l'institution n'est pas tellement remise en cause, bien qu'une légère défiance s'exprime chez les plus jeunes. Les représentations de la prison diffèrent aussi selon le niveau de diplôme, celui-ci allant de pair avec de meilleures connaissances sur la prison et moins de volonté de durcir les peines. Le développement de peines alternatives fait quant à lui quasi-unanimité : il est perçu comme nécessaire par 87 % des Français. Se dégage également un consensus autour d'une évolution de l'échelle des peines. (p.1)

Il est rajouté dans ce même article une représentation de la personne incarcérée comme étant « violent » ou « voleur » :

En interrogeant les Français sur les craintes qu'ils auraient à être incarcérés, les violences physiques ou psychologiques des codétenus, l'insécurité, le racket» reviennent dans 30 % des réponses données. C'est d'ailleurs la réponse la plus donnée. Avant même la condition de personne détenue et la privation de liberté, c'est le fait de côtoyer d'autres personnes détenues qui constitue la plus grande crainte de la prison pour les personnes interrogées. (p.3)

Pour contrebalancer les propos de Karim Bellazaar (2010) nous montre une autre perception des représentations de la prison : "Il y a une image fantasmée de la prison, il faut casser les clichés qui font de l'incarcération un passage initiatique. La prison ne donne pas un statut de dur (...) être en prison, ce n'est pas comme dans la série 'Prison Break', il n'y a pas d'action. L'ennui est le pire ennemi du détenu » (p.1). De plus, pour Morin (2018), nous voyons parfaitement que les français sont conscients que le problème majeur est la surpopulation carcérale. Les Français sont relativement lucides quant à cette problématique, ils ajoutent des éléments sur la taille des cellules et précisent que la réalité doit être bien plus effrayante que leur représentation. De ce fait, 64% des Français considèrent que la taille d'une cellule est de 9m², seule une infime partie pense que les cellules font plus de 10m². Néanmoins, la norme légale pour une cellule individuelle est de moins de 11m² est la réalité est de moins de 9m². Par ailleurs, puisque 79% des cellules sont occupés par deux détenus et seulement 20% des cellules sont qualifiées être en surnombre, la surpopulation perdure.

Nous allons dès à présent continuer de présenter la population incarcérée avec cette fois des données quantitatives.

II.1.1.1.1 La population incarcérée

Pour introduire cet élément d'analyse, nous allons identifier ce que représente la population carcéral en terme de chiffres.

On comptait, début 2020, environ 82 000 détenus incarcérés, dont 3,8% de femmes. Ce nombre est en constante augmentation depuis 2000, et il a plus que doublé au cours des quarante dernières années. Il faut noter que 26% des détenus sont incarcérés dans le cadre de la détention provisoire et se trouvent

donc en attente d'un jugement. La capacité opérationnelle du parc pénitentiaire français était, au 1er janvier 2020, de 61 080 places, soit un taux d'occupation moyen de 115%. (...). Une donnée préoccupante concerne la forte prévalence des troubles mentaux parmi la population carcérale : plus du tiers des détenus présentent des troubles psychiatriques ou psychologiques. Le nombre annuel des suicides en détention s'élève à plus d'une centaine par an (128 en 2019). (Vie publique au cœur du débat public,2020)

D'après Actualité et Dossier en Santé Publique (2018), nous comprenons de manière plus fine les particularités de la population incarcérée. En effet, dans les grandes majorités nombreuses sont les personnes appartenant aux catégories socio-économique les plus basses. Dès l'entrée en détention, les personnes incarcérées présentent un état de santé fragilisé notamment en ce qui concerne la santé mentale. Par ailleurs, il est observé des comportements à risque (suicidaire notamment). Ces difficultés déjà présentes à l'incarcération, peuvent être majorées par des conditions de détention plutôt difficile ; « surpopulation, confinement ou insalubrité, violences... ». Certaines pathologies psychiatriques peuvent aussi émerger par le stress occasionné par la détention, chez des individus présentant un terrain vulnérable, et des probables prédisposition à terrain génétiques. L'état de santé de la population incarcérée est jugé « préoccupant ». Ainsi, cela requiert un suivi et une prise en charge qui devraient être élargis au-delà de l'incarcération. Notamment en instaurant des soins de suite et de réhabilitation. En effet, la mortalité des ex-détenus dans les cinq ans suivant leur libération est « 3,6 fois supérieure » à celle de la population « générale » française. Cette surmortalité, serait plus importante que la surmortalité observée chez les personnes détenues. Nous comprenons donc à travers cette article l'importance des besoins pluridimensionnelles (physique, psychologiques et sociale) notamment en matière de santé mentale dans les unités de détention. Après avoir énuméré les particularités de la population incarcérée et leurs besoins, nous allons identifier les droits en matière de santé au regard de l'incarcération.

II.1.1.1.1.1 Droits des patients / détenus en matière de santé en milieu carcéral

Pour Hyst et Cabanell (2021) : « L'infection par le virus du sida " a fait vaciller le fragile équilibre du système de soins en milieu pénitentiaire. Afin de répondre au caractère préoccupant de la situation sanitaire de la population carcérale, les prisons se trouvant dans " un véritable état d'urgence sanitaire ". (p.82) De plus, Roch-Etienne (2018), la loi du 18 Janvier 1994 a permis l'entrée du service hospitalier au sein des prisons. Les détenu(e)s sont désormais affilié(e)s aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité Sociale. Cette loi, a été élaborée après l'étude de l'HCSP (Haut Comité de la Santé Publique) à la suite de pratiques de certains surveillants pénitentiaires qui distribuaient les médicaments et qui faisaient fonction d'aides-soignants dans les prisons.

Par ailleurs, avant 1994, la médecine en prison s'appelait la " médecine pénitentiaire ", terme inadapté résultant d'un raccourci de " médecine en milieu pénitentiaire ". La prise en charge des soins des détenus relevait de la seule compétence de l'administration pénitentiaire et non du secteur hospitalier. Un ou plusieurs médecins vacataires étaient toutefois désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement pour assurer les permanences de soins. (Hyst et Cabanell , 2021). Nous avons constaté qu'il existait des droits en matière de santé pour les détenus, nous allons désormais découvrir le rôle de l'infirmier en milieu carcéral.

II.1.1.1.2 L'exercice infirmier en milieu carcéral

D'après Roch-Etienne (2018), L'UCSA autrement dit Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (somatiques) a été créée au sein des établissements pénitentiaires, par les établissements publics hospitaliers de secteurs. C'est une structure de soins spécifique destinée aux besoins somatiques dont l'organisation ainsi que ses missions rappellent celles des dispensaires par les missions ambulatoires. L'objectif est d'assurer à la population carcérale une « qualité et une continuité des soins équivalents à celles de l'ensemble de la population » (p.11). Cependant, malgré ce dispositif certaines problématiques persistent, comme le maintien des personnes âgées en détention. En effet, l'unité de consultation ne suffit pas à la prise en charge globale des personnes vieillissantes. Le travail de l'infirmier en détention est semblable à celui de l'infirmier « civile » (Roch-Etienne 2018). Il apporte au quotidien la résolution aux problèmes de santé des détenus comme le rhume, les maux de tête, la diarrhée, la constipation, les douleurs dentaires, les maladies de la peau diverses et allergies, les douleurs musculaires, les vaccinations, les bilans biologiques, la réalisation d'électrocardiogrammes. Nous voyons donc que l'infirmier en détention traite des maux somatiques « communs », et permet une prise en charge similaire à celle de n'importe quel citoyen. Selon Roch-Etienne (2018) :

Quelques-unes des missions principales de l'infirmier(e) sont de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes qui s'adressent à lui. L'infirmier occupe une place essentielle de conseil, de dépistage, de soins et d'accompagnement des détenus au long de l'exécution de leur peine, notamment auprès de ceux atteints par le VIH, des handicapés physiques, des patients détenus âgés. (p.15).

Si l'on se réfère à l'article de Picherie (2003), être infirmier en prison est un réel enjeu : « L'infirmier(ère) a également un rôle très important dans l'accueil des « détenus arrivant ». Une personne incarcérée pour la première fois arrive souvent dans un état de détresse extrême et demande à être reçue rapidement par le service médical. » (p.30). Picherie, (2003) ajoute :

L'incarcération modifie énormément la perception individuelle de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique. C'est pourquoi l'infirmier(ère) a un rôle fondamental d'écoute, d'aide et de soutien. Lors des consultations, il n'accueille jamais un individu en tant que détenu, mais en tant qu'être humain avec son vécu et ses difficultés. (p.30)

De plus, pour Milly (2001), l'infirmier travaillant en prison privilégierait la dimension des soins techniques, à celle des soins relationnels. Ainsi, la réalité du quotidien impliquerait des consultations médicales et des soins infirmiers exécutés avec technique et rapidité. L'infirmier se focaliserait alors sur le somatique et laisserait implicitement de côté ce qui résulte des soins relationnels. La conception de la relation thérapeutique s'apparente donc à une prise en charge purement somatique du détenu, et non de ses besoins spécifiques en tant qu'être humain ayant des émotions et des ressentis.

À la suite de ces recherches nous comprenons plus précisément le rôle de l'infirmier en détention. Il serait donc intéressant de comprendre la manière dont l'approche relationnelle s'applique dans les prisons.

II.2 Approche de la relation soignant soigné en détention

II.2.1 Introduction au prendre soin

Pour entamer cette notion du prendre soin, nous allons étudier son étymologie : « prendre soin » et « soin », sont au cœur de cette recherche. Tout d'abord, pour Vigil-Ripoche, (2009) : « Le terme anglais intitulé caring renvoie à une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un dans une attitude de sollicitude et d'attention. La traduction la plus utilisée en français est prendre soin ». (p.5) Vigil-Ripoche (2009), ajoute que le terme « care » en « nursing » désigne l'ensemble des soins qui permettent le bien-être pluridimensionnel (physique, mental et social). De plus, l'action de « caring », s'apparente à soigner dans une relation de pleine attention avec l'autre, en le considérant dans toutes ses dimensions. En associant l'origine de toutes ces notions, cela pourrait nous faire penser que le prendre soin impliquerait la notion de complexité.

Par ailleurs, pour étudier plus précisément la notion de prendre soin, nous allons nous référer à Hesbeen, (2017) qui affirme :

Il n'y a rien d'anodin pour celui dont le corps et parfois la vie sont soumis aux mains des professionnels de soins, à leurs savoirs, leurs techniques, leur raisonnement clinique, leur capacité de prendre ou non au sérieux ce qui est important pour celui qui souffre ou plus simplement pour celui qui s'inquiète de ce qui lui arrive ou de ce qu'il va devenir. Il n'y a dès lors rien d'anodin dans la manière de se présenter à l'autre, de le regarder, de lui parler, de l'écouter, de le toucher, de lui annoncer un diagnostic, de lui proposer un traitement, de procéder à des actes de soins, etc. Et c'est parce qu'il n'y a rien d'anodin

lorsque les professionnels interviennent sur le corps et dans la vie d'un autre que des pratiques bonnes ne sauraient se réduire à l'application même rigoureuse des guides qui ont pour mission de les décrire. C'est parce qu'il n'y a rien d'anodin qu'une vigilance tant individuelle que collective est requise, une vigilance qui doit être pensée et entretenue, une vigilance qui requiert de l'effort. L'effort de ne pas confondre la personne avec nos savoirs, avec nos valeurs et convictions, de ne pas la réduire aux actes qui nous semblent utiles. [...] Effort, enfin, de ne pas minimiser les inquiétudes discrètes voire les souffrances secrètes qui parfois agitent intérieurement et intensément une existence. (p.184)

Pour Hesbeen (2017), les caractéristiques du « prendre soin » ne se résument pas à la simple qualité d'une relation de soin ou un d'un savoir être. Il implique une considération totale de l'autre dans toutes ses dimensions, ainsi que de la « juste sensibilité » que nous devons lui porter. Sans sensibilité la qualité d'une relation ne peut être instaurée. En effet, c'est bien notre seuil de sensibilité et notre empathie qui révèle notre considération à l'Autre, ainsi que notre capacité à se sentir pleinement concerné par ce que l'autre vit, ce qu'il est et ce dont il a besoin. Notre sensibilité nous anime donc, nous soignants à comprendre l'Autre dans sa globalité. C'est ce qu'on pourrait qualifier de pratique aidante, bienfaisante, respectueuse, et porteuse de sens (similaire à une pratique réflexive).

Afin d'affiner les caractéristiques du prendre soin, nous allons nous centrer sur ce qui complexifie ou non une relation dans l'environnement carcéral.

II.2.2 La complexité d'une relation

Pour commencer à aborder la notion de complexité nous allons nous référer à Curchod (2019) qui évoque :

Les frontières entre le simple, le compliqué et le complexe sont mouvantes et peuvent à tout moment faire basculer une situation d'un côté ou de l'autre. Dans les théories du chaos, un des courants d'étude de la complexité, il est postulé que des modifications minimales des conditions initiales peuvent avoir de très grands effets : c'est le célèbre effet papillon, de la métaphore du météorologue Edward Lorenz. Il en va de même dans le monde des soins : une embolie pulmonaire peut rendre une situation bien maîtrisée hautement instable, comme quelques bactéries peuvent déclencher un choc septique ; à l'opposé, un antibiotique ou une dose d'insuline peuvent rétablir une situation critique. Il en va de même sur un plan relationnel. (p.105)

Pour continuer avec cette notion nous allons nous intéresser à la complexité et plus précisément dans un contexte de soins. En effet, pour Alexandre Manoukian (2008), une relation, c'est une rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux personnalités, deux psychologies, ainsi que de deux histoires de vie à part entière. Nous pouvons alors ajouter que d'autres facteurs

interviennent dans l'établissement d'une relation comme les facteurs psychologiques : principalement les convictions, les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, ainsi que les besoins et les capacités de chacun. Il existe également les facteurs sociaux : l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle, à une classe d'âge, à une culture, une religion ainsi que les rôles et les missions de chacun ; les facteurs physiques : les perceptions propres à chacun, l'aspect physique, le sexe... Nous pouvons alors en déduire qu'une multitude de facteurs (représentations, préjugés, émotions...) contribuent à la complexité d'une relation soignant soigné.

Pour Curchod (2019), un soin complexe conduira le professionnel de santé à acquérir des compétences comme la gestion de ses émotions, la gestion de ses réactions, la gestion face à des situations inconnues, etc. Il va donc mettre à profit ses connaissances, son savoir être et son expérience afin de pallier l'inconnu et gérer au mieux la situation de soins complexe.

Selon Edgar Morin (2014), il ne faut pas oublier qu'un des éléments importants de la complexité c'est la connaissance. En effet, dans la connaissance, il y a des incertitudes, des incohérences. Puisqu'elle résulte d'une « traduction » suivie d'une « reconstruction ». Effectuer ce déchiffrement peut alors générer des erreurs, des illusions voir de fausses pistes. De plus, il ajoute que les émotions ne peuvent pas être dissociées de la connaissance ni de la perception. En effet, selon lui les émotions influencent notre perception face aux situations : la façon de regarder, de comprendre de penser, d'entendre ou de connaître. De ce fait, que ce soit la perception, ou la connaissance chacun de ces deux éléments ont la capacité d'induire le soignant en erreur lors de situations de soins complexes. Il en dépend donc de la capacité de chacun à faire face à une situation complexe. L'erreur est donc très souvent visible dans des situations de soins complexes. Pour terminer Curchod (2019), ajoute : « Au-delà du fait de savoir si un soin est simple, compliqué ou complexe en lui-même, la plupart du temps, c'est la prise en compte du contexte dans lequel il est réalisé qui détermine son niveau de complexité. [...] une toilette chez une personne présentant une démence peut-être un soin complexe, alors qu'elle relèvera d'un soin simple chez une personne collaborant. [...] Les soins infirmiers s'adressent toujours à des personnes singulières, situées dans des environnements et des contextes spécifiques. » (p.101).

Nous comprenons après ces lectures que la complexité d'un soin relève du contexte, et est propre à l'interprétation du soignant face aux patients. Nous allons dès à présent étayer un autre point celui des situations relationnelles difficiles.

II.2.2.1 Les situations relationnelles difficiles

Alexandre Manoukian (2008) explique sa conception des situations relationnelles difficiles :

Malgré la qualité des soins ou la compétence des soignants, il arrive que l'on soit mis en difficulté par des patients ou des familles. Leur malaise, la peur du handicap, leur angoisse parfois, la brutalité de l'hospitalisation, leur histoire et les événements de leur vie donc nous ne sommes pas au courant peuvent aller jusqu'à entraîner un refus de réconfort, de l'aide ou des soins que les soignants s'apprêtent à fournir au malade ou à sa famille (p.37).

En effet, les situations relationnelles difficiles seraient donc étroitement liées à l'histoire de vie compliquée de chaque patient et à leur représentation quant à leur maladie ce qui conduirait à l'altération de la relation de soin.

En revanche, pour Phaneuf (2007) le prendre soin implique plusieurs dimensions. En effet, le travail infirmier se situe dans un contexte pouvant être difficile causé, par la multitude de protagonistes impliqués dans la relation de soin. Que ce soit avec les patients, les collègues, les familles ou avec les autres intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, ces rapports ne sont pas toujours harmonieux. Ces rapports peuvent parfois être délicats et peuvent parfois poser un problème. Quel que soit notre rôle dans le système de soins, que nous soyons le cadre, personnel administratif ou soignants, ces rapports humains difficiles et houleux finissent par nous toucher en tant que personne.

Pour Roch-Etienne (2018), les situations relationnelles difficiles font parties intégrantes du l'exercice infirmier et notamment en détention :

Lorsqu'on accompagne certains détenus, il peut arriver d'être complètement désarçonné par des modes de vie qui choquent nos consciences. Le système de valeurs que nous portons, soignants et soignés, peut être en totale contradiction. Pensant à toutes ces femmes battues, violées, obligées par des gens sans scrupule à vendre leur corps, le dialogue en profondeur peut devenir très vite impossible. » (p. 45/46)

Nos valeurs soignantes seraient donc heurtées par certaines histoires de vie, ce qui pourrait être la cause de relations de soin quelque peu difficiles. Pour mieux comprendre cette cause probable, Roch-Etienne (2018) affine dans ce même ouvrage les difficultés pour le soignant dans la relation avec le patient incarcéré.

Dans notre métier, on nous apprend à ne pas porter de jugement sur les personnes, à offrir la même qualité de soins à tous. Notre tâche d'impartialité et de proximité est parfois mise à rude épreuve. Il y a nécessité dans ce cas de faire abstraction de la parole du patient, de son histoire, pour s'attacher uniquement à ce qu'il est, un homme qui souffre d'ulcères de jambes et qui demande des soins et de l'attention). (p.46)

Roch-Etienne (2018) renforce dans ce passage, la difficulté des relations en milieu carcéral. Il ajoute qu'il faut prendre en compte chacun dans sa singularité, ainsi que sa globalité. Cela demande du temps,

de la « délicatesse » et de la réflexion, mais c'est l'enjeu même du prendre soin. La vie carcérale conduit à une multitude d'éléments traumatiques pouvant enfermer l'autre en sa fonction exclusive de détenu ; violences, viols, vols, soumissions, silences, honte, les maintiennent dans une déshumanisation et conduisent progressivement à une « mort antérieure ». (p.44). La perception de ses situations relationnelles, semblent différemment d'après l'article Bourquin, (2017) :

C'est une difficulté qui est réellement dure à entendre mais des gens qui ont fait des crimes et qui ont fait du mal peuvent être parfaitement intéressants, drôles, charismatiques, beaux... Il y a vraiment du bon à prendre chez tout le monde. J'ai rarement vu un patient chez qui il n'y avait que du mauvais. Et ses patients ne s'y trompent pas. Il y a un remerciement qui revient souvent lors des départs des patients c'est : Je remercie l'équipe soignante parce que je me suis senti comme un patient normal. Comme un patient qui n'est pas un détenu. (p.4)

Il est ajouté :

La catégorie de personnes que je trouve le plus difficile à soigner, ce sont vraiment les dealers, les jeunes qui vont tout de suite monter dans les tours et qui sont très très nerveux (...) alors qu'une personne bien plus âgée qui a commis des actes de pédophilie ou qui a tué quelqu'un, ça va être quelqu'un d'assez calme, d'assez serein, d'assez poli... et d'assez facile à gérer ». (p.3)

Après avoir identifié par la littérature l'enjeu de situations relationnelles difficiles, nous allons définir la notion de relation triangulée, propre à l'incarcération.

II.2.2.1.1 Une relation triangulée

Pour introduire cette notion de relation triangulée dans le milieu carcéral, il est important de citer un élément de loi du code de déontologie du service public pénitentiaire (le 30 décembre 2010), Art. 10 : « le personnel de l'administration pénitentiaire est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnel... ».

D'autres éléments nous renseignent sur l'influence du personnel pénitentiaire sur les détenus Bazex (2011) :

Des publications internationales nous apprennent que les aspects sécuritaires et la dangerosité des patients provoquent une augmentation du stress chez les personnels soignants et limitent leur relation avec les patients détenus. Concernant les surveillants pénitentiaires, on a repéré une relation entre le burnout syndrome et une faible estime de soi. Les relations de pouvoir entretenues avec les détenus contribueraient à véhiculer une image négative des surveillants pénitentiaires au sein de l'institution carcérale. Lors d'une recherche antérieure, nous avons décrit les modalités défensives chez les soignants et les surveillants dans le cadre de leur relation avec les détenus hospitalisés. Plus précisément, les soignants ont tendance à dénier les aspects judiciaires des détenus hospitalisés et à mobiliser les mécanismes du niveau de distorsion mineure de l'image (idéalisation et omnipotence),

alors que les surveillants rationalisent les conditions d'hospitalisation et la justification de l'isolement des détenus hospitalisés. (p.11)

Par ailleurs, prenons l'exemple de l'UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée interrégionale) dédiée à l'hospitalisation des détenus. La dotation des surveillants en armes et en matériel de protection (gilet pare-balles) semble nécessaire au regard de leur évaluation du risque de dangerosité ainsi que des conditions qu'ils connaissent en établissement pénitentiaire (maison d'arrêt ou centre de détention). Le déploiement des surveillant pénitentiaires, ainsi que les dispositifs attisent la curiosité et interrogent les soignants. Les patients accèdent à une qualité de soins à la hauteur de la complexité de leur état sanitaire clinique, tout en étant des détenus surveiller par la pénitentiaire.

Ainsi, les surveillants pénitentiaires effectuent leurs rôles et leurs missions en assurant la sécurité dans les UHSI, en incluant le détenu comme un malade nécessitant des soins pour pallier « la complexité de leur état physique ». (Bazex, 2011).

Pour étoffer un peu plus la relation triangulée Lay (2016) ajoute :

Les infirmières assurent aussi des consultations, sans les gardiens cette fois. Afin de canaliser le flux des consultations et de responsabiliser les détenus, les patients doivent d'abord écrire ou utiliser le biais de dessins, car 10 % des détenus sont illettrés, et déposer leurs lettres dans des boîtes placées en détention. Mais chaque jour, plusieurs renoncent à leur rendez-vous ou ne peuvent s'y rendre. Entre le détenu et le soignant, il y a en effet deux intermédiaires – les surveillants de l'unité sanitaire et ceux des étages – et la concurrence des activités de la prison : parloirs, douches, ateliers, cour de promenade... Dans un contexte de sous-effectif chronique des surveillants et de surpopulation en maison d'arrêt, où les détenus sont enfermés en cellule 22 heures sur 24, les consultations sont difficiles à organiser. » (p.2)

Nous allons désormais comprendre l'existence ou non d'une distanciation affective dans les soins et tout particulièrement en milieu carcéral.

II.2.2.1.1.1 Distance et relation en milieu carcéral

Pour Prayez (2003) : « La distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Selon l'étymologie latine, il s'agit de « se tenir debout » (stare, statio) en étant séparé [...] de l'autre par un espace plus ou moins important ». Et « juste » se définit dans le Larousse par « qui est conforme à une exigence, à une règle ». (p.9)

Dans son témoignage Duperret (2010), praticien hospitalier, anesthésiste réanimateur, veut nous faire comprendre qu'avant d'essayer de comprendre ce phénomène de juste distance, il nécessaire de comprendre ce que représente notre rôle en tant que soignant. Identifier ce que représente la norme s'un soin, semble nécessaire à la compréhension de notre propre travail.

Il ajoute, que cette bonne distance serait étroitement liée à la philosophie classique et tout particulièrement à celle d'Aristote dans sa notion de « mesure ». Pour mieux comprendre cette notion, il n'existerait pas de réponse ni même de mesure à ne pas se dépasser lors du soin. Cela, serait variable selon chaque individu.

Toujours, selon le témoignage de Duperret (2010), la juste distance serait évolutive, nous devons la réévaluer tout au long de notre vie professionnelle. Il ajoute que c'est « une position instable ». En effet, en tant que soignants, nous sommes soumis à une multitude de normes, de législations qui régissent notre profession. Pour terminer sur cette notion de juste distance, il ajoute que cette distance aussi juste soit elle, serait en lien direct avec l'empathie. Selon ses propos, lorsqu'un individu maîtrise pleinement les enjeux de la relation soignant soigné, il y a donc empathie de ce fait, le respect de la juste distance peut être visible.

Tréguer, (2013) insiste sur la nécessité de conjuguer authenticité relationnelle et juste distance professionnelle avec les patients. La posture soignante bien qu'elle soit empathique et sans jugement de valeurs quels qu'ils soit, il ne faut pour autant se dédouaner de la personne. Elle se fonde sur le respect de la dignité de la personne soignée. Chaque patient détenu a la possibilité d'avoir un avocat. De ce fait, ses affaires pénitentiaires sont donc prioritaires aux vues du contexte d'incarcération. Parfois, nous devons gérer des situations relationnelles difficiles, cependant nous devons travailler intelligemment et considérer le détenu dans globalité. Se détacher de ce pourquoi il est incarcéré en le percevant comme un être humain à part entière telle est l'enjeu de la juste distance en milieu carcéral.

De plus, Bourquin, (2017) précise que :

Je n'ai pas à connaître, par mon statut de soignant, le crime du patient. Le gros problème, c'est qu'on est toujours amenés à connaître la raison de leur incarcération, parce que ça peut être une personne un peu médiatique ou parce que le patient lui-même va se confier... Pour moi ce n'est pas envisageable de ne pas m'occuper d'un patient parce qu'il ne me plaît pas. » (p.2)

Nous allons dès à présent identifier l'influence ou non de l'expérience sur notre perception et la prise en soin en découlant.

II.2.2.1.1.1.1 De novice à experte une autre perception ?

Pour introduire la notion, nous allons nous référer à Benner (2003). Elle exprime que, l'acquisition de l'expérience passe par différentes étapes : l'état de novice, débutant ; compétent, performant, et expert. Ce mécanisme, est le reflet de 3 types de changements. Comme le passage de la confiance au à une expérience acquise. Un état de changement, l'apprenant perçoit une situation,

tout en priorisant certains éléments utiles et non en un « assemblage d'éléments pris çà et là ». Ainsi, que le passage de l'état d'observateur à celui d'agent pleinement impliqué dans sa pratique.

Pour détailler cette notion, Phaneuf, (2011) :

L'heure est à la mise en évidence de formations prestigieuses et à l'orientation vers la recherche en soins infirmiers. Il ne fait pas de doute que cette évolution soit porteuse d'avenir, essentielle à notre croissance professionnelle et doit demeurer un paradigme phare dans notre profession. Mais en parallèle, qu'en est-il de la masse des connaissances accumulées par les infirmières depuis des années ? Qu'en est-il de ces savoirs qui ont tracé la voie aux générations qui ont suivi, qui ont permis la mise en place des programmes, des structures et des manières de faire qui forment actuellement les piliers du savoir infirmier ? Qu'en est-il des savoirs d'expérience dans notre profession ? Ce n'est pas là matière à négliger. (p.1)

Mais quand est-il de l'infirmier tout juste diplômé. Selon, Trentesse, (2017) : Le témoignage d'un infirmier tout juste diplômé nous indique son ressenti. Il est très observateur, et semble être timide et avoir du mal à aller vers les autres. Il dit avoir fait des soins seules, et pris en charges plusieurs patient en ayant fais des erreurs. Il ajoute être consciencieux et avoir oublié d'envoyer un ECBU et s'en est aperçu en rentrant chez lui ce qui l'a complètement déstabilisé. Ce jeune infirmier commence à douter de ses compétences organisationnelles et se demande si le métier est toujours fait pour lui. Il cite, qu'il aurait aimé lire le témoignage d'autres infirmiers novices afin de mieux comprendre l'origine de ses doutes afin de pouvoir les surpasser.

Nous allons désormais comprendre ce qu'il est en est de l'infirmier expérimentée pour Benner, (2003) :

Les infirmières performantes et expertes accumulent ainsi des groupes de cas modèles en fonction de différents types de malades (cf. chapitre 2), si bien qu'elles abordent le cas d'un malade utilisant des situations passées concrètes, de la même façon qu'un chercheur utilise son modèle. Les situations passées se détachent parce qu'elles ont changé la perception de l'infirmière. Les expériences concrètes passées guident donc les perceptions et les actes de l'experte, et lui permettent d'appréhender rapidement la situation. Ce type de connaissances cliniques avancés est plus complet que ne peut l'être n'importe quelle description théorique, puisque l'infirmière performante compare des situations passées avec des situations présentes et cela dans leur globalité. (p.14)

Après avoir repéré l'incidence de l'expérience sur les pratiques infirmiers, nous allons identifier si d'autres facteurs peuvent influencer la prise en soins d'un patient incarcéré.

II.3 Les facteurs d'influence

II.3.1 Des émotions cadencées

Pour introduire cette notion, nous allons nous référer à différents ouvrages littéraires. Tout d'abord, étymologiquement, le mot « émotion » vient du latin : « en dehors » et motus : « mouvement

», ce qui induit la notion de mouvement, d'interaction entre une perception et une réaction. Afin de mieux comprendre cette notion, l'article de Joannes (2020) explique que le Dr Paul Ekman psychologue américain, pionnier dans l'étude des émotions, distingue dans les années 1970, 6 émotions de base : la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise, et la joie. Nous allons dès à présent nous référer à la littérature ainsi qu'aux perceptions des auteurs.

Pour continuer, Curchod (2009) met en avant le « mythe du soignant vertueux empathique, toujours à l'écoute, disponible, non jugeant, empli de compassion, expert en communication » (p.36). D'après Mercadier (2008), « les soignants se doivent de maîtriser leurs affects » (p.192). Mais, selon Curchod (2009), cela tend à évoluer vers une reconnaissance des émotions des soignants, considérés comme « étant une composante naturelle et inséparable de l'activité soignante » (p.28). Nous voyons ici deux grands axes émerger à la compréhension des représentations émotionnelles soignantes. De plus, pour Rispaïl, (2003) : l'élève infirmier au cours de sa formation par la richesse des expériences de stages, va découvrir un nombre inestimé d'émotions. Tout cela, avec une intensité et un intervalle proche.

Pour détailler le fonctionnement des émotions dans les soins, Phaneuf (2018), explique que pour aider un patient ou son entourage dans une situation à fort enjeux émotionnel, il faut être prêt à s'ouvrir à l'expérience de l'autre ainsi qu'à son histoire. Pour cela il faut savoir si nous en sommes capables, si nous connaissons suffisamment nos limites émotionnelles. De ce fait, il faut donc se connaître soi en tant que personne à part entière, pour pouvoir utiliser l'ensemble de ses ressources. De plus, il est primordial de comprendre la manière dont toutes nos caractéristiques personnelles, peuvent influencer la qualité de cette relation de soin et les émotions qui en émergent. D'après l'article de Surbled, (2019) :

Les émotions nous permettent de nous adapter à ce que nous vivons. Elles ont toutes un rôle très important à jouer. Plus nous laissons ces émotions nous traverser et plus nous permettons à notre psyché de s'adapter à la situation. Lorsque l'on est soignant, nous sommes forcément touchés par les situations de vie que nous rencontrons. Certaines sont tristes et nous touchent, comme l'on pourrait être touché devant un reportage ou un témoignage. Certaines nous révoltent et nous mettent en colère. Certaines nous effraient. D'autres nous font marrer. (p.5)

Pour compléter cette notion, Mercadier (2017) ajoute, qu'au-delà des compétences techniques, relationnelles, et organisationnelles les soins induisent un travail conséquent d'un point de vue émotionnelles. Ce travail semblerait être difficile à faire émerger, comme la métaphore de l'iceberg qui a une grande partie submergée sous l'eau. Tout ce travail, repose en grande partie sur la relation soignant/soigné qui s'apparente à un corps-à-corps. Cette interaction mêle la perception sensorielle. En effet, on ne peut toucher l'Autre sans être touché à son tour. Comme regarder quelqu'un sans être regardé. Nous pouvons dire que ces perceptions servent d'outil à la connaissance et éveillent en nous une multitude d'émotions.

Nous avons pu démontrer la place importante des émotions chez le soignant, nous allons désormais identifier comment sont-elles gérées et quels sont les mécanismes associés.

II.3.2 La gestion des émotions du soignant : les mécanismes d'adaptation

Pour introduire la notion de mécanisme d'adaptation nous allons nous référer à un article de Bruchon-Schweitzer, (2001)

Dans les premiers textes de S.Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « répression » jouera un rôle grandissant. Dans un texte de FREUD de 1926 (« Inhibition, symptôme et angoisse »), le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels. (p.69)

De plus, d'après l'article du Figaro Santé (2008),

Il convient de distinguer 2 mécanismes réactionnels : - Le coping ou faire face : qui consiste à mettre en place des mécanismes adaptatifs en fonction d'une situation propre que le soignant discerne comme néfaste à son équilibre psychique. Il s'agit d'un mécanisme flexible, modifiable à chaque situation. Je pense avoir mis en place ce type de comportement visant à m'adapter à l'urgence de la situation et à ne pas céder à la panique. - Les mécanismes de défense : il s'agit de mécanismes rigides et inconscients élaborés de façons automatiques par le soignant à chaque situation typique, afin de préserver son psychisme. J'interprète le comportement calme et détendu des soignants qui participaient à la réanimation de la patiente comme un mécanisme de défense de « banalisation » dû à une exposition fréquente aux manœuvres de RCP. (p.1)

Il est observé que les mécanismes de défense les plus couramment rencontrés chez les soignants sont les suivants, d'après Toledano, (2018) : Il en définit 9 ; le mensonge, la banalisation, l'esquive, la fausse réassurance la rationalisation, l'évitement, la dérision, la fuite en avant et l'identification projective. Tout d'abord, le mensonge, masque la vérité en annonçant de mauvaises informations. C'est le mécanisme où le soignant rejette son angoisse et empêche tout dialogue. C'est de cette manière qu'il entretient la confiance avec le patient malgré les conséquences à l'égard du celui-ci. Ensuite, le mécanisme de la banalisation, le soignant se focalise sur la maladie avant de traiter le malade. Le soignant fait abstraction des souffrances morales du patient. L'esquive quant à elle, est le mécanisme où le soignant rejette la confrontation et n'arrive pas à contenir ses propres angoisses. Le patient est alors désarçonné ce qui majore ses propres angoisses. Le soignant ne supporte ici pas l'impuissance, on parle alors de fuite de la réalité. Le phénomène de rationalisation, est celui où le soignant est masqué derrière son savoir, comme un certain évitement du dialogue. Enfin, le phénomène de

l'évitement, le soignant se représente le patient comme un objet de soin et nie sa présence psychique ce qui le réduit à un état de patient dossier.

III- Méthodologie du recueil de donnée

III.1 Méthode de l'entretien

Afin de réaliser mes entretiens de la manière la plus pertinente, je me suis positionnée sur l'élaboration d'un entretien semi-directif. Ainsi, mes questions seront ouvertes, je pourrai donc relancer les infirmières afin de rebondir sur les réponses apportées. De plus, la personne interrogée sera plus libre dans ses réponses, elle pourra pleinement exprimer son ressenti en m'apportant des éléments auxquels je n'ai pas pensé. Par ailleurs, la spécificité du lieu, soit la prison, m'a confrontée à une problématique bien particulière. En effet, certaines questions ne pouvant pas être posées, j'ai fait analyser au préalable mon guide d'entretien par une ancienne cadre des prisons. Des questions, de l'ordre du secret de la vie des détenus, ou bien concernant certaines pratiques ne devaient être évoquées.

III.1.1 Population interviewée

Premièrement, il m'a fallu me concentrer sur le nombre d'entretien que je voulais réaliser. Afin de confronter les avis réaccueillis, il me semblait essentiel de faire au moins deux entretiens. Ainsi, je pourrais faire une analyse complète et la plus objective possible. Deuxièmement, je ne voulais pas réaliser l'entretien au sein du service, où j'avais effectué mes stages, je n'aurais pas eu la même objectivité avec les soignants interrogés. De plus, j'aurais eu un positionnement ambivalent. J'aurais été assez mal à l'aise de questionner des soignants qui m'ont encadré, concernant des pratiques qui m'ont dérangée et interpellée. Concernant, le « type » d'infirmier(e)s interrogé(e)s, je me suis dit qu'il serait pertinent d'interroger deux infirmiers de deux secteurs différents et d'âges différents. Pour éclaircir cette idée, je voulais rappeler une notion importante. En effet, mon mémoire traitant en partie sur l'expérience, il me semblait important d'interroger un infirmier « novice », ainsi qu'un infirmier « expert ». Pour une analyse globale, il m'a fallu interroger des soignants de deux secteurs différents

afin de collecter d'autres points de vue, selon la catégorie d'âge et d'expérience. Pour le choix du lieu, je suis donc allée dans une prison, mon mémoire traitant sur le milieu carcéral, il me semblait important d'être confrontée aux situations vécues dans ces lieux. J'ai donc interrogé deux infirmières de l'unité sanitaire de la prison des hommes, de Vezin ainsi que de Fleury Merogis. Une infirmière de 60 ans, exerçant dans la prison depuis 11 ans et diplômée de 1989. Ainsi qu'une infirmière de 24 ans diplômée de 2021, exerçant depuis quelques mois à la prison de Fleury Merogis.

III.1.1.1 Organisation de l'entretien

Pour la réalisation de cet entretien, j'ai contacté l'ancienne cadre de l'UHSI qui est formatrice au sein de l'école. Cette cadre étant également la cadre des prisons, son contact m'a été d'une grande ressource. La cadre avait préalablement contacté ses anciens collègues, afin de leur demander leur accord quant aux déroulements de mes entretiens. Une infirmière, ayant répondu de manière favorable je l'ai donc contacté. Pour mon deuxième entretien, par le biais du « bouche à oreilles » j'ai pu prendre contact avec une infirmière des prisons de l'île de France. Nous avons ensuite convenu de la manière la plus adaptée pour chacune des professionnelles, pour la bonne réalisation des entretiens. Il a été décidé, que les entretiens se feraient par téléphone pour plus de praticité. De plus, aux vues du contexte sanitaire et de l'inaccessibilité de se rendre dans les prisons sans un accès définit, cet outil fut le plus efficace. J'ai donc réalisé ces entretiens par téléphone, tout en les enregistrant.

III.1.1.1.1 Objectifs de l'entretien

Les entretiens, ont été cruciaux à l'enrichissement de ma question de départ. En effet, mon cadre conceptuel m'a permis de détailler une grande partie de la compréhension de ma question. Cependant, des questions ont émergé au fur et à mesure de l'élaboration de mon mémoire, j'étais donc très enthousiaste quant à l'idée de les poser lors des entretiens. Pour cela, j'ai donc défini plusieurs objectifs. Tout d'abord, l'objectif était de comprendre le parcours professionnel de l'infirmier interrogé, en appuyant sur pourquoi le choix de l'exercice infirmier en détention. Ensuite, l'objectif fut d'identifier les missions de l'infirmier en milieu carcéral. Puis, de caractériser la particularité du travail d'IDE en détention. J'ai ensuite, voulu explorer ce qui différencie le prendre soin d'un patient incarcéré, du prendre soin d'un patient lambda. Ensuite, l'objectif a été de qualifier en un mot la relation soignant soigné en milieu carcéral, quel serait-il. J'ai ensuite fixé l'objectif de, caractériser les facteurs qui

impactent la relation soignant soigné en milieu carcéral. Puis, d'identifier la place des émotions dans la relation soignant soigné. J'ai également voulu Identifier les mécanismes mis en œuvre dans la gestion des émotions en unité carcéral, en leur demandant les moyens mis en œuvre pour les gérer. Le dernier objectif, fut d'identifier l'influence de l'expérience sur l'exercice professionnel. Et plus spécifiquement en milieu carcéral.

III.1.1.1.2 Bilan du dispositif

Points forts

Pour commencer, je dirais que j'ai été très agréablement surprise de l'attention que les infirmiers ont porté à mon mémoire. Dès le début de notre prise de contact, les infirmières ont été très réactives dans leurs réponses. De plus, je leur avait partagé mon guide d'entretien au préalable afin qu'elles puissent l'étudier et le réajuster. Une fois la lecture effectuée, elles m'ont tout de suite partagé leurs ressentis et étaient très enjouées de commencer l'entretien.

Lors du déroulement des entretiens, j'ai ressenti de l'implication ainsi que du plaisir quant aux partages de leurs expériences et la transmission de leurs vécues. De plus, j'avais choisi deux infirmières de deux prisons différentes, ce qui m'a permis d'avoir des propos quelque peu différents. Par ailleurs, avoir deux infirmières de deux profils d'âges bien distincts a été très intéressant notamment en termes de perception du métier.

Lors des questions, j'ai trouvé que les professionnels répondaient de manière claires et précises à l'objectif demandé, ce qui témoigne de la bonne compréhension de celui-ci. J'ai trouvé que leurs réponses étaient très riches et évoquaient des idées auxquelles je n'avais pas pensé. Par la suite, j'ai pu rebondir sur les éléments apportés, nous avons donc passé un moment très enrichissant car nous avons répondu à ma question de départ tout en allant au-delà de mon guide afin de développer nos esprits critiques. En évoquant nos différents points de vue étudiants/infirmiers diplômé d'état, nous avons pleinement nourrit ce recueil de données.

Pour terminer, le choix de l'entretien téléphonique a simplifié les échanges et a permis une amplitude horaire plus libre, sans contraindre les professionnels dans leurs plannings.

Limites

La première contrainte a été de concilier le stage, ainsi que la recherche active des professionnels pour les entretiens. Dans un premier temps, les recherches ont été complexes. Avoir accès aux prisons fut difficile, après plusieurs appels sans succès dans plusieurs établissements pénitentiaires j'ai donc changé de méthode. J'ai alors contacté une cadre de mon CHU, anciennement cadre au sein des prisons qui m'a donné des contacts accessibles et fiables. Une fois ces contacts-là obtenus, je n'ai eu que très peu de retour dans les délais souhaités quant à mes mails envoyés au sein des prisons. Sur 10 mails envoyés, seulement une professionnelle a pu participer à un des entretiens. De plus, la spécificité du lieu a conduit à plusieurs caractéristiques pour le bon déroulé de l'entretien. Je voulais aller directement dans la prison pour une meilleure immersion, cependant, l'accès n'est pas accessible sans une autorisation vérifiée. J'ai donc opté pour un entretien téléphonique. De plus, le contexte du COVID 19 a contraint les contacts directs. Il a également fallu plusieurs tentatives pour fixer l'entretien, la première interviewée étant très occupée, nous avons réalisé ce premier entretien à la quatrième semaine de mon stage.

De plus, la spécificité du téléphone a altéré le feed-back. En effet, j'ai pu apercevoir que certaines questions avaient été incomprises et interprétées par les infirmières.

Avec du recul, j'ai pu observer que le premier entretien avait été bien plus long que le second, je n'arrivais pas à le mener de la manière souhaitée. De plus, lors du premier entretien j'ai manqué de réactivité je n'ai pas suffisamment rebondi aux réponses apportées par l'infirmière.

IV- Analyse descriptive des entretiens

Pour réaliser l'analyse la plus pertinente possible, j'ai choisi de l'effectuer de manière transversale, afin de comparer les différents points de vue des deux infirmières interrogées tout en étant le plus objectif possible.

Premièrement, pour comprendre l'histoire de chaque infirmière interviewée j'ai souhaité comprendre leur parcours professionnel. Je leur ai alors demandé, les différents services où elles avaient exercé ainsi que leurs expériences. La première infirmière que j'ai interrogée est diplômée depuis 23 ans, elle a pu travailler dans différents services comme de l'oncologie ou la médecine polyvalente. Elle s'est spécialisée en faisant un DU d'hygiène, elle a exercé en cette fonction pendant 5 ans. Elle a ensuite souhaité quitter les soins, qu'elle qualifie de trop conventionnels et a eu une proposition d'exercer en prison. Cette infirmière exerce depuis 11 ans dans les prisons.

En ce qui concerne la deuxième infirmière interrogée, elle est diplômée depuis 2021. Cette jeune infirmière a réalisé des missions d'intérim. Elle a travaillé dans différents services USLD, de la chirurgie ORL à l'orthopédie, puis en EHPAD. Elle a ensuite travaillé dans un service d'hépatodigestif, avant de partir pour la maison de Fleury Mérogis où elle est depuis 3 mois.

Par rapport à mes différentes notions, il m'a fallu comprendre comment étaient instaurés les grands principes de la relation soignant soigné en détention. Pour cela, il a été nécessaire de mettre en évidence les missions propres à la détention et la complexité qui en découlait.

En ce qui concerne les missions, les deux infirmières s'accordent à les qualifier de manière assez similaire. En effet, nous pouvons identifier plusieurs typologies de soins qui dénotent tout particulièrement. Tout d'abord, avec des soins préventifs, notamment avec la surveillance des pathologies chroniques qui impliquent : « des patients diabétiques », ainsi que : « la surveillance d'un point de vue cardiologique ». L'autre infirmière précise que leur mission est également : « d'assurer la continuité des soins comme ils pouvaient le faire à leur domicile. Elles précisent une autre dimension qui concerne l'éducation à la santé : « une dimension très importante, c'est la santé publique », « l'éducation à la santé », l'autre infirmière ajoute : « on fait beaucoup d'action concernant la prévention ».

De plus, elles ajoutent que les soins curatifs font parties intégrantes de leur travail en détention. Tout d'abord, avec les consultations d'accueil : « on fait de la consultation, ils écrivent donc des courriers après nous on voit avec les médecins, ce n'est pas de la consultation médicale, en revanche le médecin peut être là si on en trouve le besoin », elle ajoute que leurs missions concernent aussi : « la réalisation des soins programmés ». L'autre infirmière ajoute : « réaliser des consultations d'accueil sont les principales missions ». De plus, une des infirmières explique que la délivrance des médicaments fait également partie du travail : « on donne des médicaments, mais sans prescription ». Par ailleurs, les

missions de l'infirmier en détention sont aussi d'assurer des soins relationnels. Avec l'accueil des détenus qui est propre à la prison : « on va accueillir tous les arrivants, on les voit systématiquement », l'autre infirmière ajoute : « on fait un bilan de leur état général » dont leur état psychique fait partie. De plus, ses soins relationnels impliquent une confiance entre le soignant et le soigné : « on va expliquer notre rôle sachant que nous on ne fait pas partie de la pénitencière, on est précis là-dessus pour les mettre en confiance », l'infirmière ajoute : « ce qui est dit chez nous n'est pas répété à la pénitencière ».

Ensuite concernant la particularité du travail en détention, les deux infirmières tendent vers une opinion commune. En effet, dans ce lieu d'exercice plutôt hybride, similaire aux soins délivrés à domicile les infirmières s'expriment : « ça ressemble plus à des soins de ville », l'autre infirmière ajoute : « comme une infirmière à domicile » et « les pathologies sont les mêmes qu'à domicile encore une fois ». Afin de renforcer cette distinction, les infirmières expriment que la prison a une hiérarchie complètement hors normes : « on est tranquille, on n'a pas de cadre ».

Enfin, pour marquer cet exercice qualifié d'hybride, les infirmières ajoutent un point sur l'étroite cohabitation avec la pénitencière. En effet, la collaboration avec les surveillants pénitenciers suscitent quelques divergences : « c'est vraiment ce travail en collaboration avec la pénitencière, on a deux surveillants dans notre secteur ça c'est une spécificité que tu ne retrouves pas ailleurs ».

Par ailleurs, elles s'accordent à dire, que la population accueillie permet de différencier très nettement la prison des autres unités de soins. Elles s'expriment sur le nombre important de détenu, l'infirmière souligne : « il y a quand même 3600 détenus » l'autre infirmière ajoute : « le week-end tu es toute seule avec les 800 détenus ». Elles joignent une notion sur la mixité du public accueilli l'infirmière s'exprime sur ce sujet : « principalement une population jeune », elle ajoute : « dans la globalité ça reste assez varié », l'autre infirmière précise que : « on a quelques personnes âgées ». Toujours, sur cette question de la population en prison les infirmières ont identifié certaines difficultés notamment sur les suivis des patients qui s'avèrent compliqués. L'infirmière exprime ses difficultés : « donc forcément le suivi infirmier est un peu biaisé », l'autre infirmière ajoute une précision en lien avec ses difficultés : « on a pas mal de patients avec des troubles psychiatriques, il y a des personnes qui n'ont pas du tout leur place ici ».

Les infirmières s'expriment sur les qualités relationnelles du soignant, notamment sur ce que représente le fait d'être en prison. L'infirmière s'exprime sur son impartialité face aux détenus : « le fait d'être en prison ça n'influence pas du tout ma prise en charge », l'autre infirmière complète : « après on arrive toujours à savoir c'est médiatisé, ou les détenus nous le disent ou les surveillants mais moi ça ne change rien ». Les infirmières s'expriment sur la place du non-jugement dans leur pratique. Une infirmière explique : « mais je pense que ça modifie quand même notre perception des

choses », l'autre infirmière ajoute : « moi je n'ai pas à les juger, la société le fait déjà pour eux. Et souvent plus que ce qu'il le faut. Donc moi je ne juge pas c'est clair et nette ».

Afin de comprendre la prise en soin d'une personne incarcérée, il a fallu la comparer à celle d'une personne lambda. Cette question a suscité beaucoup de réponses chez les infirmières interrogées. Elles ont mis un accent sur le poids que porte l'institution, qui en effet permet une nette distinction avec les soins dans un service de soin classique. Elles citent, un phénomène d'hypersécurisation des lieux : « c'est vraiment le travail en collaboration avec la pénitencière on a deux surveillants dans notre secteur, ça aussi c'est une spécificité que tu ne retrouves pas ailleurs ». Pour appuyer cette notion, elle qualifie cette distinction en énumérant l'omniprésence de la pénitencière. L'infirmière s'exprime : « sur un arrêt cardiaque tes toute seul avec la pénitencière tu as plein de gens qui te regardent avec le détenu il y a une espèce de pression c'est un peu compliqué. L'autre infirmière ajoute : « et parfois c'est le fait d'avoir un surveillant qui te regarde ça joue dans la relation avec les détenus », l'infirmière contre balance en nuanciant les propos précédents : « ça dépend, peut aussi les canaliser. C'est vraiment aléatoire, certains surveillants sont très bienveillants avec les détenus et inversement ».

Elles s'expriment sur la place de l'éthique dans la spécificité des soins en prison, qui suscitent beaucoup d'émoussements pour ces deux infirmières. Premièrement avec la médiatisation des faits judiciaires, qui pose question : « parfois c'est médiatisé, ou les détenus nous le disent ou les surveillants mais moi ça ne change rien », l'autre infirmière ajoute : « j'avais un patient très âgé qui venait tous les jours à l'unité sanitaire pour recevoir des soins et son procès était public donc on savait pourquoi il était là et ce n'était pas très léger ». L'infirmière apporte un élément intéressant : « quand les patients sont dans les lits à l'hôpital on ne cherche pas à savoir leurs histoires judiciaires ».

Toujours en lien avec cette notion d'éthique, il est ressorti dans leurs propos des éléments concernant le non secret des motifs d'incarcération : « ils vont nous raconter leurs motifs d'incarcération, ils ont envie et même le besoin de nous raconter » l'autre infirmière s'exprime : « en tant que soignant on n'est pas censé savoir pourquoi les personnes sont incarcérées mais ce n'est pas toujours le cas ».

Ainsi, par leurs dires il est très clairement ressorti une problématique en lien avec la divulgation du secret médical en prison : « moi il y a quelque chose ou je ne suis pas en accord avec mes collègues, le secteur de la psychiatrie a pour habitude d'être très méfiant avec le partage de données onc on n'a pas à avoir accès au dossier médical du psychiatre. Et moi j'ai beaucoup de collègues qui voudraient y avoir accès et moi je pense qu'on peut soigner le somatique sans avoir les antécédents psychiatriques et l'histoire ». L'infirmière appuie ses propos en abordant la notion de confiance : « moi la confiance elle part par ça. Par aussi qu'il y ait cette espèce de confidentialité, tout ce qui est dit entendu, sur, surtout en prison on peut vite être dans le jugement on doit être très vigilant ». L'infirmière ajoute :

« ici beaucoup de soignants jouent sur le fait qu'on doit prendre en soin le patient dans sa globalité. Mais ici, on n'est en prison on ne doit pas tout savoir non plus et il faut qu'il y est cette espèce de secret ». Pour finir sur cette notion de la prise en soin des personnes incarcérés, il est ressorti la place de l'environnement dans les soins. Particulièrement sur la place des soins en prison, une infirmière explique : « tu te sens assez en sécurité dans cette pièce médicale », l'autre infirmière ajoute : « ce sont des détenus mais ici ça reste des patients avant tout, le fait d'être dans un milieu de soins, c'est plus facile de se détacher de tout ça ». Les dispositifs de sécurité dans les soins, sont aussi au cœur ces distinctions entre un patient lambda et un patient incarcéré : « même quand tu regardes par la fenêtre il y a des barreaux ça te rappelle bien que tu es en prison »

Nous en arrivons, aux facteurs d'influences qui pourraient impacter la relation soignant soigné en milieu carcéral. Tout d'abord les infirmières s'accordent à dire, que les pathologies rencontrées notamment avec les maladies psychiatriques, complexifient leur travail : « c'est qu'on a beaucoup de polytoxiques des personnes qui prennent des risques en fait. Une des infirmières ajoute : « il y a pas mal de patients avec des troubles psychiatriques, il y a des personnes qui arrivent qui n'ont pas du tout leur place chez nous, on a des schizophrènes par exemple ». L'autre infirmière confirme ces propos : « les toxicomanes sont toujours dans la demande de médicaments », elle ajoute un élément sur l'évaluation complexe du risque suicidaire en prison : « nous aussi, notre rôle c'est de voir s'il n'y a pas un risque suicidaire aussi, surtout sur la première incarcération ». Les situations d'urgence complexifient d'autant plus leurs missions : « on n'a pas les mêmes priorités, (rire). C'est vrai que si un patient fait un arrêt cardiaque et que la pénitencière n'est pas là on ne peut pas intervenir », cet élément nous renvoie aux problématiques précédentes sur la collaboration étroite entre soignants et surveillants pénitenciers.

Pour continuer avec la collaboration entre soignants, un élément émerge dans les propos recueillis nous observons la non-disponibilité de tous les acteurs en lien avec la typologie du lieu de soins : « la non-disponibilité de tous les acteurs, quand on est dans un service de soin et qu'on veut rencontrer le médecin ou l'oncologue c'est plutôt simple ici on est en prison tout est plus long, parfois tu es bloquée car le médecin d'astreinte n'est pas disponible ».

De plus, comme dans toutes équipes des divergences de points de vue sont présents, une infirmière s'exprime sur cette problématique : « c'est vraiment ce qui me met en difficulté. Je vois bien certains de mes collègues, vont tout de suite appeler les psychiatres et puis il y en a qui vont prendre plus de recul ».

Cette complexité, semble être engendrée par le poids de l'institution notamment avec la présence des surveillants pénitenciers : « leurs priorités c'est vraiment la sécurité », elle ajoute : « le travail avec la

pénitentiaire bien sûr ce n'est pas simple ». L'autre infirmière ajoute : « ce qui complexifie c'est aussi la présence des surveillants quelquefois certains détenus on 7 ou 8 surveillants au tour, niveau relation tu ne peux pas aller très loin ».

Le sentiment d'être jugé ressort dans les éléments recueillis l'infirmière exprime : « tout ce que tu fais, tout ce que tu dis, c'est surveiller par 8 autres personnes et au moindre écart tes remis à ta place tu te sens très vite jugée ». L'infirmière appui ses propos : « tu as l'impression qu'on juge tous tes soins, c'est difficile de se sentir digne de sa profession face aux patients car tu sais que le plus importante ce ne sont pas les soins mais toute la surveillance qu'il y a autour ». De plus pour ses infirmières, l'instauration du secret semblerait poser un problème dans les prisons et complexifierait les relations avec les détenus : « pour moi la confiance est primordiale et quand quelque me dit quelque chose je pense qu'il ne faut pas le répéter, et en prison tout ce qui est su, entendu est répété ».

La complexité des relations de soins, passe aussi par la difficulté de certaines situations de soins, avec le fléau du suicide dans les prisons : « c'est peut-être cette difficulté à faire cette évaluation du suicide, et prendre du recul »

Pour clôturer cette première partie, sur la relation soignant en milieu carcéral, je leur ai demandé de qualifier en un mot ce que cela évoquait pour elles.

Les avis se rejoignent mais avec quelques nuances. La première infirmière exprime cette relation d'unique elle ajoute : « en un mot je dirais unique, c'est vrai que je n'avais jamais vécu des choses aussi fortes auparavant ». La deuxième infirmière choisit le mot spécial elle s'explique : « j'ai que le mot spécial qui me vient en tête, c'est spécial c'est même authentique »

La deuxième grande notion de mon sujet de recherche porte sur la place des émotions dans la relation soignant soigné. Pour cela, il m'a fallu comprendre si les infirmières avaient parfois le sentiment d'être envahi par leurs émotions. Les infirmières ont clairement exprimé leurs ressentis leurs propos sont assez similaires.

Tout d'abord, elles s'expriment sur la violence qui les dérange : « je ne suis pas bien, c'est quand il y a de la violence dans le service ça peut arriver que les surveillants soient amenés à avoir des comportements de violence vis-à-vis des détenus », cette infirmière ajoute : « quand ils arrivent avec un détenu qui est menotté, qui hurle, moi clairement je m'affirme en tant que soignant. Moi quand ils sont dans nos murs, je ne supporte pas de voir ça ». L'autre infirmière ajoute : « tout était nouveau et m'impressionnant, surtout les situations de violence notamment entre surveillants et détenus ».

Par leurs propos nous comprenons que les émotions ressentis sont étroitement liées à un sentiment d'injustice ressenti envers les détenus : « en fait on avait le même âge. Et puis il y a des gens quand tu les regarde, tu discutes avec eux, tu te dis mais comment il a fini en prison ». L'émergence de ses

émotions passent aussi par un sentiment de peur pour une des infirmières : « j'ai des collègues qu'on de l'expérience mais sont toujours dans la peur ».

La place des émotions dans les soins passe aussi par une juste distance parfois complexe avec les détenus. Une infirmière exprime cela par un phénomène se rapprochant du maternage : « moi il y en a même qui m'appellent par mon prénom, je ne vais pas dire que je suis leur maman mais quand même on a des relations différentes avec certains détenus forcément ». Toujours en lien avec cette juste distance, une infirmière cite quelle fait parfois de la projection avec certains détenus : « on avait le même âge et donc c'était plus de la projection tu imagines si j'avais des enfants et que je me retrouvais en tôle et que tout ce que j'avais ce sont des photos ».

Les deux infirmières expriment clairement qu'elles n'auraient jamais pensé vivre autant d'humanité dans les prisons, ce sentiment est étroitement lié à leurs émotions. Une infirmière qualifie cela : « quand on voit un arrivant on établit un diagnostic, à partir de là ils vont nous raconter leurs motifs d'incarcération, ils ont envie et même besoin de nous raconter. Ils vont parler de leur famille, moi je ne suis pas insensible comme je le disais ». L'autre infirmière explique : « en fait c'est la façon dont il me disait tout ça, tu sentais qu'il y avait plein d'amour et puis il m'a montré des photos de ses petites filles. Il était extrêmement respectueux et tout en faisant son entrée j'ai vu qu'on avait le même âge ». Cette même infirmière ajoute : « j'ai été et je suis confrontée à beaucoup d'humanité, je n'aurais pas pensé ressentir ça au du contexte de la prison et des représentations que j'en avais ». L'autre infirmière détaille cette partie : « j'ai remarqué que les détenus se plaignent plus à nous. Comme ils nous racontent leurs histoires, ils nous racontent aussi leur colère. Ils ne s'en prennent pas à nous mais à leur situation en fait ».

Nous avons très clairement vu l'émergence des émotions dans certaines situations, il a alors été intéressant de comprendre ce que les soignants mettaient en place afin de les gérer au mieux.

Tout d'abord, les deux infirmières s'expriment sur les différents mécanismes de protection implicitement utilisé dans leur travail au quotidien. La jeune infirmière explique être dans le déni lors de certaines situations : « beaucoup le déni de mes émotions, en fait c'est souvent dans les soins que je me focalise sur ce que je fais. Exemple, lorsque je fais une glycémique je pense qu'à la glycémie je suis concentrée même si le patient me parle je reste tout de même assez focalisée sur mon soin ». L'infirmière jeune diplômée ajoute un élément concernant la prise de recul, notamment en communiquant avec l'équipe : « j'ai besoin de beaucoup discuter avec l'équipe. Dès qu'il y a un truc qui me marque, j'en parle à l'équipe et j'extériorise. Il ne faut pas repartir chez soi, en pensant à sa journée ». L'autre infirmière plus expérimentée ajoute que la juste distance est, nécessaire dans son travail : « mais je dirais quand même qu'il faut juste bien garder ses distances », elle renforce ses propos « il faut s'impliquer dans son travail mais pas trop non plus, quand on rentre chez soi on ne pense plus à sa journée, il faut faire la part des choses ».

Les deux infirmières s'accordent à dire que la gestion de ses propres émotions est une question de perception, qui passe par la vision qu'on se fait du détenu notamment en le percevant dans toutes ses entités et non en qualité exclusive de détenu : « la prison n'influence pas du tout ma prise en charge », elle ajoute « moi je n'ai pas à les juger ». L'autre infirmière ajoute : « pour moi ce sont des humains, comme des autres je n'ai pas à les juger ». La première infirmière se réexprime : « moi je ne juge pas donc je n'ai pas de limites ». En lien avec cette même notion, une des infirmières s'exprime sur le fait qu'il est nécessaire de faire la part des choses : « moi ça fait 11 ans que je suis ici quel que soit ce qu'ils ont fait je fais vraiment la part des choses ». Les deux infirmières ajoutent que les capacités relationnelles restent nécessaires dans leur propre gestion émotionnelle. En effet : « je pense que c'est une question de personnalité. Il y en a qui dise qu'il ne faut pas être jeune pour aller en prison. Moi je ne suis pas d'accord, il faut de tout : » l'autre infirmière ajoute « mais attention, j'ai des collègues qui ont du mal, tout ce qui est viol sur des enfants attention on ne réagit pas tous pareil ».

Après avoir établie la place des émotions dans les soins, ainsi que les mécanismes de protections instaurés par les soignants comprendre la place de l'expérience a été très intéressant.

En effet, ma troisième notion d'analyse concerne l'influence de l'expérience sur l'exercice professionnel, je leur ai alors demandé si elles géraient aujourd'hui différemment comparé à leurs débuts en prison. Leurs réponses bien qu'elles soient différentes, ont été pertinentes dans la compréhension de cette partie. Tout d'abord les deux infirmières s'accordent à dire que l'expérience est un outil, avec l'exemple de la maturité professionnelle acquise avec le temps. L'infirmière expérimentée explique que : « ce sont des personnes particulières on peut dire, il faut un petit peu d'expérience pour comprendre toutes les subtilités », l'infirmière novice ajoute : « on ne devient pas une infirmière de prison du jour au lendemain ça c'est sûr ! ». L'infirmière expérimentée cite : « mais je pense que ça nous modifie quand même, notre perception des choses » elle complète par : « alors ce qui est primordial, c'est l'écoute et puis le non-jugement c'est clair ». Les deux infirmières ajoutent qu'il faut un temps d'adaptation : « c'est vrai qu'il y a un temps d'adaptation vraiment », l'infirmière novice ajoute : « c'est vrai qu'au début je laissais mes émotions de côtés... je ne voulais pas trop y penser ». Cette jeune infirmière ajoute : « déjà le fait d'être en prison au début quand je suis arrivée j'ai volontairement banalisé le cadre. Je pense qu'émotionnellement ça faisait trop à gérer ».

Nous comprenons par la suite que l'expérience n'est pas la seule clé d'une meilleure pratique. L'infirmière expérimentée explique qu'il faut changer d'institution à un moment de sa vie : « mais je pense que 10 ans c'est bien moi je reste là je suis en fin de carrière mais il faut changer ». De plus elle ajoute qu'au-delà de l'expérience il est nécessaire de connaître ses limites, hors l'expérience n'est pas l'unique moyen de les connaître : « il y a l'expérience oui, mais aussi connaître ses limites ». La jeune infirmière explique qu'elle a su gérer différemment ses émotions grâce à l'expérience : « oui je peux le dire aujourd'hui le fais de ne pas avoir d'expérience dans un tel milieu j'ai été submergée d'émotions

et je n'arrivais pas à gérer. Nous voyons donc deux points de vue bien différents, l'infirmière expérimentée s'oppose aux propos de l'infirmière novice, en ajoutant que : « la perception et les limites sont propres à la personnalité de chaque soignant ». Nous comprenons par ses dires que l'expérience n'est pas la seule clé d'une meilleure pratique.

V- Discussion

Dans cette partie du mémoire, je vais mettre en corrélation la littérature, les notions préalablement vues dans mon cadre théorique, ainsi que les dires des professionnels de santé interrogés. Cela pourra me permettre d'établir une analyse pertinente et détaillée, tout en y ajoutant mon point de vue. J'ai décidé d'aborder cette analyse, avec une chronologie bien spécifique. En effet, je me suis basée sur ma question de départ en la décortiquant, pour y extraire mes notions d'une manière tout à fait particulière. Je vais donc commencer par décrire l'univers carcéral dans son ensemble ainsi que ses caractéristiques notamment en termes d'exercice infirmier. Par ailleurs, je vais préciser les grands enjeux de la relation soignant-soigné dans ce milieu, afin de comprendre si le lieu complexifie le travail du soignant ou non. Enfin, je vais tenter d'entrevoir si l'expérience contribue à une meilleure pratique professionnelle aux vues de la spécificité du lieu d'exercice.

Tout d'abord, je vais commencer par la notion de milieu carcéral. J'ai décidé d'aborder celle-ci en premier, je m'explique : ma question de départ aborde cet environnement, comme le théâtre de mon analyse, il est au cœur de tout ce travail de recherche. De plus, je porte un regard curieux face à cet univers si hostile qui me semble si inconnu. La difficulté ici a été d'être objective. Il m'a fallu confronter ma perception, mon expérience à l'UHSI ainsi que les éclairages des auteurs. Il a été compliqué de comprendre ce que représente réellement le fait d'être infirmier en milieu carcéral.

Les écrits des auteurs m'ont permis de comprendre une multitude d'éléments propre à ce lieu d'exercice hybride. Quelques particularités ont émergé au fil de mes lectures, concernant la population incarcérée. D'après *Actualité et Dossier en Santé Publique (2018)*, de nombreuses personnes incarcérées appartiennent à une catégorie socio-économique basse. Par ailleurs, certains détenus arrivent avec des états de santé critique, ainsi qu'une santé mentale fragile. De plus, les infirmières interrogées ont appuyé sur ces éléments qui selon elles, font parties intégrantes de leurs missions. En effet, les pathologies psychiatriques sont fréquemment présentes. Elles ajoutent que le suicide en prison est au cœur de leurs problématiques. Nous pourrions même penser, que l'émergence des pathologies psychiatriques en prison est un enjeu de santé publique de ce XXI^{ème} siècle. La littérature renforce cette idée. En effet, d'après *Actualité et Dossier en Santé Publique (2018)* il est observé des comportements à risque suicidaire chez les détenus. J'ai alors complètement changé ma vision de la prison, j'ai compris qu'il ne fallait pas minimiser l'impact de l'enfermement ainsi que les conditions d'incarcération chez les détenus. C'est grâce à cela que certains éléments concernant la complexité ont émergé durant l'élaboration de mon cadre théorique. Il est vrai qu'à ce moment je me suis interrogée sur la manière dont ces problématiques de santé pourraient rendre difficile le travail de l'infirmier en détention. Pour cela, il m'a d'abord fallu comprendre si des droits en matière de santé

existaient en prison. Cette notion m'était complètement inconnue, mais en même temps nécessaire à la compréhension de ce travail de recherche.

La littérature m'a alors démontré l'existence de lois de santé au sein des prisons. Ainsi, Roch-Etienne (2018) précise que, la loi du 18 Janvier 1994 a permis l'entrée du service hospitalier au sein des prisons. Les détenu(e)s sont désormais affilié(e)s aux assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité Sociale. Cette loi, a été élaborée après l'étude de l'HCSP (Haut Comité de la Santé Publique). Ayant désormais connaissance de lois régissant la santé en prison, j'ai voulu comprendre comment les infirmiers exerçaient dans un univers si particulier. Mes savoirs se limitaient à ceux observés à l'UHSI, néanmoins des disparités me semblaient coexister entre ses deux environnements. En effet, les détenus décrivent l'UHSI comme un hôpital assez sécurisant, alors que la prison est plutôt perçue comme insécurisante pour les détenus. La littérature, m'a alors beaucoup appris quant à l'exercice de l'infirmier en milieu carcéral. Roch-Etienne (2018), s'exprime sur la création des UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) autrement dit le lieu des consultations somatiques. Il ajoute une phrase que j'ai trouvée particulièrement importante : « l'objectif est d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalents à celles de l'ensemble de la population » (p.11). Cette phrase m'a permis de comprendre qu'à travers cet univers si hostile et dur, entrevoir des soins dignes des valeurs soignantes étaient possibles et même légiférés. L'ouvrage de Roch-Etienne (2018) m'a également fait comprendre que le travail de l'infirmier en détention est semblable à celui de l'infirmier : « civile ». Il apporte au quotidien la résolution de problèmes de santé des détenus comme le rhume, les maux de tête, la diarrhée, la constipation. Pour confirmer ce que cet ouvrage m'apprenait, il m'a fallu le vérifier lors de mes entretiens. Les infirmières interrogées se sont unies pour comparer leur travail à celui d'une infirmière libérale. Elles ajoutent que leurs principales missions concernent les soins somatiques, les soins préventifs ainsi que les soins relationnels. Elles ajoutent également un point qui me semble important sur leur travail d'écoute. Une des infirmières s'exprime sur ce que représente le fait d'accueillir chacun des détenus incarcérés dès leur arrivée. Elle explique instaurer une relation de confiance dès ce premier échange. L'autre infirmière interrogée révèle que le travail est le même, qu'elle soit en prison ou à l'hôpital rien ne change dans son exercice, si ce n'est le fait de ne pas avoir de cadre de santé. La littérature approuve ces propos, selon Picherie (2003), être infirmier en prison est un réel enjeu : « L'infirmier(ère) a également un rôle très important dans l'accueil des détenus arrivant. Une personne incarcérée pour la première fois arrive souvent dans un état de détresse extrême et demande à être reçue rapidement par le service médical. » (p.30). Je pense aujourd'hui avec conviction que le travail de l'infirmier en milieu carcéral, est extrêmement important dans l'instauration d'une relation soignant soigné de confiance. L'infirmier permet de discerner les maux à travers les mots. Ainsi, je comprends que leurs missions ne se résument pas à la simple prise de constante, ou l'administration de traitement mais à une écoute active leur permettant de verbaliser

leurs angoisses, leurs craintes et leurs motifs d'incarcérations. J'avais pour a priori que les infirmières de prison n'étaient confrontées qu'à la « bobologie » mais je faisais fausse route. Leur rôle est bien plus complexe, elles assurent un certain équilibre dans la vie carcérale des détenus. Notamment en prouvant aux détenus qu'elles ne font pas partie de la pénitencière : « on va expliquer notre rôle sachant que nous on ne fait pas partie de la pénitencière, on est précis là-dessus pour les mettre en confiance », « ce qui est dit chez nous n'est pas répété à la pénitencière ». De part ces propos recueillis j'ai été bien plus curieuse que ce que je l'imaginai. En effet, je n'avais aucune idée de l'enjeu des missions des infirmiers en prison. Ma question de départ m'a alors encore plus fait sens. Comment les infirmiers réussissent-ils à vivre cette relation soignant soigné avec des détenus fragiles psychologiquement ? Comment réussissent-ils à vivre ces particularités sachant que ce sont des soignants avec des émotions et des limites ? Ces éléments seront par la suite démontrés dans les prochains passages de cette discussion.

Ensuite, j'avais décidé d'aborder la notion de relation soignant soigné et tout particulièrement en détention. J'ai voulu comprendre tout ce que l'incarcération pouvait causer comme complexité ou non. En effet, nous entendons parler de la relation soignant soigné tout au long de nos études ainsi que durant nos stages. En revanche, je n'avais que très peu de connaissance sur la manière dont elle était établie avec des détenus. Comprendre les enjeux du prendre en soin en prison était complètement nouveau pour moi, c'est d'ailleurs ce qui m'a animé dans ma question de départ. Car ma petite expérience de l'UHSI ne m'avait permis que de m'immiscer très succinctement dans cet univers hybride. Cela avait fait émerger une multitude de questions sans avoir de réponse. De plus, à la suite de mes trois années de formation, j'ai remarqué l'importance inestimable du prendre soin avec tous types de patients. J'ai donc trouvé intéressant de répondre à cette question qui selon moi pouvait se transposer à une multitude de situations de soins. Y répondre dans ce travail de recherche m'a beaucoup appris et m'a permis une transférabilité.

Pour introduire cette notion qui me semblait inconnue dans le début de mes recherches, il m'a fallu définir ce que représentait le « prendre soin ». La littérature m'a alors beaucoup appris, les écrits de Hesbeen, (2017) ont particulièrement attirés mon attention. Il cite, que les caractéristiques du « prendre soin » ne se résument pas à la simple qualité d'une relation de soin ou un d'un savoir être. Il implique une considération totale de l'autre dans toutes ses dimensions, ainsi que de la « juste sensibilité » que nous devons lui porter. Sans sensibilité, la qualité d'une relation ne peut être instaurée. Ces propos m'ont particulièrement intéressé. En effet, Hesbeen explique que relation rime étroitement avec la sensibilité du soignant et qu'il faut considérer l'autre dans toute sa globalité. Je me suis alors interrogée, sur la manière dont les faits judiciaires de chaque détenu pouvaient majorer cette sensibilité. Doit-on considérer l'autre dans toutes ses dimensions sachant la complexité des

histoires de vies. Les infirmières m'ont alors éclairées sur cette idée. Elles s'accordent à dire que l'impartialité fait partie de leurs grands principes et que les faits judiciaires n'influencent en aucun cas la relation soignant soigné : « moi je n'ai pas à les juger, la société le fait déjà pour eux. Et souvent plus que ce qu'il le faut. Donc moi je ne juge pas c'est clair et net ». Je partage l'avis des infirmières ; pour moi, il est important de ne pas tout mélanger. Les histoires de vies des détenus ne nous regardent aucunement et ne doivent pas mettre en péril le prendre soin. D'ailleurs, il me semble important de préciser que dans les services dits « classiques » nous ne demandons pas aux patients leurs casiers judiciaires ainsi que leur passé. Alors pourquoi se focaliser sur ces faits dans les prisons ? Dans ce cas, chaque Homme serait l'objet d'un sévère jugement. Je pense que la relation soignant soigné doit rester pleinement identique, quel que soit le lieu d'exercice, l'important reste la juste distance et les limites du soignant. Je développerai d'ailleurs cette notion prochainement.

Pour compléter ma question de départ, il me fallait également comprendre si l'environnement carcéral complexifiait la relation ou non. La notion de complexité m'était inconnue, les auteurs m'ont beaucoup enseigné. Tout d'abord, je me suis basée sur les écrits de Manoukian (2008), il cite : « Nous pouvons alors en déduire qu'une multitude de facteurs (représentations, préjugés, émotions...) contribue à la complexité d'une relation soignant soigné ». C'est alors que je me suis demandé, si les faits judiciaires pouvaient complexifier la relation. Je n'étais pas complètement d'accord, j'ai donc voulu interroger les infirmières sur ce sujet. Les infirmières, s'opposent aux dires de Manoukian : « après on arrive toujours à savoir, c'est médiatisé ou les détenus nous le disent ou les surveillants mais moi ça ne change rien », l'autre infirmière ajoute : « le fait d'être en prison ça n'influence pas du tout ma prise en charge ». Nous voyons donc qu'avec une perception sans jugement de valeur, la relation n'est pas complexifiée. Le soignant serait donc un protagoniste majorant ou non la complexité d'une situation. De fait, nous pourrions imaginer que la manière dont il gère ses limites pourrait certainement simplifier le prendre soin. Pour continuer de développer cette partie, Morin (2014), apporte un élément sur la complexité. Il ajoute : « les émotions ne peuvent pas être dissociées de la connaissance ni de la perception. » En effet, selon lui les émotions influencent notre perception face aux situations : la façon de regarder, de comprendre, de penser, d'entendre ou de connaître. De ce fait, que ce soit la perception, ou la connaissance chacun de ces deux éléments ont la capacité d'induire le soignant en erreur lors de situations de soins complexes. Selon moi, ces propos sont complètement en lien avec les agissements des infirmières. En effet, d'un certain point de vue, leur travail semble complexe : les histoires de vies, les faits judiciaires, la surpopulation, font partie de leur quotidien. Mais la clé de la non-complexité ici, est leur perception. Elles ne se laissent aucunement envahir par leurs émotions, c'est ce qui les rend efficaces. Selon moi, leur façon d'appréhender les détenus, leur permet de déjouer la complexité. Pour aller plus loin, nous pourrions même dire que, la perception par le non-jugement pourrait permettre de simplifier grandement toutes situations de soins aux abords complexes. Pour continuer sur cette

notion de complexité, les infirmières ont ajouté des éléments auxquels je n'avais pas pensé lors de l'écriture de mon cadre conceptuel. Jusqu'à maintenant, j'ai pu démontrer que le travail de l'infirmier en milieu carcéral n'est pas plus complexe que celui d'un infirmier lambda. Cependant, il me semble important de nuancer cela en me basant sur les propos des infirmières recueillis. Je me suis alors aperçu qu'un autre élément complexifie leur travail. En effet, je m'étais basé sur le fait que seuls les détenus et leur comportement pouvaient rendre le travail difficile. Or, il me manquait quelque chose. Les deux infirmières m'ont alors apporté quelques éléments significatifs. Tout d'abord, elles s'accordent à dire que les pathologies rencontrées, notamment les maladies psychiatriques, compliquent leur travail : « C'est qu'on a beaucoup de polytoxicomanes, des personnes qui prennent des risques en fait. » Une des infirmières ajoute : « il y a pas mal de patients avec des troubles psychiatriques, il y a des personnes qui arrivent qui n'ont pas du tout leur place chez nous, on a des schizophrènes par exemple ». Les pathologies rencontrées majorent donc la complexité du prendre soin. De plus, la spécificité de la détention rend plus délicat le travail des infirmières. Elles s'expriment quant au poids de l'institution, notamment sur le nombre incalculable de surveillants pénitentiaires. Une des infirmières ajoute : « leurs priorités c'est vraiment la sécurité », l'autre infirmière s'exprime : « le travail avec la pénitencière bien sûr ce n'est pas simple ». J'en ai alors déduit que, ce qui était difficile à gérer n'était pas directement lié au fait d'être avec des détenus, mais plutôt au poids de l'institution de ce lieu hybride. De plus, le sentiment d'être jugé ressort dans les éléments recueillis, l'infirmière exprime : « tout ce que tu fais, tout ce que tu dis, c'est surveillé par 8 autres personnes et au moindre écart tu es remis à ta place, tu te sens très vite jugée ». L'infirmière appuie ses propos : « tu as l'impression qu'on juge tous tes soins, c'est difficile de se sentir digne de sa profession face aux patients car tu sais que le plus important ce ne sont pas les soins, mais toute la surveillance qu'il y a autour ». De plus pour ces infirmières, l'instauration du secret semblerait poser un problème dans les prisons et complexifierait les relations avec les détenus : « pour moi la confiance est primordiale et quand quelqu'un me dit quelque chose je pense qu'il ne faut pas le répéter car en prison tout ce qui est su et entendu est répété ».

La complexité des relations de soins, passe aussi par la difficulté lors de certaines situations de soins, avec le fléau du suicide dans les prisons : « c'est peut-être cette difficulté à faire cette évaluation du risque ou non du suicide, et prendre du recul ». J'ai alors beaucoup appris sur cette partie concernant la complexité de la prise en charge. En effet, au début de ce travail de recherche j'étais convaincu que la seule dimension pouvant altérer la relation de soin était les faits judiciaires, ainsi que les histoires de vies des détenus. Cependant, cette complexité découle de plusieurs autres facteurs. Comme cette fameuse relation triangulée, entre soignants, soignés et surveillants pénitentiaires. D'ailleurs la littérature renforce cette idée, d'après Bazex (2011), la dotation des surveillants en armes et en

matériel de protection (gilet pare-balles) semble nécessaire au regard de leur évaluation du risque de dangerosité ainsi que des conditions qu'ils connaissent en établissement pénitentiaire (maison d'arrêt ou centre de détention). Le déploiement des surveillant pénitentiaires, ainsi que les dispositifs attisent la curiosité et interrogent les soignants. Je pense donc qu'il est difficile d'instaurer une relation de confiance, lorsque que plusieurs protagonistes se mêlent aux soins. De plus, l'hyper-sécurisation des lieux, altèrent la relation soignant soigné notamment en terme de pudeur et de dignité lors des soins. En effet, je mets un point d'honneur à dissocier le somatique de la vie judiciaire des détenus. Un détenu malade, bien qu'il ait fait ou non des choses « graves », doit être traité comme tout autre patient selon moi. Je trouve alors assez dérangeant que les surveillants puissent assister aux consultations médicales et paramédicales, tout en sachant qu'ils peuvent répéter ce qu'ils voient, entendent, comprennent soit à leurs collègues ou même à d'autres détenus.

Enfin, ma question de départ concernait une notion, en lien avec l'expérience. Je me suis alors interrogée sur l'influence ou non de l'expérience sur la prise en soins d'un patient et plus précisément d'un détenu. Cette question m'a particulièrement intéressée, en effet, ma posture d'étudiante ainsi que de future professionnelle était en lien direct avec cette notion. L'idée a été de comprendre si le statut de novice que j'allais bientôt devenir, allait compromettre ou non mon exercice de demain. Ma prise de poste est source d'anxiété, répondre et comprendre ce questionnement fut complètement nécessaire et transférable à mon future poste quel que soit l'unité de soins en question. La multitude d'éléments apportés par la littérature et les propos des infirmières m'ont étonné, appris et remis en question.

Tout d'abord il m'a fallu comprendre la place des émotions dans les soins, ainsi que leur influence sur la prise en charge d'un patient incarcéré. Les œuvres littéraires lus, m'ont permis de comprendre comment les soignants percevaient leurs émotions. Pour Curchod (2019), « mythe du soignant vertueux empathique, toujours à l'écoute, disponible, non jugeant, empli de compassion, expert en communication » (p.36). Par ses dires, nous comprenons que le soignant semble être intouchable est détaché de toutes émotions en lien avec son statut. De plus, Mercadier (2008), ajoute : « les soignants se doivent de maîtriser leurs affects » (p.192). Je m'oppose à ce point de vue car selon moi le soignant doit en effet gérer ses émotions mais tout en étant authentique. Il est vrai que certaines situations de soins nous touchent plus d'autres, les verbaliser me semblent donc tout à fait justifier. Je me positionne plus avec les dires de Curchod (2009), « étant une composante naturelle et inséparable de l'activité soignante » (p.28). Les infirmières que j'ai interrogées sont du même avis : « tout était nouveau et m'impressionnait, surtout les situations de violence notamment entre surveillants et détenus ». Nous voyons qu'elles sont réalistes et consciences de leurs émotions. Ce qui selon moi rend leur travail authentique et juste. Elles ajoutent, que les émotions ressentis sont étroitement liées à un

sentiment d'injustice ressenti envers les détenus : « en fait on avait le même âge. Et puis il y a des gens quand tu les regarde, tu discutes avec eux, tu te dis mais comment il a fini en prison ». De plus, les infirmières s'accordent à dire qu'elles vivent beaucoup d'humanité dans leurs pratiques, elles s'expriment : « quand on voit un arrivant on établit un diagnostic, à partir de là ils vont nous raconter leurs motifs d'incarcération, ils ont envie et même besoin de nous raconter. Ils vont parler de leur famille, moi je ne suis pas insensible comme je le disais ». Je comprends alors, que certaines situations peuvent émouvoir et heurter les soignants. Une infirmière ajoute un point qui me semble important : « j'ai été et je suis confrontée à beaucoup d'humanité, je n'aurais pas pensé ressentir ça au du contexte de la prison et des représentations que j'en avais ». J'ai alors compris que les émotions qu'elles ressentaient n'étaient pas que le résultat de violence ou de peur, mais découle de l'empathie ressentit lors de situation de soins. Je pense alors que les émotions ressentis en tant qu'infirmier en milieu carcéral sont les mêmes qu'un infirmier travaillant dans tout autres service. En effet, la peur, la violence, ainsi que la tristesse face à certaines situations, font parties de ce qui nous touche en tant que soignant quel que soit la typologie de service. Je trouve alors intéressant d'observer que les recherches de cet axe, puissent être transférable à mon travail de demain. J'ai alors trouvé intéressant d'ajouter un élément de littérature préalablement vue dans mon cadre théorique. D'après l'article de Surbled, (2019) : « Les émotions nous permettent de nous adapter à ce que nous vivons. Elles ont toutes un rôle très important à jouer. Plus nous laissons ces émotions nous traverser et plus nous permettons à notre psyché de s'adapter à la situation. » (p.5). Les émotions nous permettent donc de connaître nos limites afin d'instaurer une juste distance propre à celles-ci. Cette première conclusion nous amène à un questionnement soit : Comment les soignants gèrent-ils leurs émotions en milieu carcéral, tout en nous penchant sur l'incidence ou non de l'expérience.

Dans un premier temps je me suis intéressée de manière assez théorique, aux mécanismes d'adaptation du soignant. Je trouvais très pertinent de me pencher sur ces notions, qui selon moi me permettront de gérer et comprendre mes émotions tout au long de mon exercice professionnel. D'ailleurs les énumérer me semblent important, pour comprendre de quoi l'on parle. D'après Toledano, (2018) : Il en définit 9 ; le mensonge, la banalisation, l'esquive, la fausse réassurance la rationalisation, l'évitement, la dérision, la fuite en avant et l'identification projective. Après les avoir compris à la suite des différentes lectures en lien avec mon cadre théorique, questionner les professionnels de santé a été nécessaire. J'ai pu alors identifier qu'elles mettaient en place certains mécanismes propres à leurs personnalités.

Tout d'abord, les deux infirmières s'expriment sur les différents mécanismes de protection implicitement utilisés dans leur travail au quotidien. La jeune infirmière explique être dans le déni lors de certaines situations : « beaucoup le déni de mes émotions, en fait c'est souvent dans les soins que

je me focalise sur ce que je fais ». L'infirmière jeune diplômée ajoute un élément concernant la prise de recul, notamment en communiquant avec l'équipe : « j'ai besoin de beaucoup discuter avec l'équipe. Dès qu'il y a un truc qui me marque, j'en parle à l'équipe et j'extériorise. Il ne faut pas repartir chez soi, en pensant à sa journée ». L'autre infirmière plus expérimentée ajoute que la juste distance est, nécessaire dans son travail : « mais je dirais quand même qu'il faut juste bien garder ses distances », elle renforce ses propos : « il faut s'impliquer dans son travail mais pas trop non plus, quand on rentre chez soi on ne pense plus à sa journée, il faut faire la part des choses ». Les deux infirmières s'accordent à dire que la gestion de leurs propres émotions est une question de perception, qui passe par la vision qu'on se fait du détenu notamment en le percevant dans toutes ses entités et non en qualité exclusive de détenu : « la prison n'influence pas du tout ma prise en charge », elle ajoute : « moi je n'ai pas à les juger ». L'autre infirmière ajoute : « pour moi ce sont des humains, comme des autres je n'ai pas à les juger ». La première infirmière se réexprime : « moi je ne juge pas donc je n'ai pas de limites ». J'ai alors compris que leurs perceptions leurs permettaient une facilitation de leur travail, ainsi qu'une meilleure gestion de leurs émotions. Pour elles, le contexte de l'incarcération ne modifie pas leurs prises en charge et n'influe que très peu leurs émotions. L'importance, reste de maintenir une juste distance et d'avoir des qualités relationnelles permettant un non-jugement puissant. Je me suis aperçue d'un autre élément en lien avec la gestion des émotions. Une des infirmières ajoute : « je pense que c'est une question de personnalité. Il y en a qui disent qu'il ne faut pas être jeune pour aller en prison. Moi je ne suis pas d'accord, il faut de tout » l'autre infirmière ajoute : « mais attention, j'ai des collègues qui ont du mal, tout ce qui est viol sur des enfants attention on ne réagit pas tous pareil ». Ce qui me permet d'introduire la notion suivante en lien avec l'expérience et qui confirme la place importante de la personnalité.

Tout d'abord pour introduire cette notion, j'ai décidé de me baser sur les écrits de Benner (2003) : L'acquisition de l'expérience passe par différentes étapes : l'état de novice, débutant ; compétent, performant, et expert. J'ai pris connaissance que la conquête d'une pleine maîtrise est un processus évolutif et long. Il me fallait ensuite comprendre comment les professionnels de santé, réussissaient à mettre en pratique cette acquisition, en fonction de leur niveau d'expérience. Les propos des infirmières m'ont beaucoup étonné. Pour commencer, les deux infirmières s'accordent à dire que l'expérience est un outil, avec l'exemple de la maturité professionnelle acquise avec le temps. L'infirmière expérimentée explique : « ce sont des personnes particulières on peut dire, il faut un petit peu d'expérience pour comprendre toutes les subtilités ». L'infirmière novice ajoute : « on ne devient pas une infirmière de prison du jour au lendemain ça c'est sûr ! ». Par ses dires, j'en déduis que l'expérience permet une adaptabilité, ainsi qu'un meilleur raisonnement clinique en lien avec la complexité des pathologies rencontrées. Pour compléter cette partie, les deux infirmières ajoutent :

« c'est vrai qu'il y a un temps d'adaptation vraiment », l'infirmière novice ajoute : « c'est vrai qu'au début je laissais mes émotions de côtés... je ne voulais pas trop y penser ». Je comprends alors, que le temps est la clé d'une meilleure pratique professionnelle, ce qui fait échos aux propos de Benner. Selon moi, l'expérience contribue à une pratique infirmière de qualité. En effet, ce processus permet une acquisition de savoirs permettant à l'infirmier de devenir expert de ses actes. Cependant je tenais à nuancer mes premières conclusions. Il est vrai qu'après lecture de mes entretiens j'ai compris que l'expérience n'était pas la seule clé d'un travail infirmier de qualité. Je m'explique, au-delà de l'expérience la connaissance de ses limites reste l'outil d'une pratique juste. Or, l'expérience n'est pas forcément en lien direct avec ce phénomène. Les infirmières justifient cela par : « il y a l'expérience oui, mais aussi connaître ses limites », de plus : « la perception et les limites sont propres à la personnalité de chaque soignant ». Je pense alors, que les qualités relationnelles du soignant ainsi que sa perception de sa propre pratique sont à l'origine d'une pratique fondée. Je pense que le milieu carcéral si particulier soit-il, ne peut pas être adapté à toutes les personnalités de soignant. Bien que l'expérience soit nécessaire à l'état « expert » de l'infirmier, elle ne permet pas de modifier nos valeurs, nos limites et notre personnalité. Avec mon expérience et mon recul, je dirais que l'exercice infirmier en milieu carcéral, doit être de l'ordre de la vocation et doit être pleinement réfléchi en amont pour le soignant. Je pense alors qu'il est important de se connaître soit, avant d'entamer un travail pouvant heurter notre propre humanité et altérer nos affects.

VI- Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche est né à la suite de situations vécues en stage. Ces situations m'avaient interpellées, dérangées et questionnées. En effet, il m'était impossible de rester avec autant d'interrogations. Elles avaient pour cible, la prise en soins infirmière d'une personne incarcérée. Cette thématique m'a progressivement conduit, vers une avalanche de questions, aboutissant à ma question de départ : Dans quelle mesure l'expérience professionnelle impacterait-elle la capacité de l'IDE à apprivoiser la complexité de la relation soignant soigné en milieu carcéral ? Pour répondre à cette question, je me suis éclairée des dires de différents auteurs. Il en a résulté, la compréhension de quatre notions : le milieu carcéral, la complexité, la relation soignant soigné et l'expérience. Après la réalisation du cadre théorique, j'ai réalisé des entretiens auprès de deux infirmières. En lien direct avec ma thématique, j'ai choisi une infirmière expérimentée exerçant depuis 11 ans en prison ainsi qu'une infirmière jeune diplômée travaillant depuis quelques mois en prison. J'ai cherché à confronter deux perceptions différentes en lien avec l'expérience, ainsi que deux prisons distinctes afin d'observer si des disparités demeuraient. Pour la bonne réalisation des entretiens, j'ai procédé à une méthodologie ainsi qu'à l'élaboration d'un guide d'entretien, me permettant de répondre à mon questionnement. Ensuite, j'ai décomposé ces deux entretiens par le biais d'une analyse descriptive, légitimant une classification des dires des infirmières. Postérieurement, j'ai mis en évidence autour de la discussion : les dires des auteurs, les témoignages des infirmières, ainsi que mon point de vue. Enfin, la conclusion m'a permis de recenser l'ensemble de cette démarche d'initiation à la recherche afin d'y énoncer mon ressenti.

Tout d'abord, je dirais que ce travail a été d'une grande richesse. Il m'a questionné, appris, surpris et a considérablement remis en question ce que je suis en tant que personne et future professionnelle de santé. De plus, je dirais que cette fonction de « chercheur » a fait naître une certaine curiosité intellectuelle, qui a suscité l'envie de renouveler cette démarche de recherche.

Grâce à cela, j'ai pu acquérir des connaissances en lien la gestion émotionnelle et le prendre soin, ce que je trouve essentielle à notre profession. J'ai alors découvert des réflexions pertinentes, qui ont fait progresser mon cheminement de future professionnelle. Ces notions étaient fondamentales à la compréhension de ma question de départ.

La notion en lien avec la gestion des émotions m'a surprise. Elle m'a permis de mettre chaos mes a priori associés à la prise en soins en détention. La volonté des soignants de prendre soin sans jugement de valeurs, ni haine m'a transformé et m'a permis une auto-critique. De plus, l'étude de la complexité m'a appris quant à la subjectivité de celle-ci, ainsi que ce qu'elle englobait. Enfin, la notion en lien avec l'expérience m'a permis une certaine réassurance concernant ma future prise de poste.

En effet, j'ai compris que le passage de l'infirmier novice à celui de l'infirmier expert était un processus long et nécessitant des qualités humaines riches.

Par ailleurs, réaliser les entretiens a été d'un immense plaisir, ils ont mis en lumière les écrits des auteurs et ont fait apparaître des éléments nouveaux. J'ai été fière de partager ce travail avec des professionnels partageant les mêmes convictions et valeurs que moi. Elles m'ont permis d'étayer des éléments auxquels je n'avais pas pensé. J'ai été grandement touché par leur investissement et leur curiosité intellectuelle. J'ai ressenti beaucoup d'empathie, par leur souci de bien faire et leur partage de valeurs de leur métier.

Pour continuer, la discussion a été tout autant capital que la découverte des notions, ainsi que l'analyse des entretiens. En effet, en mettant en corrélation la littérature et les dires des professionnels, ma réflexion est naturellement apparue. J'ai vu un réel changement de perception, du début de mes lectures à la discussion. J'ai considérablement fait évoluer mes introspections personnelles grâce à cette analyse poussée et détaillée. Enfin, j'ai découvert qu'une multitude de transférabilités pouvait émerger de mon sujet de recherche. Tout au long de ce travail, j'ai compris que les situations vécues en milieu carcéral caractéristiques soient-elles, pouvaient être observées dans tout autres contexte de soin. Mon travail est alors tout à fait transférable au prendre soins infirmier dans toutes unités confondues, notamment dans des services de psychiatries ou aux urgences.

Pour conclure, je dirais que ce travail m'a littéralement transformé et chamboulé. En effet, j'ai vécu avec cette recherche durant neuf mois. Durant ces neuf mois, j'ai douté, eu des échecs, vécues des moments de joies, de plaisir mais surtout j'ai grandi avec lui. Je dirais, que cette initiation à la recherche a réveillé le chercheur qui est en moi et m'a démontré qu'il n'y avait rien de mieux que la connaissance et l'auto critique pour une pratique infirmière juste.

Il en a résulté une question de recherche : Dans quelle mesure le non-jugement et la juste distance pourrait faire bouclier aux émotions en permettant donc à l'infirmier de surmonter l'ensemble des situations jugées complexes ?

Bibliographie :

Articles

Bourquin, S. (2017). Réparer les méchants. *Infirmiers.com*.

<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/repparer-mechants-recit-saisissant-infirmier-soigne-detenus.html>

Hyst, J. et Cabanel, G. (2000). Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France. *Sénat*, (49).

https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-449_mono.html

Picherie, E. (2003). Le rôle des infirmiers en prison. *La santé en prison*, (44).
[file:///C:/Users/Mathilda/Downloads/ad443031%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Mathilda/Downloads/ad443031%20(1).pdf)

Braconnay, N. (2021). Quels sont les différents types de prison ? Vie public au cœur du débat public.

<https://www.vie-publique.fr/fiches/268775-quels-sont-les-differents-types-de-prisons>

Chan-chee, C. (2018). Etat de santé des personnes sous main de justice. *Santé publique France*, (104).

<file:///C:/Users/Mathilda/Downloads/ad1041316.pdf>

Bazex, H. (2011). 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. *Hal-00610673open science*.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00610673/document>

Morin, C. et Taquet, A. (2018). Les Français et la prison. *Fondation Jean Jaurès*.

<https://www.jean-jaures.org/publication/les-francais-et-la-prison/>

Tréguer, M. (2013). Témoignages de soignants sur leur pratique en milieu carcéral. *La revue de l'infirmière*.

Trentesse, A (2017). Première prise de poste après le DE comment surmonter l'angoisse ? *Infirmier.com*.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Université Victor Segalen Bordeaux 2*, (67).

<https://www.irepspd.org/docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf>

Surbled, M. (2019). La gestion des émotions chez le soignant. *ActuSoins*.

Phaneuf, M. (2011). Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaire et benchmarking. Prendre soins, soins infirmiers.

Mercadier, C. (2017). Le travail émotionnel, cet invisible. *Espaceinfirmier.fr*.

<https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/debats/chroniques/171212-le-travail-emotionnel-cet-invisible.html>

Toledano, A. (2018). Les mécanismes de défense des soignants. Blog de l'institut Raphael.

<https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/>

Simon, L. et Warde, L. (2019). Représentation des Français sur la prison. Cahier d'études pénitentiaires et criminologiques, (49).
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Cahier_penitentiaire_49_Representation_desFrancais_sur_la_pri son_septembre2019.pdf

Karim Bellazaar, (2010). Etre en prison ce n'est pas comme dans Prison Break. *L'express*.
https://www.lexpress.fr/actualite/societe/etre-en-prison-ce-n-est-pas-comme-dans-prison-break_933056.html

Phaneuf, M. (2012). Apprendre un travailler dans un contexte relationnel. *PRENDRE SOIN*.
<http://www.prendresoain.org/?p=1600>

Billet de blogue :

Joannes, C. (2020, 30 mars). Qu'est-ce qu'une émotion. Psy à Paris. <https://psyaparis.fr/six-emotion-base/>

Dictionnaire :

Steinmann, A. (2022). Dictionnaire Français. *Dans l'internaute*.
<https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/>

Ouvrages :

Roch, E, (2018). Infirmier en milieu carcéral accompagner, soigner, réinsérer. Elsevier Masson.

Alexandre, M, (2008). La relation soignant-soigné. Lamarre.

Curchod, C. (2019). Les situations de soins complexes, un défi à relever pour les infirmières. Millau : Seli Arslan.

Prayez, P. (2003). Distance professionnelle et qualité du soin. France. Lamarre, 228 pages.
Hesbeen, W. (2017). De la réflexion éthique à une pratique de qualité. Elsevier.
<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifiinfirmier/de-la-reflexion-ethique-a-une-pratique-de-qualite>

Curchod, C. (2009). Relations soignants-soignés, Prévenir et dépasser les conflits. Elsevier Masson, 212 pages.

Benner, P (2003). De novice à expert. (MASSON, volume 1). InterEditions.

Rispail, D. (2003) Mieux se connaître pour mieux soigner, une approche du développement personnel. Edition Masson.

André, C. et Lelord, F. (2001). La Force des Emotions. France : Odile Jacob, 395 pages.

Lien de la photo de la page de garde :

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fgenderlinks.org.za%2Fclassification%2Fthe-mes%2Fmaurice-les-agressions-sexuelles-en-milieu-carcral-sont-une-ralit-criante-2015-08->

Annexes

Sommaire

Annexe I – Le guide d’entretien.

Annexe II – Retranscription entretien 1 : IDE au centre pénitentiaire de Rennes Vezin-le-Coquet.

Annexe III – Retranscription entretien 2 : IDE de la Maion d’Arrêt de Fleury-Mérogis.

Annexe IV – Analyse descriptive : tableaux.

Annexe I – Le guide d’entretien

Bonjour, je suis mathilda marcel étudiante de 3^{ème} année l’IFSI de Pontchaillou à Rennes. Ainsi, dans le cadre de ma formation, je réalise mon mémoire de fin d’étude sur la relation soigné en milieu carcéral. Pour affiner la compréhension de mon thème, ainsi que développer mon esprit critique et d’analyse vous interviewer est précieux. Ma question de départ a été formulé à partir de mes différents axes d’analyses. Mes entretiens seront anonymisés et réalisés dans le non-jugement ainsi que la bienveillance. De ce fait, j’aurais souhaité connaitre vos disponibilités ainsi que votre accord quant à l’enregistrement de l’entretien. Je vous remercie d’avance pour l’attention portée à ce mail.

Dans l’attente d’une réponse, je vous souhaite une très belle journée.

GUIDE D'ENTRETIEN

Objectif (1) : préciser le parcours professionnel du professionnel

- Parlez-moi de votre parcours professionnel
- Pourquoi avoir choisi la spécificité du travail en détention comme lieu d'exercice ? qu'est-ce qui vous a fait choisir le milieu carcéral ?

Objectif (2) : Identifier les missions de l'IDE en détention

- Quelles sont vos principales missions au sein de cette unité carcérale ?

Objectif (3) : Caractériser la particularité du travail en détention

- Selon vous qu'est-ce qu'il fait la particularité du travail d'IDE en détention ?

Objectif (4) : Différencier un soin dans un service classique d'un soin en milieu carcéral

- En quoi le prendre soin d'un patient incarcéré est-il différent du prendre soin d'un patient lambda ?

Objectif (5) : Qualifier en un mot la relation soignant soigné en milieu carcéral

- Si vous deviez qualifier en un mot la relation soignant /soigné en milieu carcéral, quel serait-il ?

Objectif (6) : Caractériser la complexité de la relation soignant soigné en détention

- Selon vous quels sont les facteurs qui impactent la relation soignant /soigné en milieu carcéral ?

Objectif (7) : Identifier la place des émotions dans cette relation soignant /soigné

- Vous arrive t-il de vous sentir envahi par des émotions dans cette relation soignant /soigné ?
- De quel ordre sont ces émotions ?
- Dans quels contextes naissent-elles ?

Objectif (8) : Identifier les mécanismes mis en œuvre dans la gestion des émotions en unité carcéral

- Que mettez-vous en œuvre pour gérer ces émotions ?

Objectif (9) : Identifier l'influence de l'expérience sur l'exercice professionnel. Et plus spécifiquement en milieu carcéral ?

- Diriez-vous qu'aujourd'hui vous gérez ces situations différemment qu'au début de votre exercice professionnel en milieu carcéral ? A quels niveaux ?

	IDE 1	IDE 2
	Expérimentée	Novice

Service (Unité Sanitaire)		
Date du diplôme (âge)		
Expériences ultérieures		
(1) Pourquoi avoir choisi la spécificité du travail en détention comme lieu d'exercice ? qu'est-ce qui vous a fait choisir le milieu carcéral		
(1 et 2) Selon vous qu'est-ce qu'il fait la particularité du travail d'IDE en détention ?		
(2) Quelles sont vos principales missions ?		
(3) Selon vous qu'est ce qui conduit à la complexité d'un soin ?		
(4) Pourriez-vous dire si ce lieu d'exercice complexifie votre travail ?		
(4) La présence du surveillant pénitentiaire modifie-t-il la relation soignant soigné avec les détenus ?		
(6) Selon vous, que modifie l'expérience sur votre travail au		

quotidien ?		
(6) L'expérience permet-elle d'appréhender différemment certaines situations ?		
(7) Avez-vous déjà ressenti de la colère, un sentiment d'injustice ou de dégoût face à certains patients ?		
(7) Le profil de certains détenus vous pousse-t-il dans certains de vos retranchements ?		
(8) Comment gérer nos émotions dans un contexte où nos propres valeurs soignantes sont mises à l'épreuve ?		
(8) Le travail en détention vous a-t-il fait changer sur votre propre personnalité ?		
(9) Selon vous qu'est ce qui est primordial dans la relation soignant soigné en détention ?		

Le chiffre (ex : (1)) affiché à côté des questions, correspond à un objectif.

Annexe II – Retranscription entretien 1 : IDE au centre pénitentiaire de Rennes Vezein-le-Coquet

Durée : 37 min

MOI : Bonjour, je suis mathilda comment allez-vous ?

IDE : Bonjour, très bien et vous ? Il y a du bruit je ferme la porte pour que l'on ne soit pas dérangé.

MOI : Très bien, vous êtes prête ?

IDE : oui je vous écoute !

MOI : alors déjà, quel est votre parcours professionnel ?

IDE : je suis diplômée depuis 23 ans, j'ai travaillé en oncologie, j'ai fait un DU d'hygiène j'ai exercé pendant 5 ans au chu puis j'ai voulu changer ont m'a proposé d'aller exercer avec mon DU dans une des prisons de rennes

MOI : donc à la base vous étiez ide hygiéniste ?

IDE : oui on était 5 avec le DU à l'époque. Et moi je tournais sur les prisons et c'est comme ça que j'ai découvert le milieu. J'avais envie de retourner dans les soins, j'estimais que c'étaient des patients et que c'était comme un village avec des malades un peu... ce n'est pas un hôpital rien à voir.

MOI : d'accord, ça répond à ma question. Du coup quelles sont tes principales missions dans l'unité carcérale ?

IDE : alors, au départ effectivement il y a un rôle comme un infirmière à domicile, c'est ma comparaison. Ya des patients diabétiques, des personnes à surveiller d'un point de vue cardiologique une des premières missions voilà c'est de réaliser des soins programmés. Ensuite, on a un rôle d'infirmier d'accueil, on va accueillir tous les arrivants on les voit systématiquement on va expliquer ce qui est notre rôle sachant que nous on ne fait pas partie de la pénitencière, on est très précis là-dessus pour les mettre en confiance. Ce qui est dit chez nous, n'est pas répété à la pénitencière. Après aussi, on fait de la consultation. Ils écrivent donc des courriers et après nous on voit avec les médecins. Ce n'est pas de la consultation médicale, cependant le médecin peut être là si on en trouve le besoin. On donne des médicaments, mais sans prescription. Après j'allais oublier il y a une dimension très importante, qui est la santé publique. L'éducation à la sante aussi, depuis un an ou deux on en fait plus avec le covid. Mais c'est très intéressant, notamment sur le tabac, le sport et la sexualité. C'est une dimension vraiment très importante en prisons.

MOI : je rebondis donc, selon vous quelles sont leurs principales problématiques de santé ?

IDE : on a quand même principalement une population jeune mais dans la globalité ça reste assez varié, donc très peu de différence avec une infirmière à domicile. Un jeune qui se blesse au foot, on faire des anticoagulants il sera plâtré mais comme hors de la prison. Moi je dis souvent ce ne sont pas des malades, c'est vraiment comme un lieu de vie. On a quelques personnes âgées bien sûr, après les pathologies sont les mêmes qu'à domicile encore une fois. En revanche, ce qui est différent, c'est qu'on a beaucoup de polytoxicomane. Des personnes qui prennent des risques en fait.

MOI : Très bien, j'ai donc une question qui me vient, Est-ce que ce n'est pas plus compliqué de prendre en charge un détenu avec toute ses problématiques (psychologie, addiction, sociales...) et en un mot comme tu pourrais qualifier la relation de soin avec les détenus ?

IDE : En un mot je dirais unique, c'est vrai que je n'avais jamais vécu des choses aussi fortes. Pour ta première question, effectivement alors moi c'est très clair depuis le début mais vraiment depuis le début. Moi je suis comme ça, pour moi, le fait d'être en prisons ça n'influence pas du tout ma prise en charge, moi ça fait 11 ans que je suis ici quel que soit ce qu'ils ont fait je fais vraiment la part des choses. Pour moi c'est humain, comme un autre il a déjà été jugé je n'ai pas à le rejuger. C'est comme quand on a des patients dans des lits à l'extérieur, on n'a pas à connaître leurs histoires judiciaires. Après on arrive toujours, à savoir parfois c'est médiatisé, ou les détenus nous le disent ou les surveillants mais moi ça ne change rien. Pour revenir à ta question, c'est vrai qu'il y a pas mal de patient avec des troubles psychiatrique, il y a des personnes qui arrivent chez nous qui n'ont pas du tout leur place ici, on a des schizophrènes etc. La chance qu'on ait à rennes c'est qu'on a le SMPR, ils ont des cellules avec des prises en charges bien spécifiques. Mais c'est vrai que la psychiatrie, ça reste quelque chose de compliqué, tu vois j'ai un monsieur il s'est pendu cette nuit.

MOI : c'est vrai que ça reste quelque chose de compliqué. Donc la psychiatrie fait partie des principaux problèmes.

IDE : ah bah oui, par rapport à ce qu'ils ont pu faire ils ont même parfois des consultations obligatoires avec le psychiatre.

MOI : Très intéressant, je vais sur d'autres questions, mais est-ce qu'ils vous arrivent d'être envahies par vos émotions dans certaines situations de soins par exemple ?

IDE : alors moi par rapport à ce que je te disais tout à l'heure, par rapport à leurs histoires je n'ai pas de souci avec ça. Cependant, ou vraiment je ne suis pas bien, c'est quand il y a de la violence dans le service. Ça peut arriver que, les surveillants soient amenés avoir des comportements de violence. Quand ils arrivent avec un détenu qui est menotté, qui hurle, moi clairement je m'affirme en tant que soignant. Moi quand ils sont dans nos murs, je ne supporte pas de voir ça.

MOI : C'est ce qui vous parait le plus difficile, cette cohabitation avec la pénitentiaire ?

IDE : même si je sais que la pénitentiaire rencontrent aussi leurs difficultés, je ne veux pas les incriminer mais nous on est là pour les soigner et eux sont là pour la sécurité. On n'a pas les mêmes priorités, (rire). C'est vrai que si un patient fait un arrêt cardiaque et que la pénitentiaire n'est pas là, on ne peut pas intervenir. Leurs priorités c'est vraiment la sécurité. Moi je suis assez clair, je ne veux pas de violence ici. Ici dans 98% des cas quand ils arrivent ici ils sont plutôt très calmes, ils ont les mêmes codes que nous.

MOI : et du coup est-ce que la présence des surveillants envenime le comportement des détenus ?

IDE : ça dépend, ça peu mais ça peut aussi les canaliser. C'est vraiment aléatoire, certains surveillants sont très bienveillants avec les détenus et inversement.

MOI : là du coup j'ai une question, qui traite plus sur l'expérience. Est-ce que tu pourrais dire qu'aujourd'hui tu traites différemment, est ce que tu prends plus de recul.

IDE : Alors, il y a différents niveaux. C'est vrai qu'il y a un temps d'adaptation vraiment. Ce sont des personnes particulières on peut dire, il faut un petit peu d'expérience pour comprendre toutes les subtilités. Les toxicomanes, des gens qui sont toujours dans la demande médicaments ... mais ça je pense que ça va, mais je pense que 10 ans c'est bien après moi je reste là je suis en fin de carrière et j'adore je viens tous les jours avec énormément de plaisir... mais je pense que ça nous modifie quand même, notre perception des choses.

MOI : eh bah très bien c'est très intéressant, on est déjà à plus de la moitié (rire). Donc du coup, selon toi qu'est ce qui fait la particularité du travail de l'infirmier en détention. Vraiment ce qui se dissocie complètement du travail au chu par exemple.

IDE : La particularité, alors nous l'intérêt aussi ici c'est qu'on n'a pas le poids de l'institution ici. On est tranquille, on n'a pas cadre ça peut être intéressant pour les personnes qui veulent quitter l'hôpital. Moi je te dis on est un petit village. Et ce que je n'ai pas dit c'est vraiment le travail en collaboration avec la pénitencière on a deux surveillants dans notre secteur. Ça aussi c'est une spécificité que tu ne retrouves pas ailleurs, moi je dis ça se rapproche vraiment de l'infirmière à domicile. Ya tout un travail en équipe. Bon sauf, le week-end là tes toute seul avec les 800 détenus, ça nous fait quand même une sacrée pression. Faut gérer quoi.

MOI : d'accord alors qu'est ce qui rend complexe une situation de soin ?

IDE : bah déjà dans les situations d'urgence, c'est par exemple sur un arrêt cardiaque tes toute seul avec la pénitencière tas plein de gens qui te regardent avec le détenu il y a une espèce de pression c'est un peu compliqué. Qu'est-ce que tu m'as dit déjà ?

MOI : Moi je parlais sur l'influence de l'histoire de vie de chacun, mais comme tu as précisé que tu faisais la part des choses je l'ai écarté des causes, la structure, l'environnement les surveillants ce sont ces éléments qui complexifient si j'ai bien compris ?

IDE : alors je ne suis pas insensible, ce qui se passe c'est que nous, on n'est pas dans un service de psychiatrie. Quand on voit un arrivant on établit tout un diagnostic, à partir de là ils vont nous raconter leurs motifs d'incarcération, ils ont envie et même besoin de nous raconter. Ils vont parler de leur famille, moi je ne suis pas insensible comme je le disais. Nous aussi, notre rôle c'est de voir s'il n'y a pas un risque suicidaire aussi, surtout sur les premières incarcérations. Qu'est ce qui rend complexe tu veux dire ?

MOI : oui exactement

IDE : alors moi, je ne vois pas trop... c'est peut-être cette difficulté à faire cette évaluation du risque suicidaire, et prendre du recul. (Blanc), le travail avec la pénitenciaire bien sûr ce n'est pas simple mais bon je ne veux pas les incriminer encore une fois.

MOI : oui c'est quand même ce qui vous différencie particulièrement des autres structures

IDE : alors moi, c'est vraiment ce qui me met en difficulté. Je vois bien certains de mes collègues, vont tout de suite appeler les psychiatres et puis y en a qui vont prendre plus de recul. C'est tout ça qu'il faut évaluer.

MOI : c'est vrai que par rapport à l'expérience c'est ça qui a modifié, ta manière d'appréhender les choses ?

IDE : Oui je pense, alors après moi j'ai des collègues qu'ont de l'expérience mais qui sont toujours dans la peur.

MOI : Ah oui...

IDE : Je pense que c'est une question de personnalité. Il y en a qui disent faut pas être jeune pour aller en prison. Moi je ne suis pas d'accord il faut de tout.

MOI : d'accord, c'est vraiment question de personnalité alors. Tu y as déjà un peu répondu tout à l'heure mais as-tu déjà ressenti de la colère de l'injustice face au contexte et qu'à tu mis en place pour gérer ses situations ?

IDE : alors nan, nan moi je connais par leurs vies, je ne sais pas pourquoi ils en sont arrivés là. Moi je n'ai pas à les juger, la société le fait déjà pour eux. Et souvent plus que ce qu'il le faut parfois (rire). Donc moi je ne juge pas c'est clair et net. Ce que je mets en place ?

MOI : oui pour gérer tes émotions ?

IDE : D'accord, je pense que c'est l'expérience déjà mais aussi savoir nos limites. Moi je ne juge pas donc je n'ai pas limites là. Mais je dirais quand même qu'il faut juste bien garder ses distances. Mais attention, j'ai des collègues qui ont du mal, tout ce qui est viol sur enfants attention on ne réagit pas tous pareil.

MOI : Grader ses distances ?

IDE : oui, il faut s'impliquer dans son travail mais pas trop non plus. Quand on rentre le soir, on pense plus à sa journée. Il faut faire la part des choses.

MOI : Il faut avoir une forme de juste distance, alors là j'ai une question qui va te plaire. Est-ce que le travail en détention a changé ta propre personnalité ?

IDE : bah moi c'est ce que je te disais tout à l'heure un peu. Quand je suis arrivée j'avais pleins de perspectives pour les détenus et maintenant que je suis dedans je me rends compte qu'il y a aucune aide, aucune prise en charge. Et quand je les vois revenir je suis très déçue.

MOI : Donc certains profils, vous les voyez revenir souvent en fait ?

IDE : ah oui oula la, y en a je vois tous les ans depuis 10 ans.

MOI : rire, c'est peut-être bête mais pour quels motifs reviennent-ils ?

IDE : ah bah le toxicomane qui ne sort pas de ses galères, euh il y a des gens pour qui la maison c'est ici. Moi y'en à même qui m'appellent par mon prénom, je ne vais pas dire que je suis leur maman mais quand même on a des relations différentes avec certains détenus forcément.

MOI : Un peu de maternage en fait !

IDE : Il y en a certains on sait que quand ils vont sortir ça ne va pas la faire, on le sait ! Il y a un jour où il va taper à la porte il dira je veux retourner en prison.

MOI : ah oui ...

IDE : c'est une réalité mais chaque incarcération est différente.

MOI : d'accord, c'est intéressant parce que ça montre qu'on manque beaucoup de structures sociales.

IDE : ah oui ! on ne manque pas de prison en revanche.

MOI : oui... et du coup j'avais une dernière question qu'est ce qui selon toi est primordiale dans la relation soignant soigné avec un patient détenu ?

IDE : alors ce qui est primordial, c'est l'écoute et puis le non-jugement c'est clair. Moi ya quelque chose où je ne suis pas en accord avec mes collègues, le secteur de psychiatrie a pour habitude d'être très méfiant avec le partage de données donc on n'a pas à avoir accès avec le dossier psychiatrique. Et moi j'ai beaucoup de collègues qui voudraient y avoir accès, et moi je pense qu'on peut soigner le somatique sans avoir les antécédents psychiatriques et l'histoire.

MOI : d'accord

IDE : Et là il y a des infirmières qui sont en guerre parce que le SMPR ne donne pas accès aux dossiers médicaux. Je ne sais pas, si a répondu à ta question.

MOI : Si, c'était vraiment sur ...

IDE : pour moi la confiance est primordiale, et quand quelqu'un me dit quelque chose je pense qu'il ne faut pas le répéter

MOI : tout à fait c'est vraiment le secret professionnel même le secret médical là

IDE : ici, beaucoup de soignants jouent sur le fait qu'on doit prendre le patient dans sa globalité. Mais ici, on n'est en prison on ne doit pas tout savoir non plus et il faut qu'il y ait cette espèce de secret.

MOI : donc si j'ai bien compris, c'est une manière de se protéger tout en préservant l'intimité et le secret de ce qui confié lors des entretiens avec les psychiatres.

IDE : exactement, donc moi la confiance elle part par ça. Par aussi le fait qu'il y ait cette espèce de confidentialité, tout ce qui est entendu, su, surtout en prison on peut vite être dans le jugement on doit être très vigilant

MOI : oui c'est très juste... bon eh bien tu as extrêmement bien répondu aux questions ça m'a même permis d'apprendre des éléments auxquels je n'aurais pas pensé.

IDE : Avec plaisir, vraiment c'est important de voir tout ce qui se passe dans les prisons il y a tellement de la mauvaise pub ! j'aimerais bien le lire en tout cas.

MOI : eh bien avec plaisir je te le transmettrai, merci encore et bon courage pour ta journée.

IDE : Parfait, merci mathilda.

Annexe III – Retranscription entretien 2 : IDE de la Maion d'Arrêt de Fleury-Mérogis

Durée : 25 min

MOI : Bonjour, je suis mathilda enchantée de vous rencontrer j'espère que vous allez bien ?

IDE : Salut ! oui ça va très bien merci !

MOI : Alors du coup, je voulais connaître quel était ton parcours professionnel, et l'année de ton diplôme ?

IDE : Alors je suis une jeune diplômée de 2021. Depuis mon début de diplôme j'ai fait de l'intérim donc j'ai fait pas mal de services mais sur des courtes durées. Ça m'a permis d'avoir des baguages dans pas mal de domaines différents. Du coup, j'ai commencé à travailler en USLD, ensuite j'ai fait de la chirurgie ORL il y avait de l'ortho aussi, ensuite je suis allée travailler en ehpad pour faire des remplacements c'était dans le privé c'était très bien. Puis j'ai travaillé en hépato gastro et puis là je suis à la maison d'arrêt de Fleury depuis 3 mois.

MOI : Pourquoi passer de tous ces services somatiques, à de l'hospitalisation sécurisée ?

IDE : Parce que je me suis très vite rendu compte que les services de santé normaux ce n'est pas trop mon truc, ce qui me plaît beaucoup dans les soins c'est la relation avec les autres sachant que les personnes sont de détention c'est assez particulier comme relation. Mais de base comme je voulais découvrir la psychiatrie, ça m'intéressait beaucoup de voir cette facette là aussi. Comment les patients sont aussi, comment nous on est aussi face à eux. C'est vrai que c'est particulier comme milieu. C'était vraiment dans cette optique là et aussi pour la diversité des soins qu'on y rencontre.

MOI : Quelles sont tes principales missions en détention ?

IDE : alors déjà, je dirais que les consultations d'accueil sont les principales missions. On montre que nous sommes là en cas de besoin, on fait un bilan de leur état général. Après on fait beaucoup d'actions concernant la prévention, ici à Fleury on travaille beaucoup avec les tabacologues. Après nos missions, je dirais que c'est d'assurer une continuité de leurs soins comme ils pouvaient le faire à leur domicile.

MOI : Qu'est ce qui fait pour toi la particularité du travail en détention ?

IDE : En détention c'est vraiment très particulier ce sont des horaires de journées ou chaque poste à son organisation. Il y en a un qui fait le soin qui sont prévus, l'autre ou tu gères les entrés. En fait, ça ressemble plus à des soins de villes qu'à des soins hospitaliers. C'est ça qui est très particulier et

surtout la quantité de patients qui il y a (rire), il y a quand même 3600 détenus tu ne peux pas tous les connaître ! donc forcément le suivi infirmier est un peu biaisé, donc tu ne peux pas savoir ce qu'ils ont tous. Donc, ça rajoute des particularités.

MOI : Oui je ne pensais pas qu'il y avait autant de détenu, c'est impressionnant. Du coup je vais rebondir, en quoi prendre en charge un patient incarcéré est-ce différent d'un prendre soin d'un patient lambda ?

IDE : déjà il y a tout le côté pénitencier qui est tout le temps avec nous, et puis comment dire en tant que soignants on est pas censé savoir pourquoi les personnes sont incarcérées, sauf que c'est pas toujours le cas... j'avais un patient très âgée qui venait tous les jours à l'unité sanitaire pour recevoir des soins et son procès était public donc on savait pourquoi il était là et c'était pas très léger quoi... du coup, une fois que tu vois ton patient face à toi tu pourrais avoir peur, mais tu te sens assez en sécurité d'être dans cette petite pièce médicale. Je sais que dans les cellules je ne serais pas du tout autant à l'aise je ne sais pas si tu vois ce que je veux dire.

MOI : Si si, en fait le côté soin te rassure et tu en oublies un peu que ce sont des détenus.

IDE : et même je dirais que ça permet de te détacher, tu sais que la personne ce n'est pas bien ce qu'elle a fait. Ce sont des détenus mais ici ça reste des patients avant tout. Le fait d'être dans un milieu de soin, c'est plus facile de se détacher de tout ça. Même si voilà quand tu regardes par la fenêtre il y a des barreaux ça te rappelle bien que tu es en prison. Et parfois c'est le fait d'avoir un surveillant qui te regarde ça joue dans la relation avec tes patients.

MOI : Du coup en un mot si tu devais qualifier la relation soignant soigné en détention tu dirais quoi ?

IDE : attends je réfléchis ! j'ai que le mot spécial qui le vient en tête (rire) ! c'est spécial c'est même authentique

MOI : aha très juste

IDE : après du côté des patients ils se livrent plus en détention qu'à l'hôpital. Pour en revenir sur leurs motifs d'incarcération, ils me le disent presque tous, et toi tu te dis ah oui quand même.

MOI : après c'est leur quotidien aussi ils l'expriment de manière presque lambda

IDE : oui et on fait partie intégrante de leur séjour donc c'est aussi notre rôle

MOI : alors, selon toi quels sont les facteurs qui influencent la relation de soin en milieu carcéral ? qu'est-ce qui a été compliqué pour toi ?

IDE : La non-disponibilité de tous les acteurs quand on est dans un service et qu'on veut rencontrer le médecin, ou l'oncologue c'est plutôt simple ici on est en prison tout est plus long ! donc quelquefois tu es bloquée car le médecin d'astreinte n'est pas là ou pas disponible. Après ce qui complexifie c'est aussi la présence des surveillants, parfois certains détenus on 7 ou 8 surveillants autour, niveau relation tu ne peux pas aller très loin. Tout ce que tu fais tout ce que tu dis, c'est surveiller par 8

autres personnes, et au moindre écart tes remis à ta place tu te sens très vite jugée. Tu as l'impression qu'on juge tous tes soins et c'est difficile de se sentir, digne de sa profession face aux patients car tu sais que le plus important ce ne sont pas les soins que tu es en train de faire mais toute la surveillance qui est faite autour.

MOI : on peut dire que tu te sens trop surveillée, on va dire par ses gardes là ?

IDE : Parfois non, après c'est normal ! après c'est ça aussi, les patients qui sont incarcérés depuis longtemps tu commences à avoir une autre relation.

MOI : oui je vois, forcément tu crées d'autres liens. Je vais enchaîner sur une autre question, est-ce que ça tes arrivées de te sentir envahi par certaines émotions et dans quels contextes ça a pu naitre tout ça ?

IDE : oui, alors c'est tout récent. Ya un patient qui est arrivée, il est jeune et musulman. Il m'a tout de suite dit qu'il était marié et qu'il avait deux petites filles. En fait c'est la façon dont il me disait tout ça, tu sentais qu'il y avait plein d'amour, et puis il m'a montré des photos de ses petites filles. Il était extrêmement respectueux, et tout en faisant son entrée, j'ai vue qu'on avait le même âge. Et donc là vraiment, c'était plus de la projection, tu imagines si j'avais des enfants, et que je me retrouvais en tôle et que tout ce que j'avais ce sont des photos d'elles. Les enfants étaient vraiment bébés sur les photos.

MOI : un jeune papa quoi...

IDE : oui, il n'était même pas là pour voir ses filles grandir en fait. Et ça vraiment, j'ai trouvé ça dure.

MOI : tu as fait comme un transfert, du fait du même âge ?

IDE : exactement, en fait comme on avait le même âge. Et puis il y a des gens quand tu les regarde, tu discutes avec eux, tu te dis mais comment il a fini en prison. Et lui c'était exactement ce cas-là.

MOI : tu n'arrivais pas à le voir avec du jugement avec son jeune âge, et tout le respect qu'il avait.

IDE : J'ai été et je suis confrontée ici a beaucoup d'humanité, je n'aurais pas pensé ressentir ça au vu du contexte de la prison et des représentations que j'en avais.

MOI : Qu'est-ce que tu mets en place comme mécanisme de défense pour gérer ses émotions ?

IDE : Beaucoup le déni de mes émotions, en fait c'est souvent dans les soins que je me focalise sur ce que je fais. Exemple, lorsque je fais une glycémie je pense qu'à la glycémie, je suis concentrée, même si le patient me parle je reste tout de même assez focalisée sur mon soin. En revanche, j'ai besoin de beaucoup discuter avec l'équipe. Dès qu'il y a un truc qui me marque, j'en parle à l'équipe et j'extériorise. Il ne faut pas repartir chez soi, en pesant a sa journée en prison, je trouve qu'il n'y a rien de pire.

MOI : d'accord...

IDE : c'est vrai qu'au début je laissais mes émotions de côtés... je ne voulais pas trop y penser.

MOI : très bien donc le déni !

IDE : et même quelquefois, j'ai remarqué que les détenus se plaignent plus à nous. Comme ils nous racontent leurs histoires, ils nous racontent aussi leur colère. Ils ne s'en prennent pas à nous mais à leur situation en fait.

MOI : contre leur solitude aussi

IDE : c'est ça

MOI : du coup là c'est vraiment la dernière question, repense à tes débuts et maintenant est ce que tu peux dire que tu appréhende différemment les situations ? est-ce que ta pratique à évoluer si oui comment ?

IDE : oui forcément ! déjà le fait, d'être en prison au début quand je suis arrivée j'ai volontairement banalisé le cadre. Je pense qu'émotionnellement ça faisait trop à gérer. Je ne voulais pas vraiment voir que j'étais réellement en prison.

MOI : on rejoint le déni de tout à l'heure ?

IDE : oui, je peux le dire aujourd'hui je fais de pas avoir de l'expérience dans un tel milieu, j'ai été submergé d'émotions et je n'arrivais pas à les gérer. Tout était nouveau et m'impressionnait, surtout les situations de violence. Aujourd'hui, le fait de parler avec les équipes, ça a complètement changé ma manière de travailler. Les infirmiers qui ont de la bouteille (rire), m'aident beaucoup à prendre du recul et a ne pas rester avec mes peurs.

MOI : donc l'expérience a du bon dans un tel endroit comme tu dis ?

IDE : Oui, on devient pas une infirmière de prison du jour au lendemain ça c'est sûr !

MOI : bon on arrive à la fin tu as répondu à toutes mes questions, et je te remercie car tu m'as apporté des éléments vraiment inattendus !

IDE : eh bien de rien, j'espère que j'ai répondu à toutes tes questions

MOI : si c'était parfait ! eh bien bon courage je te souhaite une très belle journée !

IDE : bonne journée à toi aussi !

Annexe IV – Analyse descriptive : tableau

Objectif : Identifier les missions de l'IDE en détention

Question : Quelles sont vos principales missions au sein de cette unité carcérale ?

Soins Préventifs	Surveillance des pathologies chroniques	-patients diabétiques -surveillance d'un point de vue cardiologique
------------------	---	--

		-assurer une continuité des soins comme ils pouvaient le faire à leur domicile
	Education à la santé	-dimension très importante, c'est la santé publique -l'éducation à la santé aussi -on fait beaucoup d'actions concernant la prévention
Soins curatifs	Consultations	-on fait de la consultation ils écrivent donc des courriers et après nous on voit avec les médecins -ce n'est pas de la consultation médicale, cependant le médecin peut être là si on en trouve le besoin. -consultation d'accueil sont les principales missions -réaliser des soins programmés
	Délivrance des traitements	-On donne des médicaments, mais sans prescription.
Soins relationnel	Accueil	-on va accueillir tous les arrivants, on les voit systématiquement -on fait un bilan de leur état général

	Instauration d'une relation de confiance	<p>-on va expliquer notre rôle sachant que nous on ne fait pas partie de la pénitenciaire, on est précis là-dessus pour les mettre en confiance</p> <p>-ce qui est dit chez nous n'est pas répété à la pénitenciaire</p>
--	--	--

Objectif : Caractériser la particularité du travail en détention ?

Selon vous qu'est ce qui fait la particularité du travail en détention

Les dispositifs de soins	Soins de ville	<p>-ça ressemble plus à des soins de ville</p> <p>-comme une infirmière à domicile</p> <p>-les pathologies sont les mêmes qu'à domicile encore une fois</p> <p>- On est tranquille, on n'a pas cadre ça peut être intéressant pour les personnes qui veulent quitter l'hôpital</p>
	Lieu de vie	<p>-moi je dis souvent ce ne sont pas des malades, c'est vraiment comme un lieu de vie</p> <p>- Moi je te dis on est un petit village</p> <p>-ce n'est pas un hôpital rien à voir</p>

	Une hiérarchie à part entière	-on est tranquille, on n'a pas de cadre ça peut être intéressant pour des personnes qui veulent quitter l'hôpital
La population	Nombre de détenu important	-la quantité de patient -il y a quand même 3600 détenus - Bon sauf, le week-end là tes toute seul avec les 800 détenus, ça nous fait quand même une sacrée pression
	Mixité du public accueilli	-principalement une population jeune -dans la globalité ça reste assez varié -on a quelques personnes âgées
	Suivi difficile	-donc forcément le suivi infirmier est un peu biaisé -on a pas mal de patients avec des troubles psychiatriques, il y a des personnes qui chez nous qui n'ont pas du tout leur place ici -bon sauf le week-end là t'est toute seul avec les 800 détenus, ça nous fait quand même une sacrée pression faut gérer quoi
Des capacités relationnelles particulières	Ce que représente le fait d'être en prison	-le fait d'être en prisons ça n'influence pas du tout ma prise en charge

		- Après on arrive toujours, à savoir parfois c'est médiatisé, ou les détenus nous le disent ou les surveillants mais moi ça ne change rien
	Le non-jugement	- mais je pense que ça nous modifie quand même, notre perception des choses -Moi je n'ai pas à les juger, la société le fait déjà pour eux. Et souvent plus que ce qu'il le faut parfois (rire). Donc moi je ne juge pas c'est clair et nette
Une étroite cohabitation	Une collaboration avec la pénitentiaire	-c'est vraiment ce travail en collaboration avec la pénitentiaire, on a deux surveillants dans notre secteur ça c'est une spécificité que tu ne retrouves pas ailleurs

Objectif : Différencier un soin dans un service classique d'un soin en milieu carcéral

En quoi le prendre soin d'un patient incarcéré est-il différent du prendre soin d'un patient lambda ?

L'institution	L'hyper sécurisation des lieux	-Et ce que je n'ai pas dit c'est vraiment le travail en collaboration avec la pénitentiaire on a deux surveillants dans notre secteur. Ça aussi c'est une spécificité que tu ne retrouves pas ailleurs
---------------	--------------------------------	--

	L'omniprésence de la pénitentiaire	<p>- c'est par exemple sur un arrêt cardiaque tes toute seul avec la pénitentiaire tas plein de gens qui te regardent avec le détenu il y une espèce de pression c'est un peu compliqué</p> <p>-et parfois c'est le fait d'avoir un surveillant qui te regarde ça joue dans la relation avec les détenus</p> <p>-ça dépend, ça peu mais ça peut aussi les canaliser. C'est vraiment aléatoire, certains surveillants sont très bienveillants avec les détenus et inversement.</p>
L'éthique	Médiatisation des faits judiciaires	<p>- Après on arrive toujours, à savoir parfois c'est médiatisé, ou les détenus nous le disent ou les surveillants mais moi ça ne change rien</p> <p>-j'avais un patient très âgé qui venait tous les jours à l'unité sanitaire pour recevoir des soins et son procès était public donc on savait pourquoi il était là et c'était pas très léger.</p>
	Le non secret des motifs d'incarcération	<p>- là ils vont nous raconter leurs motifs d'incarcération, ils ont envie et même besoin de nous raconter</p>

		<p>-en tant que soignant on n'est pas censé savoir pourquoi les personnes sont incarcérées sauf que c'est pas toujours le cas</p>
	<p>Divulgateion du secret médical</p>	<p>- c'est par exemple sur un arrêt cardiaque tes toute seul avec la pénitenciaire tas plein de gens qui te regardent avec le détenu il y a une espèce de pression c'est un peu compliqué</p> <p>-Moi il y a quelque chose où je ne suis pas en accord avec mes collègues, le secteur de psychiatrie a pour habitude d'être très méfiant avec le partage de données donc on n'a pas à avoir accès avec le dossier psychiatrique. Et moi J'ai beaucoup de collègues qui voudraient y avoir accès, et moi je pense qu'on peut soigner le somatique sans avoir les antécédents psychiatriques et l'histoire.</p> <p>- moi la confiance elle part par ça. Par aussi le fait qu'il y ait cette espèce de confidentialité, tout ce qui est entendu, su, surtout en prison on peut vite être dans le</p>

		<p>jugement on doit être très très vigilant</p> <p>-Ici, beaucoup de soignants jouent sur le fait qu'on doit prendre le patient dans sa globalité. Mais ici, on n'est en prison on ne doit pas tout savoir non plus et il faut qu'il y ait cette espèce de secret</p>
L'environnement	La place des soins	<p>-tu te sens assez en sécurité d'être dans cette pièce médicale</p> <p>-ce sont des détenus mais ici ça reste des patients avant tout, le fait d'être dans un milieu de soin, c'est plus facile de se détacher de tout ça.</p>
	Les dispositifs de sécurité dans les soins	<p>-même si quand tu regardes par la fenêtre il y a des barreaux ça te rappelle bien que tu es en prison.</p>

Objectif : Caractériser la complexité de la relation soignant soigné en détention

Selon vous quels sont les facteurs qui impactent la relation soignant /soigné en milieu carcéral ?

Les pathologies rencontrées	Les maladies psychiatriques	<p>-c'est qu'on a beaucoup de polytoxicomane. Des personnes qui prennent des risques en fait</p> <p>-c'est vrai qu'il y a pas mal de patient avec des troubles psychiatrique, il y a des</p>
-----------------------------	-----------------------------	--

		<p>personnes qui arrivent chez nous qui n'ont pas du tout leur place ici, on a des schizophrènes etc...</p> <p>-Les toxicomanes, des gens qui sont toujours dans la demande médicaments</p> <p>-Nous aussi, notre rôle c'est de voir s'il n'y a pas un risque suicidaire aussi, surtout sur les premières incarcération</p>
	Les situations d'urgence	<p>- On n'a pas les mêmes priorités, (rire). C'est vrai que si un patient fait un arrêt cardiaque et que la pénitenciaire n'est pas là, on ne peut pas intervenir</p>
La collaboration entre soignants	Non disponibilité des acteurs	<p>-la non-disponibilité de tous les acteurs quand on est dans un service de soin et qu'on veut rencontrer le médecin ou l'oncologue c'est plutôt simple ici on est en prison tout est plus long, des fois tu es bloquée car le médecin d'astreinte n'est pas là ou pas disponible</p>
	La divergence des points de vue au sein des équipes	<p>-alors moi, c'est vraiment ce qui me met en difficulté. Je vois bien certains de mes collègues, vont tout de suite appeler les psychiatres et puis y en a qui vont prendre plus de recul</p>

		<p>-Moi il y a quelque chose où je ne suis pas en accord avec mes collègues, le secteur de psychiatrie a pour habitude d'être très méfiant avec le partage de données donc on n'a pas à avoir accès avec le dossier psychiatrique. Et moi J'ai beaucoup de collègues qui voudraient y avoir accès, et moi je pense qu'on peut soigner le somatique sans avoir les antécédents psychiatriques et l'histoire.</p>
Le poids de l'institution	Présence des surveillants	<p>- Leurs priorités c'est vraiment la sécurité.</p> <p>- le travail avec la pénitenciaire bien sûr ce n'est pas simple</p> <p>-et parfois c'est le fait d'avoir un surveillant qui te regarde ça joue dans les relations avec les patients</p> <p>-ce qui complexifie c'est aussi la présence des surveillants des fois certains détenus on 7 ou 8 surveillants au tour niveau relation tu ne peux pas aller très loin.</p>
	Sentiment d'être jugé	<p>-tout ce que tu fais, tout ce que tu dis, c'est surveiller par 8 autres personnes et au</p>

		<p>moindre écart tes remis à ta place tu te sens très vite jugée.</p> <p>-tas l'impression qu'on juge tous tes soins, c'est difficile de sentir digne de sa profession face aux patients car tu sais que le plus important c'est pas les soins que tu es en train de faire mais toute la surveillance qu'il y a autour.</p>
	L'instauration du secret dans toutes ses dimensions	-pour moi la confiance est primordiale, et quand quelqu'un me dit quelque chose je pense qu'il ne faut pas le répéter
Situations de soins complexes	Le suicide en prison	-c'est peut-être cette difficulté à faire cette évaluation du risque suicidaire, et prendre du recul

Objectif : Qualifier en un mot la relation soignant soigné en milieu carcéral

Si vous deviez qualifier en un mot la relation soignant /soigné en milieu carcéral, quel serait-il ?

Unique	En un mot je dirais unique, c'est vrai que je n'avais jamais vécu des choses aussi fortes
Spécial	J'ai que le mot spécial qui me vient en tête, c'est spécial c'est même authentique.

Objectif : identifier la place des émotions dans cette relation soignant /soigné

Vous arrive t il de vous sentir envahi par des émotions dans cette relation soignant /soigné ?

L'émergence de certaines émotions	Une violence qui dérange	<p>-En revanche, ou vraiment je ne suis pas bien, c'est quand il y a de la violence dans le service, ça peut arriver que, les surveillants soient amenés avoir des comportements de violence</p> <p>- Quand ils arrivent avec un détenu qui est menotté, qui hurle, moi clairement je m'affirme en tant que soignant. Moi quand ils sont dans nos murs, je ne supporte pas de voir ça.</p> <p>-Tout était nouveau et m'impressionnait, surtout les situations de violence.</p>
	Sentiment d'injustice	-exactement, en fait comme on avait le même âge. Et puis il y a des gens quand tu les regarde, tu discutes avec eux, tu te dis mais comment il a fini en prison. Et lui c'était exactement ce cas-là
	La peur	-Oui je pense, alors après moi j'ai des collègues qu'ont de l'expérience mais qui sont toujours dans la peur.
Juste distance complexe	Relation de maternage	-Moi yen à même qui m'appellent par mon prénom, je ne vais pas dire que je suis leur maman mais quand même

		<p>on a des relations différentes avec certains détenus forcément</p>
	<p>Projection</p>	<p>-j'ai vu qu'on avait le même âge et donc c'était plus de la projection tu imagines si j'avais des enfants et que je me retrouvais en tôle et que tout ce que j'avais c'est des photos</p>
	<p>L'humanité des prisons</p>	<p>-Quand on voit un arrivant on établit tout un diagnostic, a partir de là ils vont nous raconter leurs motifs d'incarcération, ils ont envie et même besoin de nous raconter. Ils vont parler de leur famille, moi je ne suis pas insensible comme je le disais. -En fait c'est la façon dont il me disait tout ça, tu sentais qu'il y avait plein d'amour, et puis il m'a montré des photos de ses petites filles. Il était extrêmement respectueux, et tout en faisant son entrée, j'ai vue qu'on avait le même âge -J'ai été et je suis confrontée ici a beaucoup d'humanité, je n'aurais pas pensé ressentir ça au vu du contexte de la prison et des représentations que j'en avais</p>

		<p>-j'ai remarqué que les détenus se plaignent plus à nous. Comme ils nous racontent leurs histoires, ils nous racontent aussi leur colère. Ils ne s'en prennent pas à nous mais à leur situation en fait.</p> <p>-Quand on voit un arrivant on établit tout un diagnostic, a partir de là ils vont nous raconter leurs motifs d'incarcération, ils ont envie et même besoin de nous raconter. Ils vont parler de leur famille, moi je ne suis pas insensible comme je le disais</p>
--	--	--

Objectif : Identifier les mécanismes mis en œuvre dans la gestion des émotions en unité carcéral
Que mettez-vous en œuvre pour gérer ces émotions ?

Mécanisme de protection	Déni	<p>-Beaucoup le déni de mes émotions, en fait c'est souvent dans les soins que je me focalise sur ce que je fais. Exemple, lorsque je fais une glycémie je pense qu'à la glycémie, je suis concentrée, même si le patient me parle je reste tout de même assez focalisée sur mon soin</p>
	Concentrée sur les soins	<p>-Exemple, lorsque je fais une glycémie je pense qu'à la glycémie, je suis concentrée,</p>

		même si le patient me parle je reste tout de même assez focalisée sur mon soin
Prendre du recul	Communication avec l'équipe	-Cependant, j'ai besoin de beaucoup discuter avec l'équipe. Dès qu'il y a un truc qui me marque, j'en parle à l'équipe et j'extériorise. Il ne faut pas repartir chez soi, en pesant a sa journée en prison, je trouve qu'il n'y a rien de pire
	Juste distance	-Mais je dirais quand même qu'il faut juste bien garder ses distances. -il faut s'impliquer dans son travail mais pas trop non plus. Quand on rentre le soir, on pense plus à sa journée. Il faut faire la part des choses -Ici, beaucoup de soignants jouent sur le fait qu'on doit prendre le patient dans sa globalité. Mais ici, on n'est en prison on ne doit pas tout savoir non plus et il faut qu'il y ait cette espèce de secret
Perception	Voir le détenu dans sa globalité	- le fait d'être en prisons ça n'influence pas du tout ma prise en charge -Moi je n'ai pas à les juger, la société le fait déjà pour eux. Et souvent plus que ce qu'il le

		<p>faut des fois (rire). Donc moi je ne juge pas c'est clair et nette</p> <p>--par rapport à leurs histoires je n'ai pas de souci avec ça</p> <p>-Pour moi c'est des humains, comme un autre il a déjà été jugé je n'ai pas à le rejurer</p> <p>-Moi je juge pas donc j'ai pas de limites</p>
	Faire la part des choses	<p>-Moi je suis comme ça, pour moi, le fait d'être en prisons ça n'influence pas du tout ma prise en charge, moi ça fait 11 ans que je suis ici quel que soit ce qu'ils ont fait je fais vraiment la part des choses</p>
	Les capacités relationnelles	<p>-Je pense que c'est une question de personnalité. Yen a qui dise faut pas être jeune pour aller en prison. Moi je ne suis pas d'accord il faut de tout</p> <p>-Mais attention, j'ai des collègues qui ont du mal, tout ce qui es viol sur enfants attention on ne réagit pas tous pareil.</p>

Objectif : Identifier l'influence de l'expérience sur l'exercice professionnel. Et plus spécifiquement en milieu carcéral ?

Objectif : Diriez-vous qu'aujourd'hui vous gérez ces situations différemment qu'au début de votre exercice professionnel en milieu carcéral ? A quels niveaux ?

L'expérience comme outil	Maturité professionnelle	<p>- C'est des personnes particulières on peut dire, il faut un petit peu d'expérience pour comprendre toutes les subtilités</p> <p>-Oui, on devient pas une infirmière de prison du jour au lendemain ça c'est sûr !</p> <p>-mais je pense que ça nous modifie quand même, notre perception des choses</p> <p>-alors ce qui est primordial, c'est l'écoute et puis le non-jugement c'est clair</p> <p>-alors moi, c'est vraiment ce qui me met en difficulté. Je vois bien certains de mes collègues, vont tout de suite appeler les psychiatres et puis il y en a qui vont prendre plus de recul</p>
	Un temps d'adaptation	<p>-C'est vrai qu'il y a un temps d'adaptation vraiment</p> <p>c'est vrai qu'au début je laissais mes émotions de côté... je ne voulais pas trop y penser.</p> <p>-oui forcément ! déjà le fait, d'être en prison au début quand je suis arrivée j'ai</p>

		volontairement banalisé le cadre. Je pense qu'émotionnellement ça faisait trop à gérer. Je ne voulais pas vraiment voir que j'étais réellement en prison
l'expérience n'est pas la seule clé	Changer d'institution quand il le faut	-mais je pense que 10 ans c'est bien après moi je reste là je suis en fin de carrière et j'adore mais il faut changer
	Connaissance de ses limites	-que c'est l'expérience déjà mais aussi savoir nos limites
	Meilleure gestion des émotions	-oui, je peux le dire aujourd'hui le fais de pas avoir de l'expérience dans un tel milieu, j'ai été submergé d'émotions et je n'arrivais pas à les gérer
	Propre à sa personnalité	-Je pense que c'est une question de personnalité. Yen a qui dise faut pas être jeune pour aller en prison. Moi je ne suis pas d'accord il faut de tout -Mais attention, j'ai des collègues qui ont du mal, tout ce qui es viol sur enfants attention on ne réagit pas tous pareil.

NOM : MARCEL
PRENOM : Mathilda
TITRE DU MEMOIRE : Entre complexité et émotions, la prise en soin d'un détenu implique-t-elle une double peine ?
<p>We often talk about taking care of patients, however, we talk very little about taking care of prisoners. Thanks to the different experiences I had during my internship, as well as my intellectual curiosity, I tried to understand to what extent the professional experience would impact the capacity of the nurse to tame the complexity of the caregiver-caretaker relationship in a prison environment ?</p> <p>I then carried out research on authors who were familiar with these different notions : prison environment, caregiver-caretaker relationship, complexity of a situation, emotions and influence of experience. Indeed, taking care and the relationship that follows are essential values to our profession and have all their meaning in prison. I conducted interviews with two nurses. The interest was to identify the elaboration of the care in prison, as well as the complexity that can result from it. I also wanted to understand the place of emotions in such a particular universe and the mechanisms that the caregivers had in place. Finally, it was necessary for me to understand the influence of the experience on the practice in prison. In the course of this work, it made me emerge questions that led me to a reflection around the different links between the notions.</p>
<p>On parle souvent de prendre soin avec les patients, cependant, on parle très peu de prendre soin avec des détenus. Grâce aux différentes expériences que j'ai eu en stage, ainsi que ma curiosité intellectuelle, j'ai cherché à comprendre dans quelle mesure l'expérience professionnelle impacterait-elle la capacité de l'IDE à apprivoiser la complexité de la relation soignant/ soigné en milieu carcéral ?</p> <p>J'ai alors effectué des recherches sur des auteurs étant familiers à ces différentes notions : milieu carcéral, relation soignant soigné, complexité d'une situation, émotions et influence de l'expérience. En effet, le prendre soin ainsi que la relation qui en découle sont des valeurs essentielles à notre profession et ont tout leur sens en prison. J'ai été amené à réaliser des entretiens auprès de deux infirmières. L'intérêt était d'identifier l'élaboration du prendre soin en prison, ainsi que la complexité pouvant en découler. J'ai également voulu comprendre, la place des émotions dans un univers si particulier et les mécanismes que les soignants m'étaient en place. Enfin, il m'était nécessaire de comprendre l'influence de l'expérience sur la pratique en prison. Au cours de ce travail, cela m'a fait émerger des questionnements qui m'ont mené à une réflexion autour des différents liens entre les notions.</p>
<p>MOTS CLES : Prison environment, caregiver-caretaker relationship , complex situation, emotions, influence of the experience.</p>
<p>MOTS CLES : Milieu carcéral, relation soignant soigné, complexité d'une situation, émotions, influence de l'expérience.</p>
<p>INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :</p> <p>Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes</p>
<p>TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2019 2022</p>

