



Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes  
2, rue Henri le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

*Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers*

**En psychiatrie :  
Patient-détenu ou Détenu-patient**

SOMAT Solen  
Formation Infirmière  
Promotion 2017-2020





**PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE**

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

**Diplôme d'État d'Infirmier(e)**

**Travaux de fin d'études :**

En psychiatrie :  
Patient-détenu ou Détenu-patient

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'état d'Infirmier(e) 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 07/05/2020**

**Signature de l'étudiant :**

**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<sup>er</sup> : 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

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>Cadre Conceptuel</b>	<b>4</b>
1. Le patient détenu : à la recherche d'un statut	4
1.1 Le statut du prisonnier en milieu carcéral : différence entre prévenu et détenu	4
1.2 Le statut du détenu en service de psychiatrie	5
1.2.1 La psychiatrie	5
1.2.2 Hospitalisation des détenus en psychiatrie	6
1.2.3 Confidentialité des informations	6
1.3 Les patients détenus sont l'objet de représentations sociales	7
1.3.1 Qu'est ce qu'une représentation sociale ?	7
1.3.2 Développement d'une représentation sociale	7
1.3.3 Conséquences des représentations sociales	8
1.3.3.1 La stigmatisation	8
1.3.3.2. La discrimination	9
1.3.3.3 Infrahumanisation et déshumanisation	9
1.3.4 Représentations sociales du milieu carcéral	10
2. Impacts de la connaissance des antécédents judiciaires sur le prendre soin	11
2.1 Impact émotionnel de la connaissance des antécédents judiciaires	11
2.2 Le prendre soin, l'expression d'un cadre éthique et déontologique	12
2.2.1 Le prendre soin	12
2.2.2 Le cadre éthique	12
2.2.3 Le cadre déontologique	13
2.3 L'impact de l'activité transférentielle sur l'activité du prendre soin infirmier	13
2.3.1 Le transfert	13
2.3.2 Le contre transfert	14
<b>Méthodologie du recueil de données</b>	<b>16</b>
<b>Analyse descriptive</b>	<b>18</b>
<b>Discussion</b>	<b>22</b>
<b>Conclusion</b>	<b>27</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>29</b>
<b>Tableau des annexes</b>	<b>32</b>

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout particulièrement :

### **Erwan Masson**

Cadre de santé formateur à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers pour ses conseils, son écoute et le temps qu'il m'a consacré tout au long de la réalisation de ce travail de fin d'études,

### **Béatrice Cherel**

Cadre de santé formatrice à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, ma référente pédagogique, qui m'a guidée sur le chemin de ma construction professionnelle, pour son soutien et les conseils qu'elle a pu m'apporter durant ces trois années de formation,

### **L'ensemble des formateurs de l'IFSI**

Pour leur bienveillance, et la transmission de leurs savoirs et expériences.

### **Les infirmiers auprès de qui j'ai réalisé l'enquête**

Merci d'avoir accepté de prendre du temps pour partager votre quotidien professionnel et d'avoir répondu à mes questions.

### **L'ensemble des professionnels rencontrés lors de mes différents stages**

Qui m'ont permis de devenir l'infirmière que je serai au lendemain de mon diplôme.

### **Mes amies rencontrées à l'IFSI : Alexine, Léonie et Louise**

Pour leur soutien, pour notre entraide, leur bonne humeur et tous les instants que nous avons partagés durant ces trois années.

### **Mes amis et ma famille**

Je tiens tout particulièrement à remercier ma famille qui a toujours été présente pour m'aider à franchir chaque étape. Pour son soutien et son écoute depuis le début de ma formation.

## Introduction

Dans le cadre de ma troisième année de formation, je suis amenée à réaliser un travail de recherche appelé Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI). Ce travail, qui est l'aboutissement de trois années de formation, participe à l'élaboration de ma construction professionnelle. Au cours de ces trois années de formation, j'ai pu, grâce, aux apports théoriques, aux stages réalisés dans différents établissements de santé et établissements médico-sociaux, développer des compétences et un esprit réflexif sur ma posture soignante et mon identité professionnelle. Je me suis souvent questionnée afin d'améliorer mes pratiques professionnelles. Certaines situations vécues en stage m'ont intéressées, interpellées et interrogées. Plus particulièrement, celles rencontrées lors du prendre soin de patients détenus hospitalisés en psychiatrie. Ce sujet m'a intéressé tout au long de mon stage en unité d'admission de psychiatrie : lieu de stage qui m'a particulièrement marquée et questionnée quant aux comportements à adopter dans ces situations. Enfin, ce sujet enrichit utilement mes perspectives et mes compétences professionnelles puisque j'ai pour projet professionnel de travailler en psychiatrie. C'est pourquoi, effectuer un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers sur ce sujet me semble participer grandement à la construction de mon identité professionnelle. En effectuant ce travail, je souhaite prendre conscience des différentes représentations qui peuvent impacter le prendre soin infirmier. Selon moi, il est déterminant que le soignant fasse preuve de non-jugement envers chaque patient qu'il prend en soin. Il est important de prendre en soin chaque patient avec la même attention et qualité, tout en adaptant son prendre soin au patient et à son histoire de vie. Ce travail de recherche a pour but de comprendre pourquoi ce principe professionnel essentiel est quelquefois difficile à tenir.

La description, en premier lieu, d'une situation d'appel vécue lors de mon stage en unité d'admission de psychiatrie, et l'énoncé des questions qui en ont découlé, me permettront d'exposer mon cadre conceptuel construit en prenant en compte les travaux de plusieurs auteurs. Je présenterai ensuite la méthodologie choisie pour mon recueil de données et l'analyse des entretiens réalisés auprès de deux professionnels soignants. Enfin, je construirai la discussion, au croisement des apports théoriques des auteurs, de l'analyse des entretiens et de mes questionnements.

La situation d'appel que je souhaite exposer, se déroule lors de mon stage de semestre cinq en service de santé mentale. J'ai pu lors de cette expérience, rencontrer des

patients atteints de différentes pathologies comme par exemple, la schizophrénie ou la bipolarité. Dans ce service, la plupart des patients sont hospitalisés sous contrainte : à la demande d'un tiers (SDT) ou bien à la demande d'un représentant de l'état (SDRE). Au cours de la sixième semaine de mon stage, une patiente est admise dans le service en chambre de soins intensifs aussi appelée chambre d'apaisement. Cette patiente a 17 ans et vient du Centre pénitentiaire pour femmes de Rennes où elle est incarcérée dans le quartier pour mineurs. Elle est admise ce jour dans le service en Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) pour tentative de suicide par strangulation dans sa cellule et en ayant voulu boire la solution hydro-alcoolique présente dans le bureau médical. Lors des transmissions, l'infirmier nous dit que Madame X est agitée et qu'elle a été contentionnée à son arrivée. Elle ne souhaite réaliser aucun soin (hygiène, bilan sanguin...). Elle ne veut pas s'alimenter ni s'hydrater. Après les transmissions, je décide de lire le dossier de la patiente avant d'aller la voir. Il est noté que la mère de Madame X est diagnostiquée comme étant bipolaire. Un de ses frères est décédé, l'autre n'a pas de troubles mentaux particuliers. La petite sœur de Madame X a des troubles du comportement. Madame X est suivie en pédopsychiatrie depuis sa petite enfance. Elle a été incarcérée en prison il y a un an pour avoir poignardé un homme et avoir déclenché un incendie dans une forêt. Après avoir purgé sa peine, Madame X est retournée en famille d'accueil. Elle a fugué de sa famille peu de temps après. Trois jours auparavant, elle a été retrouvée par la police errant dans la rue avec un couteau dans la main et a été incarcérée.

Nous décidons, avec le médecin, d'aller échanger avec Madame X afin de réaliser un entretien d'accueil. Lors de mon arrivée, Madame X a la tête tournée vers la porte : elle nous fixe. Son visage enfantin m'interpelle. Je rentre dans la chambre et me place au bout de son lit. Au début de l'entretien, Madame X est mutique. Puis, lorsque nous lui posons des questions sur sa vie quotidienne, elle nous répond. Ainsi, elle nous dit qu'elle vit actuellement dans la rue et qu'elle consomme quotidiennement de la drogue. Puis, elle évoque sa vie familiale. Elle nous dit qu'elle n'aime pas sa petite sœur mais qu'elle aime bien son frère qu'elle aurait poignardé une fois à l'âge de 9 ans dans le dos, avec un tournevis, et une fois à l'âge de 15 ans, avec un couteau, au niveau du bras,. Madame X n'évoque pas le motif de sa première incarcération il y'a un an. Avant que l'entretien se termine, Madame X nous dit qu'elle s'est faite violer à deux reprises lorsqu'elle dormait dans la rue. Après avoir été mutique au début de l'entretien, Madame X est dans l'échange. Elle présente de nombreux rires immotivés et effectue de fausses ressemblances. Elle est agitée et semble agacée d'être hospitalisée : elle nous insulte à de nombreuses reprises.

En sortant de la chambre, plusieurs éléments m'interrogent : La connaissance des antécédents judiciaires de Madame X. a-t-elle interférée la qualité de ma prise en soin ? La connaissance des antécédents judiciaires de Madame X. a-t-elle influencée la distance soignant-soigné ? Etais-je davantage inquiétée, voire apeurée, par l'agitation de la patiente car je connaissais ses antécédents judiciaires ? Cette peur est-elle « normale » ? Est-ce possible de montrer sa peur ? Comment faire pour ne pas montrer sa peur ? Comment masquer son inquiétude et faire en sorte qu'elle ne transparaisse pas dans mon interaction avec la patiente ? La mise à distance de ses antécédents judiciaires aurait-elle permis de prendre en soin Madame X. de manière optimale ? Comment parvenir à mettre à distance ces informations pour soigner le patient dans sa globalité et indépendamment de son passé judiciaire, et ce en respectant mes valeurs soignantes (non-jugement / respect) ?

Ainsi, ces interrogations ont fait émerger la question de départ de ce mémoire :

**En quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'une personne détenue hospitalisée en psychiatrie peut-elle influencer le prendre soin infirmier ?**

## Cadre Conceptuel

La situation d'appel exposée dans cette introduction a fait émerger une question de départ sur laquelle se fonde notre réflexion. Dans cette première partie, nous la mettrons en lien avec différents concepts et notions que nous définirons et développerons. A l'aide d'apports théoriques amenés par différents auteurs, nous évoquerons tout d'abord, le patient détenu, à la recherche d'un statut. Puis, nous développerons l'impact de la connaissance des antécédents judiciaires sur le prendre soin infirmier.

### 1. Le patient détenu : à la recherche d'un statut

#### 1.1 Le statut du prisonnier en milieu carcéral : différence entre prévenu et détenu

Selon Harrar Masmoudi (2018), le terme « prisonnier » est un terme générique plutôt que juridique; il désigne toute personne retenue dans une prison. La prison est un « établissement pénitentiaire où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement » (Petit Larousse, 1998, p.825). Dans un établissement pénitentiaire peuvent résider des personnes détenues et des personnes prévenues. Le terme « prévenu désigne une personne qui a été placée en détention provisoire par une autorité judiciaire avant son jugement ou sa condamnation » (Harrar Masmoudi, 2018, p.60). Selon la loi, le prévenu est présumé innocent : son statut juridique est différent de celui de la personne détenue. Le détenu est défini comme une « personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire » (Pechillon E, 1998, p.227).

Or, en psychiatrie, toutes ces personnes provenant d'un centre de détention ou d'une maison d'arrêt sont identifiées comme des patients-détenus ou des détenus-patients (Vanderstukken, Garay, Benbouriche, Moustache, 2015). Ainsi, dans cet environnement, les patients dits détenus peuvent être aussi bien des prévenus que des détenus du point de vue de la justice.



## 1.2 Le statut du détenu en service de psychiatrie

### 1.2.1 La psychiatrie

La santé mentale est définie par l'OMS comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé mentale englobe aussi bien la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux que le traitement et la réadaptation des patients étant atteints de ces troubles.

La Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge fait état de trois modes d'hospitalisation :

- L'admission en soins libres : SL
- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers : Soins à la Demande d'un Tiers - SDT
- L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat : Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat - SDRE

S'inscrivant dans la loi de 1990 relative au droit et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, Roelandt (2009) distingue, à partir d'une analyse statistique, différents modes d'hospitalisation :

- Des personnes hospitalisées librement
- Des personnes hospitalisées à la demande d'un tiers
- Des personnes en hospitalisation d'office qu'il faut répartir en 3 catégories :
  - ❖ Des personnes dont les troubles psychiques ont entraîné un trouble à l'ordre public.
  - ❖ Des personnes qui ont commis un crime ou un délit, et qui ont été jugées irresponsables pénalement et ont bénéficié d'un non-lieu.
  - ❖ Des personnes détenues venant de la prison et nécessitant des soins adaptés pour leurs troubles psychiatriques.

Dupont, Laguerre, Volpe (2015) soutiennent l'idée selon laquelle « les prisons abritent une majorité de personnes souffrant de troubles psychiques » (p.312). il est par conséquent

inévitable que les établissements de santé psychiatrique accueille « des patients-détenus » ayant besoin de soins psychiatriques (Vanderstukken, Garayn, Benbouriche & Moustache, 2015, p.682), hospitalisés en soins sous contrainte et plus spécifiquement en SDRE.

### 1.2.2 Hospitalisation des détenus en psychiatrie

Pour préciser les hospitalisations des personnes détenues en psychiatrie, examinons les quelques articles de loi offrant un cadre légal d'accueil de ces personnes au sein des services de psychiatrie.

Selon l'article L.3214-3 du Code de la Santé Publique, « les détenus atteints de troubles mentaux (troubles mentaux rendant impossible le consentement de la personne et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui) ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire ». L'article L.3214-1 du Code de la Santé Publique prévoit par ailleurs, que « Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé adapté (habilité aux soins psychiatriques sans consentement) au sein d'une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée. »

Ces UHSA créées par la « Loi d'orientation et de programmation pour la justice » (9 septembre 2002) permettent d'accueillir des patients détenus en hospitalisation sous contrainte. Cette loi stipule que « dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées, l'hospitalisation de personnes détenues atteintes de troubles mentaux puisse continuer d'être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé adapté pouvant recevoir des personnes en soins sans consentement ». De fait, il faut convenir qu'un détenu est un patient comme un autre : il bénéficie des droits inscrits dans le code de déontologie médicale et doit, par conséquent, faire l'objet d'aucune discrimination en raison de sa détention ou de ses actes (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

### 1.2.3 Confidentialité des informations

« Toute personne détenue a droit à la confidentialité de ses documents personnels. Ces documents peuvent être confiés au greffe de l'établissement qui les met à la disposition de la personne concernée. Les documents mentionnant le motif d'écrou de la personne détenue sont, dès son arrivée, obligatoirement confiés au greffe » (Loi du 24 novembre 2009, article 42 relatif à la confidentialité des informations concernant les personnes détenues). Ainsi,

l'infirmier, comme les autres, ignore le motif d'incarcération (Aujard, De Bristoult, Broussard, Petitclercroche & Lefort, 2016, p 20) car il ne peut être indiqué dans le dossier médical du patient. Pourtant, comme le stipulent ces auteurs, le motif d'incarcération est bien souvent connu du personnel soignant car "le lien soigné-soignant expose l'infirmier à connaître ce motif, ou encore des échanges informels avec d'autres personnels de la prison" (2016, p.20).

Convenons que la prise en compte de cette information confidentielle, probablement présente dans la relation, est susceptible de pervertir le prendre soin infirmier car seront convoquées, quasi automatiquement, des représentations que les psychologues sociaux nomment représentations sociales.

### 1.3 Les patients détenus sont l'objet de représentations sociales

#### 1.3.1 Qu'est ce qu'une représentation sociale ?

Pour Guimelli (1999) « Les représentations sociales recouvrent l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné» (p.63). Abric (1994) poursuit en développant l'idée que « la représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à leur environnement physique et sociale, elle va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques. La représentation est un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales. Elle est un système de pré-codage de la réalité, car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes». (p.13). Les représentations sociales "ne sont pas nécessairement conscientes, elles sont spontanées, quasi automatiques. La représentation sociale est un instrument, socialement élaboré et partagé, pour comprendre l'autre, nous conduire vis-à-vis de lui, voire lui assigner une place sociale" (Vanderstukken, Garay, Benbouriche, Moustache, 2015, p.677-678).

#### 1.3.2 Développement d'une représentation sociale

Deux processus sont à l'oeuvre lors du développement d'une représentation sociale : l'objectivation et l'ancrage. L'objectivation d'abord, qui est un processus par lequel le groupe va « neutraliser » un concept abstrait, c'est-à-dire lui faire subir des transformations pour le rendre concret (Guimelli 1999). Pour Moscovici (1961) le processus d'objectivation se déploie lorsque la personne rend concret une pensée abstraite. En effet, elle transforme une pensée en une image concrète pour elle-même. L'ancrage ensuite, permet l'enracinement de la représentation dans le système de pensée préexistant (Guimelli, 1999). Moscovici (1961)

définit l'ancrage comme un processus qui permet "l'intégration de l'objet et des informations nouvelles dans le savoir" (p.144). Ainsi, l'ancrage permet d'assimiler "de nouveaux éléments de savoirs dans un réseau de catégories plus familières" (Doise, 1990, p.128).

### 1.3.3 Conséquences des représentations sociales

Chaque individu a ses propres représentations sociales. Et celles-ci ont de multiples conséquences.

#### 1.3.3.1 La stigmatisation

Selon Bichsel et Conus (2017), la stigmatisation consiste en l'action de « marquer de manière définitive le corps de quelqu'un afin de lui donner une cicatrice distinctive» (2017, p.478). Ainsi, cela sous-entend d'éloigner un individu à cause de ses différences considérées comme « pas dans la norme », « pas comme tout le monde », « contraires aux normes de la société » (p.478). Selon Goffman (1963), il y a trois domaines de stigmatisation :

- Les individus qui ont une manifestation physique : ce qui se voit à l'œil nu comme, par exemple, un handicap physique;
- Les individus présentant des différences au niveau de leur comportement : par exemple, les personnes présentant des troubles mentaux.
- Les personnes de nationalités, croyances, ethnies différentes d'un groupe social donné.

La stigmatisation est susceptible d'être dévalorisante pour les individus ciblés. En effet, ils peuvent se voir juger inférieurs au sein d'un groupe social voire en être exclus. De fait, à suivre Bichsel et Conus, "le stigma est un attribut profondément disqualifiant, qui fait passer le sujet d'une personne complète et normale à une personne détériorée et diminuée, et qui finalement la réduit à ce label : un schizophrène, un toxicomane" (2017, p.478).

Enfin, selon Brewer et Kramer (1985), "le simple fait de placer des personnes dans des catégories sociales différentes suffit pour entraîner des jugements biaisés et un comportement discriminatoire" (p.93).

### 1.3.3.2. La discrimination

La discrimination est un processus de jugement résultant des stéréotypes et des préjugés.

Lippmann (1922) définit le stéréotype comme “des images dans nos têtes, des catégories descriptives simplifiées par lesquelles nous cherchons à situer autrui ou des groupes d’individus” (p.94). Un stéréotype se développe et existe au sein d’un environnement social. Il s’agit “d’un ensemble de croyances à propos d’un groupe social” (Ashmore & Del Boca, 1981, p.94). Composante affective du stéréotype, le préjugé relève d’un jugement de valeur simple à l’encontre d’un groupe social ou d’une personne appartenant à ce groupe” (Delouée, 2010, p.95). Gergen, Gergen et Jutras (1981) définissent le préjugé comme “une prédisposition à réagir défavorablement à l’encontre d’une personne sur la base de son appartenance à une classe ou une catégorie de personnes” (p.95). Retenons que les préjugés provoquent un processus de discrimination qu’il faut entendre au sens “d’un comportement négatif non justifiable produit à l’encontre des membres d’un groupe donné” (Delouée, 2010, p.95).

Dans son sens le plus extrême, la discrimination peut conduire à un processus d’infrahumanisation voire de déshumanisation.

### 1.3.3.3 Infrahumanisation et déshumanisation

Leyens (2015) effectue une distinction entre infrahumanisation et déshumanisation. L’infrahumanisation est un “processus inconscient par lequel les gens estiment que leur groupe est plus humain que les autres ou que les membres d’autres groupes sont moins humains que l’endogroupe” (groupe auquel la personne appartient) (Leyens, 2015, p.172). Il ajoute qu’il s’agit “d’une perception de soi et de son groupe comme radicalement différente des autres” (2015, p.126). Les membres constitutifs de ce groupe sont alors jugés moins humains que les membres de l’autre groupe sans pour autant leur faire perdre toute leur humanité.

Dans le champ qui nous concerne, Leyens évoque l’infrahumanisation médicale. Celle-ci peut avoir différents points de départ. En effet, l’infrahumanisation médicale peut découler “d’une déindividuation propre aux grands établissements, l’attitude vis-à-vis de certains types de patients qui ne sont guères appréciés, le manque d’empathie” (Leyens, 2015, p.123). La déindividuation se définit par une attention minimale que l’on porte aux individus en tant que

tels. A l'hôpital, cela peut s'illustrer par les patients qui deviennent des numéros de chambres ou bien le nom d'une pathologie (Leyens, 2015).

Selon Leyens (2014), l'infrahumanisation peut conduire, dans ses formes les plus extrêmes, à une déshumanisation, "c'est-à-dire au retrait total d'humanité". (p.9). Le dictionnaire Larousse (1999) définit le verbe déshumaniser par le fait de "faire perdre tout caractère humain" (p.918).

Le Dictionnaire des risques psychosociaux nous indique, "nul ne pourrait être exclu parce que ne correspondant pas à tel ou tel critère physique ou moral. Ainsi, le fou, le malade, le marginal, le déviant et le criminel sont encore des hommes et en tant que tels méritent le respect".

#### 1.3.4 Représentations sociales du milieu carcéral

Le milieu carcéral, parce qu'inconnu, secret, tabou et porteur de l'histoire de nos sociétés, est propice au développement de représentations sociales. Selon Vanderstukken, Garay, Benbouriche, Moustache, les représentations concernant la prison sont "souvent construites sur la base de préjugés élaborés à partir d'expériences indirectes véhiculées par les médias, les groupes ou les parties politiques". (2015, p.679). Selon eux, les représentations sociales que les individus peuvent avoir concernant la prison sont liées à l'histoire pénitentiaire. En effet, la prison est perçue comme un lieu où l'on "prive les individus qui y résident de liberté pour qu'ils ne commettent pas de nouveau des actes criminels tant il faut protéger la société" (Vanderstukken et al., 2015, p.679). Enfin, la société renforce les représentations que les individus ont de la prison en générant des émotions comme la peur et l'angoisse. « On retrouve en prison tout ce que rejette la société, la pauvreté, l'illettrisme, la marginalité et la maladie mentale" (2015, p.679).

A suivre Le Caisne (2007), la dangerosité du détenu n'en est pas moins une construction symbolique et sociale. La peur est éminemment perméable aux représentations, puisqu'elle est la représentation de ce que l'on s'imagine de ce qui va se produire, qui aurait pu se produire ou qui pourrait se produire à nouveau ; et donc de ce qui se produit. Et, "personne, pas même un expert psychiatre, n'est aujourd'hui en mesure de dire que tel condamné récidivera ou qu'un tel cherchera à s'évader" (Le Caisne, 2007,p.2). Ainsi, les personnes détenues sont toutes des « criminels incarcérés » et donc « dangereux » (2007, p.3). A partir d'un travail d'enquête auprès de professionnels de santé exerçant au sein d'un établissement pénitentiaire, Le Caisne constate une certaine défiance de ces professionnels lorsqu'ils énoncent qu'il « faut toujours se dire que les détenus ont commis le pire des crimes » (2007, p.3). Pire encore, Le Caisne, démontre que cette représentation est l'objet

d'un partage de la part des détenus eux-mêmes qui se définissent comme de « dangereux individus à éviter » (2007 p.11). D'après l'auteur, cette représentation malheureuse relève d'un processus d'étiquetage que la justice, la presse, les magistrats et le personnel pénitentiaire leur collent. Tous considèrent qu'il s'agit de « dangereux criminels » ; étiquette que le détenu lui-même finira par intérioriser. Ces étiquettes sont élaborées à partir de la connaissance des antécédents judiciaires.

## 2. Impacts de la connaissance des antécédents judiciaires sur le prendre soin

Les soignants comme les autres, sont l'objet de ces représentations sociales et cela est susceptible d'impacter les émotions et les comportements qui interviennent dans le prendre soin. Aujard, De Bristoult, Broussard, Petitclercroche et Lefort (2016) insistent sur l'idée que "la connaissance des antécédents judiciaires peut modifier le comportement qu'adopte le soignant avec le patient, en raison des émotions qu'il peut naturellement ressentir" (p.20). Ainsi, « avoir conscience que l'on soulage la douleur d'un terroriste, d'un violeur, d'un pédophile ou d'un criminel peut heurter nos valeurs personnelles et notre faculté de prise en charge » (Aujard & Al., 2016, p.21). On le voit, les représentations affectent les émotions du soignant et par voie de conséquence le comportement du prendre soin infirmier.

### 2.1 Impact émotionnel de la connaissance des antécédents judiciaires

Selon Sillamy, l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable » (2012, p.165). Prayez (2009) examine la difficulté de certains soignants à contrôler leurs émotions. S'il lui apparaît normal que les émotions s'expriment dans la relation à l'autre, le professionnel doit demeurer capable de les penser et de les partager avec ses collègues ou ses proches. En effet, ces émotions ressenties peuvent parfois être "considérées comme un atout professionnel lorsque celles-ci sont maîtrisées." (Régourdal, Anderson et Gallarato, 2013, p.112). Mais une exagération, un débordement de ses émotions négatives ou positives peut être "le signe d'une absence de maîtrise de la part des professionnels, la preuve d'une perte de contrôle dans un univers où la maîtrise de soi est conçue comme un gage de sérieux, de professionnalisme." (Arslan, 2013, p.63). L'excès émotionnel pourrait ainsi gêner la neutralité indispensable à la réalisation du soin.

Parmi ces émotions, la connaissance du passé judiciaire peut susciter la peur qui est « un phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginaire ou d'une menace » (Dictionnaire Larousse 2012, p.236). Cette peur se traduit le plus souvent, par « une sensation de mal-être, de malaise général avec manifestations physiques volontaires ou non » (2012, p.236).

Cette émotion est susceptible d'avoir un impact sur les comportements et plus spécifiquement sur le prendre soin infirmier. Mais les soignants sont en mesure de dépasser ce vécu émotionnel malheureux en ancrant leurs pratiques dans leur cadre éthique et déontologique.

## 2.2 Le prendre soin, l'expression d'un cadre éthique et déontologique

### 2.2.1 Le prendre soin

Hesbeen (2012) définit le « prendre soin » comme l'intention de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien être, à sa santé. » (p .246). Selon Henderson (2009), le prendre soin peut se définir comme la science du caring qu'il faut comprendre à la suite de Molinier (2009) comme « Prendre soin de l'autre, ce n'est pas penser à l'autre, se soucier de lui de façon intellectuelle ou même affective, ce n'est pas nécessairement l'aimer, du moins en première intention, c'est faire quelque chose, c'est produire un certain travail qui participe directement du maintien ou de la préservation de la vie de l'autre » (p.75). Ainsi, le prendre soin renvoie à une implication personnelle et collective, dans le souci accordé à l'autre.

### 2.2.2 Le cadre éthique

« L'éthique est une partie de la philosophie qui concerne la conduite de la vie humaine en tant qu'elle est orientée par la recherche du bien » (Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, 2012, p.187). L'éthique est la discipline philosophique qui réfléchit aux finalités et aux valeurs de l'existence. Face à la morale, l'éthique se présente comme un questionnement philosophique sur le sens des règles et normes admises dans la pratique quotidienne. Le but de l'éthique est « d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens » (Dictionnaire des Concepts en Soins



Infirmiers, 2012, p.187). De ce cadre éthique, les membres d'une profession construisent un cadre déontologique.

### 2.2.3 Le cadre déontologique

Selon le Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation, la déontologie est « un ensemble de règles qui régissent la conduite des membres d'une profession » (1994, p.130). Le Conseil International des Infirmières caractérise la déontologie des infirmiers au travers de quatre responsabilités essentielles :

1. Promouvoir la santé ;
2. Prévenir la maladie ;
3. Restaurer la santé ;
4. Soulager la souffrance.

Le soignant se doit le respect des droits de l'homme, en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels. Ainsi, les soins infirmiers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social. Par ailleurs, "les soignants se doivent de les [les personnes détenues] respecter sans aucune discrimination".

Mais, convenons que ce cadre d'intervention idéal est susceptible d'être perturbé dès lors que le soignant éprouve des émotions après avoir pris connaissance des faits commis par la personne détenue qu'il prend en soin.

Ces émotions sont susceptibles d'être débordantes dès lors qu'un transfert ou un contre transfert s'installe entre le professionnel et son patient.

## 2.3 L'impact de l'activité transférentielle sur l'activité du prendre soin infirmier

### 2.3.1 Le transfert

A suivre Laplanche et Pontalis (2007), le transfert se définit par "Le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique." Au-delà d'une définition strictement psychanalytique et plus spécifiquement adaptée au rapport de l'infirmier à son patient, le transfert peut être défini comme étant "un processus psychologique qui tend à reporter sur les personnes ou des objets, apparemment neutres,

l'ensemble des émotions et désirs ressentis par le sujet (oscillant entre l'amour, l'agressivité, la tendresse et la haine) de façon souvent ambivalente.<sup>1</sup>

Le transfert peut être négatif ou positif.

Il dépend de deux mécanismes :

- L'identification : elle établit le premier signe d'attachement envers un autre individu.
- La projection : elle constitue la manière dont un individu "projette" ou attribue à un individu des attributs qui lui sont propres, qui lui appartiennent.

Tout mécanisme de transfert s'accompagne d'un mécanisme de contre transfert.

### 2.3.2 Le contre transfert

Le contre transfert se définit comme un "a priori" du soignant envers tel ou tel malade, en dehors de toute visée soignante. Il désigne l'incapacité du professionnel à séparer la relation thérapeutique de ses sentiments personnels<sup>2</sup>.

Trouchaud (2009) définit le contre transfert comme « l'émotion que le thérapeute éprouve, en réponse aux sollicitations du transfert de l'aidé. » (p.184-185). Ainsi, il s'agit en fait de l'attitude du soignant face au vécu du patient.

Ainsi, les faits commis par le patient-détenu peuvent avoir pour l'infirmier une certaine résonance, faisant écho à des événements qu'il aurait lui-même vécus. Plus concrètement, si le patient-détenu a commis des faits apparaissant en proximité avec le vécu du soignant, l'émotion ressentie par ce dernier est susceptible d'impacter sa capacité à prendre en soin. Par conséquent, les représentations du soignant construites par son vécu sont susceptibles de prendre le pas sur le cadre d'intervention posé par le prendre soin. Par exemple, une soignante ayant subi des violences sexuelles peut-elle parvenir à gérer ses émotions pour prendre en soin un patient accusé de viol ? Le prendre soin sera-t-il identique pour ce patient comparativement à un autre ? Cette soignante développera-t-elle un prendre soin comparable à une autre soignante ? Il est probable que les émotions du soignant sont susceptibles de prendre le pas sur ses cognitions, lui interdisant en conséquence un prendre soin adapté à la situation dans laquelle le patient se trouve. Reconnaissons que lors d'une situation ordinaire, habituelle et souvent répétée pour le soignant, les émotions sont

---

<sup>1</sup>(<http://coursinfirmiere.free.fr/styled-23/styled-54/files/les-moteurs-et-les-techniques-de-la-relation-d2019aide.pdf>)

<sup>2</sup> (<https://formapsy.files.wordpress.com>)

susceptibles de ne pas venir perturber le prendre soin. Nous nous interrogeons ici sur ces situations moins ordinaires, plus inhabituelles lors desquelles les émotions peuvent prendre le pas sur la capacité à agir.

## Méthodologie du recueil de données

Pour préparer mes entretiens, j'ai tout d'abord réfléchi sur le choix d'un type d'entretien : libre, semi-directif ou directif. Il m'a semblé pertinent de réaliser des entretiens semi-directifs, avec des questions ouvertes pour retenir quelques questions m'étant apparues pertinentes lors de l'examen de la littérature, tout en offrant aux Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) interviewés, la possibilité de répondre librement.

Partant de ce choix, j'ai construit un guide d'entretien en référence à mon cadre conceptuel pour identifier : 1) les différentes représentations sociales que les soignants ont du milieu carcéral et des personnes détenues, 2) la possible connaissance par les soignants des antécédents judiciaires des patients hospitalisés en psychiatrie, 3) l'impact de cette connaissance sur le prendre soin infirmier. Pour mener ces entretiens, j'ai défini la taille de mon échantillon de personnes interviewées en fonction des variables qui me semblaient déterminantes. Le sexe et l'expérience auraient pu être pris en compte, mais le temps imparti et la volonté d'approfondir les échanges m'ont conduit à ne retenir que la variable expérience. En conséquence, mon échantillon est composé de deux soignants : un homme et une femme travaillant en service d'admission de psychiatrie. Les contacts avec ces deux professionnels ont été simplifiés grâce à mon guidant MIRSI et à un autre formateur de l'IFSI. Le premier soignant, un homme, est expérimenté auprès de patients détenus puisqu'il a travaillé en Unité pour Malades Difficiles (UMD) et en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Il est diplômé depuis 2008 et travaille désormais en service d'admission de psychiatrie. Le deuxième entretien a été conduit auprès d'une femme, diplômée depuis 2010, ayant travaillé d'abord en soins généraux puis travaillant depuis 2012 en service d'admission de psychiatrie. Remarquons, au passage, que l'un est expérimenté avec des patients détenus et l'autre moins. Ces entretiens ont été conduits en vis-à-vis après un premier contact téléphonique. Ces entretiens ont été enregistrés mais l'anonymat a été énoncé aux participants et garanti dans la suite de la présentation.

J'ai fait le choix d'initier les deux entretiens en proposant un contrat garantissant notre échange et permettant d'installer un climat de confiance. J'ai énoncé les choses de la manière suivante : "Bonjour, je suis étudiante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes. Je réalise un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Cet entretien est très important pour moi car il me permettra de prendre en compte votre point de vue. Enfin, ce mémoire me permettra d'obtenir mon Diplôme d'Etat Infirmier en Juillet 2020. Afin de réaliser mon mémoire, il me faut conduire des entretiens auprès d'infirmiers

travaillant en service d'admission de psychiatrie. C'est pourquoi, je vous interroge vous. Cet entretien durera environ 20 à 30 minutes et je vous propose de l'enregistrer afin de ne rien perdre de ce que vous allez me dire. De plus, cela me permettra également de rester totalement à votre écoute de manière à ce que je puisse vous demander de préciser certains points qui me paraîtraient essentiels et sur lesquels je souhaiterais en savoir davantage. Bien que je vous enregistre, cet entretien est anonyme."

Pour initier l'entretien, le choix a été fait d'énoncer le thème de mon mémoire sous la forme suivante : "Tout d'abord, mon sujet de mémoire porte sur l'hospitalisation des personnes détenues en service de psychiatrie".

Au travers du guide d'entretien (voir annexe I) et dans le respect de mes trois objectifs à savoir identifier : 1) les différentes représentations sociales que les soignants ont du milieu carcéral et des personnes détenues, 2) la possible connaissance par les soignants des antécédents judiciaires des patients hospitalisés en psychiatrie, 3) l'impact de cette connaissance sur le prendre soin infirmier, j'ai été attentive à poser des questions ouvertes, pertinentes et garantissant un esprit de concision, de précision tout en assurant la fluidité des enchaînements.

Je souhaite terminer ce propos méthodologique par un regret quant au nombre d'entretiens réalisés. La volonté d'aboutir dans les délais impartis, m'a conduit à retenir un échantillon de deux personnes dans lequel deux variables étaient confondues. En effet, un des soignants est un homme, l'autre une femme. Pourra-t-on attribuer les propos à leur expérience professionnelle ou devra-t-on comprendre ce qu'ils évoquent au regard de leur appartenance de genre ?

## Analyse descriptive

Dans le respect de l'anonymat garanti aux participants, l'infirmier ayant travaillé en Unité pour Malades Difficiles et à l'UHSA sera IDE A, tandis que l'IDE B sera l'infirmière diplômée depuis 2010 et travaillant à ce jour en unité d'admission de psychiatrie.

En premier lieu, relativement aux représentations sociales du milieu carcéral et des personnes détenues, l'IDE B n'ayant jamais travaillé en milieu carcéral n'a « pas grand chose qui lui vient en tête », puisqu'elle possède une « image neutre » du milieu carcéral. En revanche, l'IDE A évoque une « image qui n'est pas fixe », « une image évolutive mais ça n'a jamais été une image mauvaise » sans même qu'il ne pense à « l'aspect dangerosité ».

En ce qui concerne leurs émotions face à un patient détenu hospitalisé en service de psychiatrie, l'IDE A expérimenté énonce quelques « appréhensions » parfois amplifiées en rapport avec l'équipe lorsque les professionnels n'ont pas tous la même expérience. L'IDE B n'évoque aucune « appréhension particulière avec les personnes qui sont en prison » bien que « la prison est [soit] un lieu qui fait peur ».

Lors des deux entretiens, l'IDE A comme l'IDE B évoquent à plusieurs reprises l'imaginaire que l'incarcération génère. Lorsqu'elle rencontre une personne détenue, l'IDE B « se demande pourquoi la personne est en prison » parce que, selon elle, « c'est la question que l'on se pose » « clairement, souvent » alors même que les soignants ne doivent normalement pas connaître le motif d'incarcération. Elle convient, qu'il s'agit d'une « curiosité mal placée ». En revanche, fort de son expérience professionnelle, l'IDE A déclare ne pas porter grande attention à la connaissance des antécédents judiciaires (« les patients détenus sont incarcérés pour des choses et d'autres », « ce qu'il a fait je m'en fous ») et qu'« [on] [ils ne sont] [est] pas censés savoir pourquoi [ils] [les personnes détenues] sont emprisonnées ». L'IDE A insiste sur l'idée que cela peut être différent avec des soignants qui n'ont pas pris en charge régulièrement des patients détenus.

L'IDE A développe ensuite l'impact des représentations sur le prendre soin, soit la difficulté de prise en charge des patients détenus en psychiatrie (« Par contre c'est compliqué de prendre en charge ce type de patient ») parce qu'il les identifie au travers de leur statut, de leur vécu et de leur histoire de vie en lien avec une privation de liberté (« Par rapport à leur statut, par rapport à leur vécu, par rapport à leur histoire de vie aussi et une histoire de vie aussi autour de la privation de liberté »). Cette identification particulière résulte de « la question de la globalité de [son] [l']environnement dans lequel il est, c'est pas

simplement du coup la question du patient ». Bien que le statut du détenu ne soit pas, pour l'IDE A, la priorité dans sa prise en charge, il n'en reste pas moins que l'« on ne peut pas faire tout ce qu'on veut dans un service de psychiatrie adulte avec un patient qui est incarcéré puisqu'il est privé de liberté » : la surveillance doit être plus centrale (« de fait on doit le surveiller de manière un peu plus accrue »). Pour l'IDE A, les patients détenus proviennent d'un lieu « très difficile » qui renvoie à un statut particulier de la personne détenue traînant avec elle sa potentielle dangerosité affectant ainsi le travail du professionnel (« On peut des fois mettre du lien éventuellement entre son statut, sa potentielle dangerosité parce qu'il peut y en avoir, avec notre travail»). Il n'en reste pas moins, bien qu'incarcérés, ce sont avant tout « des patients, ce n'est pas parce qu'ils sont incarcérés qu'ils auront des soins différents ». L'IDE B, elle, indique que les patients détenus sont des patients qu'elle prendra en charge comme tout le monde et ajoute que l'«on oublie assez vite malgré tout qu'ils sont du milieu carcéral ».

Ensuite, relativement à la connaissance des antécédents judiciaires que les soignants ont des patients détenus hospitalisés en service de psychiatrie, l'IDE A énonce « les [quelques] fois où j'ai accueilli les patients incarcérés, je n'avais pas le motif », « globalement, non, on ne le sait pas trop » parce que l'IDE A souligne que les soignants peuvent disposer d'éléments sur l'incarcération mais « sans motif particulier » (« Des éléments judiciaires ont peut en avoir »). En revanche, l'IDE B souligne qu'il est très fréquent que les soignants aient connaissance des motifs, certes de manière officieuse (« On essaye, de connaître les antécédents » ,« D'une manière ou d'une autre, on arrive, à le savoir »), puisqu'elle affirme « la plupart du temps quand même, on le sait », elle ajoute « on aime bien savoir pourquoi la personne a été détenue » et souligne « c'est rare, qu'on ne sache pas ».

L'IDE A comme l'IDE B développent ensuite les différents biais par lesquels l'équipe soignante peut connaître les antécédents judiciaires des patients détenus hospitalisés en service de psychiatrie. L'IDE A rappelle que « les antécédents judiciaires ne sont pas intégrés au dossier de soin » du patient détenu mais des éléments autour de l'incarcération peuvent y être intégrés comme une « fiche de liaison carcérale » où l'on peut retrouver le statut de la personne incarcérée : « est ce qu'il est condamné ou prévenu ? », ses autorisations éventuelles comme « les autorisations d'appels téléphoniques, de correspondance, le potentiel niveau de dangerosité et ses possibles passages à l'acte ». Cette fiche de liaison est rédigée par les personnes travaillant en milieu pénitentiaire. L'IDE B confirme les propos de l'IDE A lorsqu'elle énonce que « ce n'est jamais le milieu carcéral qui nous donne ce type d'informations [relativement aux antécédents judiciaires] ». Selon elle, la

connaissance des antécédents judiciaires du patient détenu par l'équipe soignante peut s'établir par les dires du patient lui-même « [plutôt] lors d'entretien » ( « soit c'est le patient qui nous [le] dit » ) et ceci « doit être noté dans le dossier » ou bien si « c'est un patient qui est connu de l'hôpital, au fur et à mesure des hospitalisations, on a pu savoir [le motif d'incarcération] d'une manière ou d'une autre ». Pour l'IDE A « c'est à la durée de la peine éventuellement, du temps d'incarcération, [que l'] on va savoir [si il s'agit] [ c'est] des délits criminelles ».

L'IDE A et l'IDE B développent, enfin, des arguments sur l'utilité de connaître les raisons de l'incarcération du patient. Par exemple, l'IDE B, indique préférer connaître le motif d'incarcération afin de savoir « s'il y a un caractère de dangerosité » pour « éventuellement se protéger » bien que cela puisse engendrer une « certaine méfiance ». De son côté, l'IDE A développe l'idée que cela peut l'aider à « comprendre l'état de santé de la patiente», à « comprendre la question des ruminations » même si cela n'est pas « un impératif » puisque c'est « un élément parmi tant d'autres », « ce n'est pas un élément qui nous semble, qui va nous paraître important » qui, « dans le prendre soin [c'est] [n'est] pas forcément nécessaire » et sans lequel « il pourrait faire le travail quand même ». Bien que ces patients soient détenus, selon l'IDE B, il faut « faire abstraction de ce qu'a pu faire la personne pour pouvoir la prendre en charge comme n'importe qui » et « le rôle soignant revient assez vite au premier plan et on oublie assez vite ».

En troisième lieu, relativement à l'impact de la connaissance des antécédents judiciaire sur le prendre soin infirmier, les deux soignants évoquent les émotions qu'ils peuvent ressentir et insistent sur un sentiment « d'appréhension » qui, selon l'IDE B, sera « toujours présent ». Pour l'IDE A, la connaissance du motif d'incarcération peut entraîner pour le soignant de la « crainte » voire de la « peur » accompagnée d'une « hyper attention, une hyper vigilance » pouvant conduire le soignant à se demander « est-ce que moi je suis en danger ? » puisque la prison est un lieu anxiogène qui n'est pas « rassurant ». Le professionnel de santé a besoin de se « rassurer » mais aussi de « se protéger ».

L'IDE A comme l'IDE B évoque ensuite, deux types d'impacts sur le prendre soin. Tout d'abord, un impact sur le relationnel entre le soignant et le patient ; en ce sens l'IDE B s'interroge si cette connaissance n'est pas susceptible d'impacter la relation (« au niveau relationnel est-ce qu'on ira chercher aussi loin, est-ce qu'on prendra autant de temps [que] [qu'avec] d'autres personnes, je ne sais pas »). De son côté, l'IDE A confirme que les personnes détenues peuvent être « potentiellement dangereuses » mais que les suppositions (« interprétations ») que les soignants peuvent faire sont susceptibles



d'engendrer « des risques » ; risques encore accrus par les services de l'Etat qui soutiennent « attention, il est dangereux, faites gaffe ». C'est ainsi, selon lui, qu'il peut y avoir un impact sur le soin relationnel avec le patient car « cette question de l'image, elle est malgré tout présente » avec « des représentations » et que « ça reste quand même des gens détenus ».

Interrogés sur l'impact de cette connaissance sur les soins, les deux infirmiers tiennent des propos d'ordre différent. Tout d'abord, selon l'IDE B, « si on a face à nous une personne qui a fait du mal à des enfants, qui a violé, qui a euh..., il y aura toujours une appréhension en tant que personne, bah voilà de se dire, oh là là, ce que t'as fait c'est horrible et je vais avoir du mal à te prendre en charge » ce qui conduit l'IDE B à s'interroger sur la mise à distance du motif d'incarcération et son impact, par exemple, dans le cas de personne s'en prenant aux enfants puisqu'elle n'a « jamais été face à quelqu'un qui touchait des enfants ». En revanche, l'IDE A développe l'idée d'« un bouleversement des repères » avec les personnes détenues. En effet, les soignants ont l'habitude de prendre en charge des patients qui peuvent, par exemple, décompenser mais lorsqu'il s'agit d'un détenu le rapport est plus inhabituel. De fait, pour l'équipe « ce qu'il peut y avoir en jeu [...] ce sont clairement les représentations » qui sont susceptibles d'affecter le rapport au patient. L'IDE A évoque, parfois, une prise en charge inadaptée des patients détenus dans les services de psychiatrie puisque ces patients « arrivent en chambre d'isolement » alors même que parfois « il n'y a pas de clinique qui nécessite une chambre d'isolement ». Dans le respect de la procédure, le patient détenu sera l'objet d'une restriction de liberté : « il n'a pas de télévision. Il a juste un lit, il est en pyjama. Il ne peut pas aller fumer, il doit manger ce qu'on lui donne et il est obligé de prendre un traitement en plus ». « Priver de liberté le patient car il n'a pas le droit de sortir » peut être « difficile » et entraîne un « rapport de force qui [relève plus] [peut être des fois] de la démonstration » vis à vis de l'équipe soignante. C'est pourquoi, selon l'IDE A, « il faut que les détenus aillent dans les services spécifiques à leur prise en charge » puisque les soins en psychiatrie sont des « soins vers l'extérieur », ce qui n'est pas possible avec les patients détenus (« alors qu'avec les détenus, c'est pas possible »). Ainsi, il faut « accepter qu'on fasse quelque chose avec un patient non incarcéré qu'on ne peut pas faire avec un patient incarcéré » puisqu'il « n'a pas le droit de sortir du service ».

Face à toutes ces contraintes, les deux soignants développent les différents moyens qu'ils mettent en œuvre afin de prendre en soin de manière adéquate ces patients. L'IDE B « essaie malgré tout de mettre à distance le motif d'emprisonnement » et y « arrive » cela lui permet dans sa pratique professionnelle « de prendre en soin [le patient détenu] de la même manière qu'un autre patient ». Pour l'IDE A, « [ce sont] [c'est] avant tout des patients » et « ce n'est pas parce qu'ils sont incarcérés qu'ils auront des soins différents ».

## Discussion

L'introduction de ce mémoire a été l'occasion d'exposer ma problématique : En quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'une personne détenue hospitalisée en psychiatrie peut-elle influencer le prendre soin infirmier ? Cela m'a conduit à convoquer différentes notions et concepts pour problématiser cette question, avant de recueillir des données auprès de deux IDE, l'un expérimenté, l'autre moins. Ces données analysées seront l'occasion de déployer une réflexion en vue de me positionner en tant que future professionnelle soignante.

La prison est un marqueur suffisamment puissant pour qu'elle affecte les représentations des professionnels soignants. Les professionnels que j'ai interrogés n'ont pas manqué de signifier l'impact du statut du patient détenu qui est porteur de son environnement, de son histoire de vie et de son vécu. Ce passé semble marquer le détenu à la manière d'un stigmate et avoir, en conséquence, un impact sur le prendre soin. Néanmoins, l'expérience du professionnel (comme ne manque pas de le souligner à plusieurs reprises l'IDE A) apparaît comme un garant du moindre impact de ces représentations. Peut-être devrait-on davantage faire entendre aux soignants, au cours de leur formation, qu'il existe une différence primordiale entre détenus et prévenus ? En effet, comme le stipule Pechillon (1998), le prévenu est présumé innocent et possède donc un statut juridique différent de celui de la personne détenue. Selon moi, cette distinction devrait demeurer dans l'esprit de tout jeune professionnel qui, dans sa future posture de soignant, aura à se garder de l'impact de la connaissance de l'histoire de vie de son patient sur son prendre soin. Il est pourtant des cas dans lesquels les représentations affectent inévitablement le prendre soin. Il me sera nécessaire, dans ma pratique, d'identifier ces cas et de me mettre ainsi à distance de ces situations. Par exemple, une soignante ayant subi des violences sexuelles peut-elle parvenir à gérer ses émotions pour prendre en soin un patient accusé de viol ? Comment prendre en soin une personne violente quand on a été soi-même victime de violence ? L'important est d'identifier, selon moi, ces situations dans lesquelles le soignant ne sera pas en mesure de gérer ses représentations au risque qu'elles viennent affecter son prendre soin. L'expérience m'apprendra à identifier et maîtriser mes émotions mais avant d'être en mesure de le faire, il me sera nécessaire de savoir les verbaliser et demander aux collègues de parfois prendre le relais et ainsi m'accompagner dans ma pratique professionnelle.

Comme le souligne Le Caisne, une personne détenue, et donc incarcérée, est souvent assimilée à une personne « dangereuse » (2007). Ce processus d'assimilation conduit les professionnels à développer une certaine méfiance lors de la prise en charge d'un patient provenant d'un centre de détention. Ainsi, je pense qu'il me sera nécessaire de conserver à l'esprit la nuance : tous les détenus ne sont pas « dangereux ». Reconnaissons qu'il s'agit là d'une notion floue pour caractériser une personne. En effet, ces patients ont pu commettre un crime sans que cette violence, peut-être d'un jour, ne soit la caractéristique de leur comportement au quotidien. Le crime, dans un contexte d'incarcération, fait peur car, si les détenus sont là, c'est parce qu'on les prive de liberté "pour qu'ils ne commettent pas à nouveau ces actes violents" (Vanderstukken, Garay, Benbouriche et Moustache, 2015). Ainsi, la prison joue comme un marqueur de la violence susceptible de survenir à nouveau chez ces personnes emprisonnées. C'est la raison pour laquelle, si je devais travailler en psychiatrie, il me faudra m'efforcer de ne pas prendre en compte l'histoire de vie du patient au risque de me retrouver en difficulté dans mon prendre soin. Néanmoins, comment pourrai-je m'extraire de ce que disent, de ce qu'échangent mes collègues au sein de mon équipe de travail ?

Il faudra que je me distancie des préjugés qui pourraient me conduire à stigmatiser, discriminer voire inhumaniser (Leyens, 2015) mes patients qui, dans une forme extrême, pourraient me conduire à la déshumanisation. Relevons que les patients détenus peuvent à leur tour être victimes d'un processus d'auto-stigmatisation : s'ils sont en prison, s'ils sont détenus, ils peuvent se considérer comme dangereux et sont par conséquent susceptibles de se convaincre qu'ils sont effectivement de « dangereux individus à éviter » (Le Caisne, 2007). Afin de se distancier de la connaissance du motif d'incarcération, il faudrait que chaque dossier de soin soit complet avec tous les éléments cliniques permettant de prendre soin du patient-détenu de manière globale. De plus, il me semble nécessaire de prendre le temps d'échanger avec les collègues à propos des patients. Enfin, j'essaierai dans ma pratique professionnelle de mettre à distance le motif d'incarcération pour ne pas être victime de mes préjugés. Je me garderai de catégoriser les patients en fonction de leur passé judiciaire ("le criminel" ou "le détenu") pour privilégier plutôt des modes d'identification plus neutre comme "Monsieur untel" ou "Madame unetelle".

Alors faut-il connaître le motif d'incarcération du patient détenu ou faut-il se garder de disposer d'une telle connaissance ?

« Les documents mentionnant le motif d'écrou de la personne détenue sont, dès son arrivée, obligatoirement confiés au greffe » (Loi du 29 novembre 2009, article 42 relatif à la confidentialité des informations concernant les personnes détenues). Rappelons à la suite d'Aujard et al. (2016) que le motif d'incarcération ne peut être indiqué dans le dossier médical du patient. Pourtant, nos soignants relèvent que le motif d'incarcération est souvent dans toutes les bouches car "le lien soigné-soignant expose l'infirmier à connaître ce motif, ou encore des échanges informels avec d'autres personnels de la prison" (Aujard et al., 2016). Reconnaissons que connaître le motif d'incarcération peut accompagner le soignant dans sa compréhension de l'état de santé de son patient. Ainsi, dans ma future pratique, je ne devrai pas porter attention au motif d'incarcération au risque de mettre à mal le principe de neutralité professionnelle dans ma relation au soigné et, par voie de conséquence, dans ma capacité à prendre soin. Ce défaut de neutralité pourrait me conduire à privilégier davantage une représentation de la personne comme "criminel" dangereux plutôt que comme patient en demande de soin.

Par ailleurs, la connaissance des antécédents judiciaires peut affecter le prendre soin infirmier par le canal des émotions ressenties. En effet, Aujard et al. (2016) rapportent que "la connaissance des antécédents judiciaires peut modifier le comportement qu'adopte le soignant avec le patient, en raison des émotions qu'il peut naturellement ressentir". Selon eux, c'est sans compter qu'« avoir conscience que l'on soulage la douleur d'un terroriste, d'un violeur, d'un pédophile ou d'un criminel peut heurter nos valeurs personnelles et notre faculté de prise en charge ». On le voit, les affects du soignant peuvent prendre le pas sur sa capacité à prendre soin. Par l'expérience et la confrontation répétée à des patients détenus, j'apprendrai à mieux maîtriser mes émotions pour me laisser agir dans le respect du cadre éthique et déontologique. Néanmoins, reconnaissons que les émotions ressenties peuvent parfois être "considérées comme un atout professionnel lorsque celles-ci sont maîtrisées" (Régourdal, Anderson et Gallarato, 2013). Encore une fois, comme n'ont pas manqué de nous le confirmer les soignants enquêtés, l'expérience sera pour moi vecteur de cette maîtrise. En conséquence, mes expériences futures m'apprendront cette maîtrise pour exercer mon métier au mieux, guidée par mes connaissances acquises à l'IFSI et non par mes émotions d'un instant. Le soutien de mes collègues de travail et une nécessaire analyse de mes pratiques devraient, dans les premières années, participer à l'apprentissage de cette maîtrise.

Enfin, dès lors que le soignant prend connaissance des antécédents judiciaires de son patient, des mécanismes de défense comme le transfert peuvent s'exprimer. Si l'on considère que le transfert est "un processus psychologique qui tend à reporter sur les personnes ou des objets, apparemment neutres, l'ensemble des émotions et désirs ressentis par le sujet (oscillant entre l'amour, l'agressivité, la tendresse et la haine) de façon souvent ambivalente" (Formapsy), les soignants peuvent y être confrontés et il peut se manifester dans le prendre soin. Ce transfert est susceptible de biaiser la relation soignant-soigné qui se met en place dans des échanges verbaux et non verbaux (Manoukian, 2008). Cet échange se déroule dans « toute la complexité de la relation soignant-soigné » et « réside dans l'intrication des relations humaines et de celles de soins. » (Paillard, 2015). La force du soignant demeure dans sa capacité à prendre du recul dans l'exercice de sa profession et à remettre en question ses pratiques afin de « trouver l'équilibre entre l'humanité et le professionnalisme. » (2015, p.325). Il me faudra donc prendre du recul et ainsi me « décoller d'une situation qui absorbe, sans bouger physiquement ou peu, en se repositionnant en soi. » (2015, p.140). En revanche, ce recul ne devra pas me conduire à « basculer dans une distance hyperdéfensive » m'installant dans « une certaine froideur relationnelle » qui « domine l'interaction » (Prayez, 2009 in Paillard, 2015, p.142). Ce propos vient en écho de celui de l'IDE A lorsqu'il évoque une méfiance, parfois une hyper vigilance, vis à vis des patients-détenus. La notion de "juste distance" professionnelle est devenue pour moi un sujet d'intérêt parce que je pense qu'il est très difficile de prendre soin d'un patient dès lors qu'un mécanisme de défense comme le transfert se déploie. Comment alors respecter cette "juste distance" ? Je devrai, dans ma future pratique professionnelle, repérer et analyser ce mécanisme de défense afin de préserver une "juste distance" nécessaire à ma pratique thérapeutique. A la suite de Morasz (2012), évoquons qu'il "existe deux types de vécus transférentiels, les positifs et les négatifs. Certains vécus se situent dans un registre de rapprochement avec le patient, tandis que d'autres poussent plutôt à l'écart" (p.107). Il indique que « La bonne distance n'est pas une distance fixe à trouver, mais un objectif théorique à avoir en tête, pour nous rapprocher du patient quand nos réactions humaines tendent à nous en éloigner, et à nous en distancier, quand ces mêmes réactions nous en rapprochent trop au risque de la confusion". Je devrai conserver à l'esprit la notion de "juste distance" afin d'adopter une posture soignante adaptée à mes objectifs thérapeutiques et professionnels, ce qui me permettra un accompagnement optimal, singulier et global de la personne soignée.

Enrichie de mes lectures, de mes recherches et de mes entretiens ainsi que de leur analyse, ma réflexion et mon positionnement professionnel ont évolué. J'ai pris conscience combien le rapport au patient était une composante essentielle du prendre soin. Il est certes déterminant dans cette situation singulière qu'est le prendre soin d'un patient-détenu mais ce rapport est inévitablement à l'oeuvre dans toutes les situations de soins et d'échanges entre un soignant et un soigné. Ce travail d'initiation à la recherche m'a enrichie de nombreuses notions pour examiner mon sujet de recherche. Aujourd'hui, l'acte de communication, non seulement avec une personne détenue mais plus largement avec un soigné, m'apparaît essentiel pour adapter aux spécificités de chacun le prendre soin de son patient. Car, communiquer, n'est-ce pas surtout un canal essentiel pour instaurer une relation avec l'autre et ainsi rendre possible un prendre soin efficient ? Ma question de recherche initiale se transforme aujourd'hui en la question de recherche suivante :

**En quoi la posture d'accompagnement de l'infirmier participe-t-elle à créer une relation singulière avec le patient-détenu en psychiatrie ?**

## Conclusion

Ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers sur l'impact de la connaissance des antécédents judiciaires d'un patient détenu hospitalisé en psychiatrie sur le prendre soin infirmier m'a offert l'occasion de développer, d'instruire et de commencer à installer mon identité professionnelle.

Les textes lus et l'enquête menée auprès de professionnels de santé m'ont permis de confronter différents points de vue et d'accompagner, ainsi, ma réflexion. L'une des difficultés de ce travail a été la réalisation, en temps contraint, d'entretiens avec des professionnels et leur retranscription. Je n'ai pu conduire que deux entretiens alors qu'il aurait été probablement intéressant d'en réaliser au moins deux autres pour prendre en compte d'autres variables caractéristiques des soignants. Ce travail m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le prendre soin infirmier, la relation avec le patient et les différentes émotions que le soignant peut ressentir lorsqu'il prend en soin un patient. J'ai également pu acquérir des compétences telles que la rédaction d'un guide d'entretien, la conduite d'entretiens semi-directifs, la synthèse et l'analyse des informations recueillies. J'ai aussi pu m'enrichir de connaissances dans d'autres disciplines (droit et psychologie) et j'ai appris à analyser et traiter des données scientifiques et professionnelles.

Il m'apparaît aujourd'hui essentiel que le soignant soit authentique dans sa relation de soin et fasse preuve d'une absence de jugement pour ne pas stigmatiser son patient au regard de son vécu, de son passé, de son histoire de vie. Cette relation authentique est aussi un moyen de maîtriser ses émotions et de mettre à distance les situations. J'ai pris conscience combien l'impact de la connaissance des antécédents judiciaires sur le prendre soin infirmier dépendait de l'expérience professionnelle du soignant et de sa posture soignante. Dans ma future pratique professionnelle, la singularité des rapports humains sera le guide essentiel de ma mise en relation avec un patient afin de préserver la qualité de mon prendre soin. Si l'occasion m'était offerte de mener à bien un travail de recherche plus approfondi, je souhaiterais me donner les moyens d'observer dans la pratique professionnelle, non seulement en psychiatrie avec des patients détenus et non détenus mais également avec des patients en soins généraux, la posture d'accompagnement de l'infirmier. Cela me permettrait d'apprécier combien cette relation singulière est d'autant plus importante lorsque l'on travaille avec des patients en psychiatrie et détenus. Par la comparaison de ces trois prises en soins, il me serait alors possible de mesurer la singularité de la relation soignant-soigné en psychiatrie avec des patients-détenus.

Ce Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers est le résultat de huit mois de travail qui m'ont permis d'apporter quelques réponses à une expérience de stage riche en émotions, ressentis et questionnements. Ce travail a été l'occasion de porter une réflexion personnelle qui, très probablement, me guidera dans ma pratique professionnelle au quotidien. J'ai pris conscience combien la pratique pouvait être éclairée, soutenue et analysée par des travaux théoriques d'auteurs dont on retrouve la production dans des revues spécialisées. Cette manière de s'emparer d'une problématique de terrain pour la théoriser par le recours à des travaux de recherche restera pour moi un guide pour l'action dans mon quotidien professionnel.



# Bibliographie

## Ouvrages

- Guimelli, C. (1999). *La pensée sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dantzer, R. (2002). *Les émotions*. Paris : Presses Universitaires de France
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Pays-Bas : Lamarre.
- Prayez, P. (2009). *Fonction cadre de santé - Distance professionnelle et qualité du soins*. Pays-Bas : Lamarre.
- Delouée, S. (2010). *Manuels visuels de licence- Psychologie sociale*. Paris : Dunod
- Trouchaud, M.-J. ( 2010). *Et l'émotion se fait chair : comprendre la face cachée de nos actes*, Paris : Editions du cygne.
- Morasz, L ; Perrin-Niquet, A., Barbot, C., Morasz, C. ( 2012). *L'infirmier(e) en psychiatrie, les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Ed. Elsevier Masson
- Dupont, M., Laguerre, A., Volpe, A. (2015). *Soins sans consentement en psychiatrie*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Leyens, J.-P. (2015). *L'Humanité écorchée : Humanité et Infrahumanisation*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Noto-Mogliorino, R.-E. (2018). *Infirmier en milieu carcéral : accompagner, soigner, réinsérer*. 2ème édition. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.

## Articles

- Pechillon, E. (1998). Sécurité et droits du service public pénitentiaire. *Paris, L.G.D.J.*, p.227.
- Natanson, J. (2001). L'évolution du concept de transfert chez Freud. *Imaginaire et inconscient*, n°2, 7-19.
- Garoscio, A. (2006). Représentations sociales de l'insécurité en milieu urbain. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, n°69, 33-46.
- Le Caisne, L. (2007). De si dangereux condamnés. *Journal des anthropologues*, 108-109, 183-210.
- Molinier, P. (2009). Ambivalence du travail de soin. *Sciences Humaines*, n° 200, p.75.

- Roelandt, J.-L. (2009). Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *L'information psychiatrique*, volume 85, 525-535.
- Narfin, R. (2011). Troubles psychiques : transfert et contre-transfert. *Revue de l'infirmière*, 176, 49-50.
- Favetta, V., Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, n°107, 60-75.
- Méthivier, J. (2012). L'impact de la peur sur les représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, n°507, 183-189.
- Arslan, S. (2013). L'univers du soin, idées reçues et propositions humanistes. *Perspective soignante*, 46, 58-85.
- Régourd, L., Anderson, M., Gallarato, G. (2013). La pensée réflexive humaniste dans la dynamique relationnelle, les mots de nos maux au coeur de la relation de soin. *Perspective soignante*. 46, 109-128.
- Vanderstukken, O., Garay, D., Benbouriche, M., Moustache, B. (2015). Professionnels de la psychiatrie et de la pénitentiaire, le poids des représentations sociales : penser une articulation sans collusion ni clivage. *L'information psychiatrique*, volume 91, 676-686.
- Aujard, S., De Bristoult, B., Broussard, D., Petitclercroche, S., Lefort, H. (2016). Soins en milieu carcéral. *Soins*, 803, 19-22.
- Bischel, N., Conus, P. (2017). La stigmatisation: un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue médicale Suisse*, 13, 478-481.
- Harrar, M. (2018). Le statut du détenu malade. *Droit, Santé et Société*, n°5-6, 59-77.

## Dictionnaires

- Champy, P., Etévé, C. (1994). *Déontologie* Dans *Dictionnaire Encyclopédique de l'Éducation et de la Formation*. (1<sup>è</sup> éd, p.130). Paris : Editions Nathan
- Prison (1998). Dans *Le Petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.
- Déshumaniser (1999). Dans *Le Dictionnaire Larousse*. Paris : Larousse.
- Peur (2012). Dans *Le Dictionnaire Larousse*. Paris : Larousse
- Formarier, M., Jovic, L. (2012). *Emotion; Éthique; Prendre soin* Dans *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. (2<sup>è</sup> éd., p.165, p.187, p.246). Paris : Editions Mallet Conseil.

- Guarnieri, F., Zawieja, P. (2014). *Déshumaniser* Dans *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Seuil.
- Relation (2015). Dans C. Paillard. *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. (2ème éd. p 377, p 325, p377). Noisy-Le-Grand : Setes.

### Textes législatifs

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Repéré à :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. Repéré à :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140>
- Loi n°2009-1436 du 24 novembre 2009 relative aux droits et devoirs des personnes détenues, Article 42. Repéré à :  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=F4F563BF5E8A7591FA932F4E469C6790.tplgfr34s\\_3?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20191207](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=F4F563BF5E8A7591FA932F4E469C6790.tplgfr34s_3?idArticle=LEGIARTI000021329623&cidTexte=LEGITEXT000021329505&dateTexte=20191207)
- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Repéré à  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?numJO=0&dateJO=20110706&numTexte=1&pageDebut=11705&pageFin=11718](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20110706&numTexte=1&pageDebut=11705&pageFin=11718)

### Page web

- Santé Mentale. Repéré à [https://www.who.int/topics/mental\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/mental_health/fr/)
- Transfert. Repéré à  
<http://coursinfirmiere.free.fr/styled-23/styled-54/files/les-moteurs-et-les-techniques-de-la-relation-d2019aide.pdf>
- Contre-Transfert. Repéré à <https://formapsy.wordpress.com/>

## **Tableau des annexes**

- I. GUIDE D'ENTRETIEN
- II. RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN N°1
- III. RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN N°2
- IV. TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

## **Annexe I : GUIDE D'ENTRETIEN**

Question de départ (à ne pas énoncer en début d'entretien) : "En quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'une personne détenue hospitalisée en service de psychiatrie peut-elle influencer le prendre soin infirmier ? "

"Bonjour, je suis étudiante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes. Je réalise un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers. Cet entretien est très important pour moi car il me permettra de prendre en compte votre point de vue. Enfin, ce mémoire me permettra d'obtenir mon Diplôme d'Etat Infirmier en Juillet 2020.

Afin de réaliser mon mémoire, il me faut conduire des entretiens auprès d'infirmiers travaillant en service d'admission de psychiatrie. c'est pourquoi, je vous interroge vous. Cet entretien durera environ 20 à 30 minutes et je vous propose de l'enregistrer afin de ne rien perdre de ce que vous allez me dire . De plus, cela me permettra également de rester totalement à votre écoute de manière à ce que je puisse vous demander de préciser certains points qui me paraîtraient essentiels et sur lesquels je souhaiterais en savoir davantage. Bien que je vous enregistre, cet entretien est anonyme.

Tout d'abord, mon sujet de mémoire porte sur l'hospitalisation des personnes détenues en service de psychiatrie. "

*Questions concernant le soignant qui ont pour but de comprendre son parcours professionnel et l'influence que peut avoir ce parcours sur ses réponses :*

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé.e?
- Quelle est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps travaillez-vous en service d'admission de psychiatrie?
- Est-ce un choix de votre part ?

*Objectif 1 : Identifier les différentes représentations que les soignants ont du milieu carcéral et des personnes détenues.*

- Quelle image avez-vous de la prison ? D'une personne détenue ?
- Qu'est ce qui vous vient à l'esprit lorsque qu'un patient arrive d'une maison d'arrêt ou d'un centre de détention ?

Objectif 2 : Identifier la possible connaissance, par les soignants, des antécédents judiciaires des patients hospitalisés en psychiatrie

- Vous est-il déjà arrivé d'avoir connaissance des antécédents judiciaires d'un patient détenu ?
- Avez-vous régulièrement la connaissance des antécédents judiciaires des patients détenus hospitalisés en psychiatrie ?
- Pouvez-vous me décrire une situation difficile vécue avec un patient détenu? Aviez-vous connaissance de ses antécédents judiciaires? Comment cette connaissance était-elle venue à vous? Est ce que cette connaissance est venue interférer dans la situation que vous aviez à gérer ?
- Dans votre quotidien professionnel, recherchez-vous à connaître les antécédents judiciaires ou au contraire les évitez-vous?
- Pourquoi ?

Objectif 3 : Identifier l'impact de cette connaissance sur le prendre soin infirmier.

- En quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'une personne détenue hospitalisée en psychiatrie peut-elle influencer le prendre soin infirmier ? (Question de départ)

## **Annexe 2 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1 : IDE A**

**ESI** : Du coup, je présente mon sujet, donc c'est un mémoire qui va porter sur l'hospitalisation des personnes détenues en service de psychiatrie

**IDE** : D'accord

**ESI** : Donc j'aurais voulu savoir depuis combien de temps vous étiez diplômé, et votre parcours professionnel pour commencer?

**IDE** : Alors, moi je suis diplômé depuis 2008, donc ça va faire 11 ans. J'ai travaillé dans différents domaines, principalement dans la psychiatrie, j'ai fait tous les services de psychiatrie on va dire que ce soit d'admission ou service au long cours et puis j'ai travaillé aussi dans une unité pour malades difficiles

**ESI** : D'accord

**IDE** : Ca a été à Plouguernevel et puis je suis arrivé sur l'hôpital Guillaume Rénier à Rennes en 2013 et j'ai participé à l'ouverture de l'unité carcérale qui est l'UHSA, qui accueille spécifiquement des patients détenus, ce qu'on appelle des patients placés sous main de justice. Par la suite, je suis arrivé dans un service de psychiatrie adulte, aujourd'hui, dans lequel je suis depuis quelques années

**ESI** : D'accord. Ok. Et, c'était un choix de votre part de travailler en psychiatrie ?

**IDE** : Pas du tout ! Je suis tombé la dedans par hasard. Moi à la base je devais travailler, faire de la chirurgie vasculaire et thoracique

**ESI** : Ah oui d'accord, complètement autre chose

**IDE** : Voilà, et puis il s'avère qu'au décours des remplacements d'été, bah j'ai pas été, ils m'ont pas pris après l'été dans l'endroit où je travaillais, comme beaucoup de gens en fait et du coup je suis parti faire de l'intérim. Et, par intérim, je suis arrivé en psychiatrie. Voilà

**ESI** : D'accord

**IDE** : C'est pour ça que du coup, c'est comme ça que j'ai commencé dans la psychiatrie

**ESI** : Ok. Et, j'aurais voulu savoir quelle image vous aviez de la prison et des personnes détenues?

**IDE** : J'ai sûrement une image pour ma part qui, qui est pas fixe en fait. Pourquoi ? Parce que d'une part j'ai travaillé dans des unités spécifiques pour patients incarcérés qui sont détenus. Je connais aussi le fonctionnement, la situation, le contexte, comment c'est dans une prison parce que, par mon activité au sein de l'UHSA (Unité Hautement Spécialisé Aménagée), j'allais dans les prisons en fait et je m'occupais que de patients détenus . Donc, à la différence de mes collègues qui bossent en service de psychiatrie adulte, ils ont pas ces éléments là, de savoir comment ça fonctionne réellement, les méandres de la vie carcérale aussi, donc voilà, moi mon image elle est évolutive, elle a évolué. Mais ça a jamais été une image mauvaise en fait. C'est pas parce qu'ils sont incarcérés que du coup ça en est pas moins des patients, c'est avant tout des patients. Effectivement, ils sont incarcérés, alors pour des choses ou d'autres hein, moi j'ai pris en charge des patients qui pouvaient être détenus pour des faits très simples comme des patients qui avaient une incarcération en lien avec des crimes ou même du terrorisme.

**ESI** : D'accord, ok donc pas une image négative?

**IDE** : Non. Après, c'est sûr qu'après, par contre c'est compliqué de prendre en charge ce type de patients. A la fois par rapport à leur statut, par rapport à leur vécu, par rapport à leur histoire de vie aussi et une histoire de vie aussi autour de la privation de liberté. Donc c'est pas simplement du coup la question du patient, c'est là pour le coup, la question de la globalité de son environnement dans lequel il est. Avec aussi, son statut quand même, je dirais son statut parce qu'on peut pas faire tout ce qu'on veut dans un service de psychiatrie adulte avec un patient qui est incarcéré en fait puisqu'il est privé de liberté et donc de fait on doit le surveiller de manière un peu plus accrue.

**ESI** : C'est-à-dire que du coup dans les services de psychiatrie, ils sont hospitalisés dans les chambres de soins intensifs ?

**IDE** : Et bien, oui et non. Si on prend par exemple, l'hôpital dans lequel je travaille aujourd'hui, la politique est plutôt d'accueillir ce type de patients dans une chambre de soins



intensifs. Sachant qu'aujourd'hui, on a quand même moins de patients incarcérés puisque, du fait de la présence de l'UHSA, ils sont principalement orientés vers l'UHSA. C'est vrai que, depuis un certains temps, on a beaucoup moins de patients incarcérés, ce qui est quand même mieux puisque c'est très problématique, moi je trouve que l'accueillir, parce qu'il est détenu dans une chambre de soins intensifs alors que la chambre de soins intensifs, la chambre d'isolement c'est un soin en fait. Moi je travaille avec des psychiatres, notamment une, qui a fait le choix que, quand elle prend en charge un patient incarcéré dans le service, et bien il est pas forcément hospitalisé dans la chambre de soins intensifs parce qu'elle aussi, elle a travaillé en centre de détention.

**ESI :** D'accord. J'aurais voulu savoir qu'est-ce qui vous venait à l'esprit lorsqu'un patient arrive en hospitalisation donc en service de psychiatrie, un patient détenu donc qui arrive d'une maison d'arrêt ou d'un centre de détention? La première chose que vous vous dites?

**IDE :** Alors oui pour ma part oui. Ce n'est pas parce qu'il est incarcéré qu'il aura des soins différents. Il va être décalé sur le fait que malgré tout il arrive avec un statut particulier voilà. Et, que notre administration nous oblige à avoir une surveillance particulière. Mais, mon regard à moi, ne va pas changer en fait car sinon je ne ferais pas ce travail là. Je dis pas que par moment il peut y avoir des appréhensions. Il y'a aussi l'appréhension avec l'équipe avec laquelle je travaille aussi parce qu'on a pas tous le même vécu par rapport à ces patients.

**ESI :** Vous avez pas tous travaillé en prison ou en...?

**IDE :** Non donc moi en fait son statut je m'en fous un peu en fait, ce qu'il a fait je m'en fous après on peu des fois mettre du lien éventuellement entre son statut, sa potentielle dangerosité parce qu'il peut y en avoir, avec notre travail. Ce qu'on pourrait faire pour un patient lambda mais on sait qu'effectivement il y a cette particularité qu'il arrive par la détention et que la détention est quelque chose de très difficile et que par moment, notamment les patients qui sont en décompensation psychotique peuvent avoir des décompensations psychotiques très importantes, très fortes, très criantes, beaucoup plus qu'une décompensation psychotique de quelqu'un d'autre.

**ESI :** D'accord. Est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir connaissance des antécédents judiciaires du patient lorsqu'il arrive en service de psychiatrie?

**IDE** : Alors, avant, oui et non. Euh, je vous explique. Globalement, non, on le sait pas trop. Euh, en tout cas, moi, dans le service où je travaille aujourd'hui, les fois où j'ai accueilli les patients incarcérés j'avais pas le motif, quel était le motif de leur incarcération : s'ils étaient détenus, prévenus, voilà. Les unités pour malades difficiles c'est hyper cadré et globalement les accueils sont prévus à l'avance, euh, c'est en début d'après-midi, c'est toujours à peu près au même moment. On sait quelques jours avant qui on a, on a les éléments cliniques de son arrivée, est ce qu'ils arrivent en règle générale d'un hôpital. Il s'avère qu'un jour, un lundi après-midi, on nous annonce potentiellement, une entrée, imprévue et il s'avère que c'était un patient qui était, qui venait de faire un crime connu, dans la presse et que là on a su que c'était lui. On savait pas que c'était lui mais on se doutait que c'était lui qui arrivait. Et, on a su une heure avant que c'était effectivement lui qui arrivait. Donc là je savais le contexte de l'incarcération et donc avec le motif, le contexte de l'hospitalisation et donc avec les éléments autour de son placement sous main de justice.

**ESI** : Et, en service de psychiatrie quand vous accueillez les patients détenus, vous n'avez pas connaissance des antécédents judiciaires c'est-à-dire par exemple sur le dossier médical ou..?

**IDE** : Alors en règle générale, les antécédents judiciaires ne sont pas intégrés au dossier de soin. Hum..., il peut y avoir des éléments voilà autour de l'incarcération ou plusieurs incarcérations mais sans élément, sans motif particulier. Cependant, euh, des éléments judiciaires on peut en avoir. Notamment on va en avoir quand on a quelqu'un qui arrive en hospitalisation, alors après il y'a différents types d'hospitalisations. Mais néanmoins, quand il arrive un patient incarcéré en psychiatrie adulte, service normal on va dire, ils arrivent toujours en hospitalisation sous contrainte à la demande du représentant de l'Etat, du préfet au titre de l'article D398 du Code Pénal. C'est toujours comme ça parce que c'est un statut particulier. Et, on a ce qu'on appelle par contre une fiche de liaison carcérale où on a son statut : est ce qu'il est prévenu ou condamné, ses autorisations éventuelles par exemple d'appel téléphonique, de correspondance, son potentiel niveau de dangerosité et éventuellement ses passages à l'actes. Eventuellement s'il y a eu soit des agitations soit par exemple des tentatives de suicides.

**ESI** : D'accord

**IDE** : Et, là, les surveillants pénitentiaires vont nous faire une fiche administrative on va dire avec ses éléments là qui de leur côté ce sont des éléments techniques

**ESI** : Qui sont évalués c'est-à-dire, par exemple le potentiel de dangerosité il est évalué sur...?

**IDE** : Par eux même en fait

**ESI** : D'accord

**IDE** : Euh, l'administration pénitentiaire nous signale que voilà, par exemple, il y a un risque d'agitation parce qu'il y a déjà eu des éléments en détention ou des éléments de soucis par exemple. Ou autrement les risques de fugue

**ESI** : D'accord

**IDE** : Mais c'est que des éléments comme ça, ce n'est pas des éléments cliniques

**ESI** : D'accord, ok. Et, est-ce que ça peut arriver que le patient au décours d'un entretien par exemple avec l'infirmier et le psychiatre ou juste avec l'infirmier évoque ses antécédents ? Et, est-ce que c'est assez régulier ou..?

**IDE** : Régulier, oui et non. C'est... non c'est pas régulier. C'était peut être plus régulier quand je travaillais à l'époque en unité pénitentiaire. Ca peut arriver en psychiatrie adulte que certains, c'est vraiment aléatoire en fait. Euh, mais, c'est pas un élément qui nous semble, qui va nous paraître important mais néanmoins, il peut y avoir quand même certains éléments qui peuvent être intéressants dans l'analyse clinique de la situation. Par exemple, si un patient en état dépressif, un trouble anxieux, voilà ou autre chose par exemple, bah des fois ça peut être intéressant. Je prend un exemple, euh, j'ai déjà par exemple pris en charge des patients qui ont été incarcérés pour des meurtres sur leurs enfants, il y a des éléments qui peuvent être pertinents d'avoir après ça va se faire au cours des entretiens. Ils vont être amenés pendant un entretien de relation d'aide, d'accompagnement, de dire les choses.

**ESI** : Et, ça peut être intéressant parce que du coup vous vous allez avoir une approche différente ou ça vous aide à comprendre des symptômes?

**IDE** : Ah bah bien sûr, que ça nous aide. Là, en l'occurrence, ça nous aide à comprendre l'état de santé de la patiente par exemple pour comprendre la question des ruminations qu'il pourrait y avoir, qu'elle soit en boucle sur ça, sur un éventuel détachement psychotique aussi par rapport à cette situation là. Euh, néanmoins c'est pas un impératif.

**ESI** : D'accord

**IDE** : On fera différemment.

**ESI** : Vous irez chercher autrement..

**IDE** : On ira chercher sur de l'analyse clinique en fait, des éléments qui peuvent nous amener à comprendre ce qu'il se passe. Ils ne mettront pas forcément les mots pour vous dire "je suis incarcéré pour tel truc" mais ils vont dire voilà qu'ils ont eu des problèmes dans leur vie, des choses comme ça.

**ESI** : D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire une situation difficile vécue avec un patient détenu?

**IDE** : Hum, alors, ma question va être : dans quel type de service?

**ESI** : En psychiatrie

**IDE** : Donc, en psychiatrie. En psychiatrie pénitentiaire ou en psychiatrie classique?

**ESI** : En service d'admission de psychiatrie.

**IDE** : Est ce que ça peut être une situation en psychiatrie pénitentiaire?

**ESI** : Plutôt en service d'admission.

**IDE** : Alors, qu'est ce que je pourrais avoir comme situation? Ce qui pose toujours un peu problème c'est l'arrivée. C'est parce que l'arrivée arrive souvent au dernier moment, on est pas prévenu, euh et puis j'ai eu une situation où j'ai dû aller chercher un patient en détention,

en centre pénitentiaire un après-midi. Et, il s'avère que ce patient était en décompensation psychotique très très importante avec une tension psychique très importante et que les surveillants pénitentiaires étaient eux aussi en difficultés, qu'ils avaient dû au sein de la détention se préparer avec des protections pour intervenir pour aller chercher le patient dans sa cellule et que on a dû, donc moi j'ai pris en charge ce patient, donc avec une ambulance et mes collègues. On va toujours chercher à deux soignants et avec une ambulance. Et, il s'avère que le patient était très tendu psychiquement, physiquement, très violent. Et qu'il a fallu le maîtriser, le mettre sur un brancard avec une grande difficulté malgré les contentions physiques. Il ne se calme pas, je n'avais pas de moyens de pouvoir le contenir de manière thérapeutique par une sédation. Il a fallu s'installer sur le patient pour le tenir physiquement sur le brancard et là où habituellement l'ambulance fait son trajet tranquille pour aller à l'hôpital, là j'ai demandé à l'ambulance d'y aller au plus vite parce qu'on était deux soignants dans l'ambulance avec les surveillants pénitentiaires qui ont décidé de nous escorter en fait. Il y en a un qui est resté dans l'ambulance avec nous parce que le patient était trop trop agité et on a été en grande difficulté à l'arrivée de l'hôpital parce que du coup pas le temps de prévenir l'hôpital. Arrivés sur place, il a fallu appeler des gens en renfort, l'installer dans une chambre d'isolement de manière très difficile, donc ouais patient très très difficile. Un patient qui était très très dangereux à ce moment-là.

**ESI :** D'accord. Donc à ce moment-là vous n'aviez pas connaissance des antécédents judiciaires de la personne. Est ce que le fait qu'il soit, je ne sais pas si ma question va être bien posée. Mais est ce que le fait qu'il soit une personne détenue, est ce que ça a induit de la peur chez vous ou c'est plutôt son agressivité du fait de sa décompensation ?

**IDE :** C'est son agressivité du fait de sa décompensation en fait hein

**ESI :** D'accord

**IDE :** Uniquement parce que ce type de situation j'ai pu en vivre euh avec des patients non incarcérés et ça reste à peu près la même situation. Peut-être que la petite différence c'est qu'on sait que ce patient là est passé à l'acte et que voilà. En tout cas, c'était un patient connu de l'hôpital, euh, en fait, son passé carcéral à ce moment-là je n'en avais rien à foutre en fait.

**ESI :** D'accord, ça aurait pu être un patient lambda?

**IDE** : Oui, voilà c'est ça, un patient lambda. Ma grande difficulté a été plutôt de pas pouvoir le sédaté par un traitement sur place.

**ESI** : D'accord.

**IDE** : C'est une vraie difficulté parce que là en l'occurrence tu pars souvent un infirmier et un aide soignant et là du coup c'est l'infirmier qui est responsable de l'intervention, on a pas de médecin sur place. Donc il faut savoir les faire consciemment et réfléchir dans l'urgence. Parce que là en l'occurrence, en fait on savait que ce patient là, parce que moi je l'avais connu en détention, euh, c'était difficile, mais à ce point là quand même...

**ESI** : D'accord. Est ce que dans votre quotidien professionnel, vous cherchez à savoir le motif d'incarcération de la personne détenue ou c'est pas quelque chose que vous allez vouloir savoir?

**IDE** : Ce n'est pas quelque chose que je cherche à savoir. Euh, c'est des choses qu'on peut être amenés, qu'on a souvent malgré tout. Soit par le patient, soit par d'autres biais mais on le sait mais c'est pas un truc qui m'intéresse en fait. Par contre, souvent ce que je sais et que je peux analyser c'est à la durée de la peine éventuellement, du temps d'incarcération, bah on va savoir si c'est des délits criminels globalement.

**ESI** : D'accord. Donc vous cherchez pas à savoir. Parce qu'il y aurait peut-être des gens qui chercheraient à savoir pour..?

**IDE** : Oui, il y'a sûrement des collègues qui sont...Oui, oui, ça peut arriver

**ESI** : Et, par rapport au prendre soin?

**IDE** : En fait, dans le prendre soin, c'est pas forcément nécessaire, en fait. Je dis pas que ça peut pas être intéressant à un moment donné parce que j'ai plusieurs situations en fait que l'on sache pourquoi il est incarcéré effectivement ça peut nous permettre de pouvoir comprendre des situations. Je prends par exemple, un patient, que, je suis depuis longtemps, on sait que la décompensation psychotique qu'il a eue, elle a occasionné la mort d'une personne. Euh, on sait que voilà dans cette décompensation là psychotique, le patient

il est complètement dissocié, il est absent et il est euh, possible de choses ahurissantes en fait.

**ESI :** Et du coup, là vous préférez ?

**IDE :** C'est pas que je préfère, c'est un élément parmi tant d'autres. C'est, est-ce que c'est un plus? Potentiellement. Si je ne l'avais pas on pourrait faire le travail quand même de toute façon.

**ESI :** C'est très patient-dépendant en fait, ça dépend de chaque patient ?

**IDE :** Ouais

**ESI :** Ok. Enfin, je voulais aborder avec vous, j'aurais voulu vous demander pour vous en quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'une personne détenue hospitalisée en service de psychiatrie ça peut influencer le prendre soin infirmier?

**IDE :** De quelle manière ça pourrait influencer, bah sur potentiellement l'appréhension. Je dis appréhension mais même de la peur parfois de certains collègues par exemple parce que du coup effectivement si on a des éléments autour de multiples délits, violence, si il y'a des actes criminels, terroristes ou autre. Ca peut créer de l'appréhension, ouais.

**ESI :** Euh, est ce que du coup c'est dû à l'image que les gens ont de la personne détenue, de la prison, tout ça, qui peut ensuite rentrer, enfin ça peut influencer du coup?

**IDE :** Oui, bien sûr. C'est à la fois l'image, déjà les gens ils arrivent avec un statut, statut de détenu, patient détenu. Ca reste des patients, effectivement ils sont incarcérés. Après, oui, bien sûr, cette image là, elle est confrontée aussi à ce qu'est le réel. Cette personne est incarcérée pour quelque chose qui est, qui était interdit en fait, avec potentiellement une dangerosité donc ça appartient à chacun effectivement de.. En psychiatrie adulte, les gens font pas le choix, par exemple, d'accueillir, de travailler avec des patients qui sont incarcérés et avec ce qu'il y a derrière comme interprétation possible, comme risque hein. A la différence des services de psychiatrie pénitentiaire, où on sait où on travaille, on sait le contexte, donc c'est sûr que oui, ça peut faire, créer de la peur, de la crainte. Et, puis que des fois on vous en rajoute en fait c'est-à-dire que des fois on peut être amené à avoir une

direction de l'hôpital et puis derrière les services de l'Etat qui vont nous faire un coup de pression : attention, il est dangereux, faites gaffe.

**ESI** : D'accord, donc il y a des fois on vous prévient un peu comme ça?

**IDE** : Ouais, faites attention il fugue, faites attention, soyez vigilant, surveillez le, surveillez le, surveillez le.

**ESI** : D'accord. Et, vous, en service de psychiatrie, les patients détenus, ils restent longtemps ou.. parce que du coup comme ils sont hospitalisés en chambre de soins intensifs on peut pas les garder très longtemps?

**IDE** : Alors, il y a deux choses, aujourd'hui, il y a quand même de moins en moins de patients hospitalisés, moins de patients détenus hospitalisés en service de psychiatrie adulte. Et, aujourd'hui, ils sont beaucoup plus hospitalisés en UHSA. Faut savoir que quand ils vont à l'UHSA, ils sont hospitalisés selon deux modes : soit en soins libres c'est-à-dire qu'ils sont consentants aux soins, ils vont dans ce service là, ils sont en soins libres. Soit ils sont hospitalisés à la demande du représentant de l'Etat, ils sont ce qu'on appelle en SDRE, euh, parce qu'ils sont pas consentants en soit. Après, quand ils sont hospitalisés en psychiatrie adulte, ils sont hospitalisés au titre de l'article comme je disais tout à l'heure D398 du Code Pénal, donc c'est une hospitalisation par défaut en fait parce que normalement ils devraient être hospitalisés à l'UHSA. Donc c'est vrai, que moi, dans mon hôpital aujourd'hui, les détenus arrivent en chambre d'isolement, des fois avec pas de clinique qui indique une chambre d'isolement. Euh, en règle générale, ils vont rester hospitalisés le plus court possible. Dès qu'on peut, on va essayer de les transférer vers l'UHSA.

**ESI** : D'accord

**IDE** : Cependant, il y a des fois, le transfert administratif, donc euh, les documents de transfert au titre de l'hospitalisation sous contrainte par le préfet, le ministère de la justice peuvent prendre quelques jours des fois alors que euh, il y a des patients qui cliniquement ne nécessitent plus d'hospitalisation où moi j'ai vu une patiente par exemple, un vendredi, elle est arrivée en milieu de semaine je crois et le vendredi ça allait quoi, elle s'était posée et donc on demande la levée des soins sous contrainte et son retour en détention. Elle est rentrée que le lundi. Elle a passé le week end chez nous parce que du coup, un problème de



papier, d'autorisation, de signature. Elle était en chambre d'isolement ouverte. Mais c'est vrai, ça peut être des fois la double peine en fait hein.

**ESI** : Je voulais savoir si, du fait de ce que les gens imaginent du crime, de tout ça, est ce que les gens inconsciemment euh, je sais pas comment dire ça mais est ce que ça peut influencer le prendre soin mais euh, de manière, c'est-à-dire que la prise en soin sera différente qu'avec un patient atteint de schizophrénie qui se ferait hospitaliser ?

**IDE** : Malheureusement, c'est le cas. C'est pour ça par exemple qu'il faut que les détenus aillent dans les services spécifiques à leur prise en charge parce que cette question de l'image, elle est malgré tout présente, ça reste quand même des gens détenus. Donc oui, il y a parfois des représentations qui sont présentes et qui sont difficiles à mobiliser. Et, puis, euh, dans un contexte où on demande beaucoup à l'équipe en terme de surveillance, c'est ce qu'on disait, donc oui ça biaise en fait, ça peut biaiser le soin. Et, puis, le soin en psychiatrie, c'est un soin aujourd'hui, le plus possible ouvert, ouvert vers l'extérieur. Et, du coup c'est compliqué pour nous de pouvoir, parce que du coup on est confronté à une situation où le patient bah on le prive de liberté, il a pas le droit de sortir du service alors qu'on pourrait être amené à proposer nous, dans notre quotidien, c'est ce qu'on fait, des soins vers l'extérieur, vers la cité. Et, là on peut pas en fait. Donc ça nous ramène à nos incapacités en fait. Et à potentiellement des fois à accepter qu'on fasse quelque chose avec un patient non incarcéré qu'on ne peut pas faire avec un patient incarcéré. Parce que du coup là, la seule chose qu'on va pouvoir proposer c'est un retour en détention avec un suivi par le SMPR.

**ESI** : Et, même par rapport à un patient qui viendrait non incarcéré mais en hospitalisation SDRE mais qui n'aurait pas été incarcéré en prison, la prise en soin elle est différente vis à vis de ces deux populations? Du fait que l'un soit détenu et hospitalisé en SDRE et l'autre non détenu et hospitalisé en SDRE?

**IDE** : Le mode d'hospitalisation de soin, que ce soit en soin libre, à la demande d'un tiers ou à la demande d'un représentant de l'Etat ça change pas grand chose pour nous, si ce n'est que c'est compliqué par exemple pour un patient qui est SDRE on doit demander 48 heures à l'avance une autorisation de sortie au préfet, faut l'accompagner... Donc c'est, c'est plus compliqué à organiser. La différence c'est qu'avec un détenu tout ça on peut pas le faire en fait parce que du coup de toute façon, il n'y a pas le droit de sortir du service.

**ESI** : D'accord.

**IDE** : Voir dans certains services, ils ne sortent même pas de la chambre d'isolement , c'est médecin et équipe dépendante en fait ça. Moi, je travaille dans une unité où j'ai deux psychiatres qui travaillent un peu différemment vis à vis des détenus. Il y a une collègue psychiatre qu'a travaillé en détention donc qui connaît voilà, elle a pas peur de ça éventuellement. Elle va ouvrir la chambre d'isolement, autoriser à sortir dans le service. Moi, dans mon service, il y a un jardin donc euh, c'est plus facile aussi que dans d'autres services.

**ESI** : Du coup, il n'y a pas de situation où vous avez eu connaissance des antécédents judiciaires et où cela a pu impacter votre prise en soin?

**IDE** : Oh si sûrement. Si, si bien sûr.

**ESI** : Est ce que vous en avez une à me décrire?

**IDE** : Oui. Euh, celle de mon patient quand j'étais à l'UMD, on a su qu'il venait, bien sûr.

**ESI** : Ca a induit de la peur?

**IDE** : Pas de la peur, c'est peut être plutôt le fait que... Parce que peur, j'ai rarement eu peur dans ma carrière professionnelle, quelquefois mais pas forcément en lien avec le statut pénal en fait. Euh, mais du coup il y a des représentations qui arrivent. Il arrivait en plus en dehors de toutes les règles habituelles ensuite, dans une urgence donc euh, oui, ça a pu jouer, oui, ça a joué, bien sûr. Ca a joué, oui. Pas de là à modifier totalement mon travail mais potentiellement euh, un... C'est vrai que dans ce service là, souvent les patients ils arrivent après une hospitalisation en psychiatrie adulte et voilà, là c'était pas le cas donc euh, il était là pour qu'on puisse l'évaluer. Donc, il y avait pleins de choses derrière aussi qui faisaient que du coup il y avait une appréhension.

**ESI** : Sinon, dans d'autre cas, la prise en compte des antécédents judiciaires elle est pas si importante que ça pour vous?

**IDE** : Non. Aussi, parce que je pense que j'ai ce parcours là. J'ai eu le parcours de travailler avec des malades difficiles, parcours de travail en psychiatrie pénitentiaire qui me détache presque finalement de la question de pourquoi il est incarcéré en fait. Euh, et, à la différence probablement de collègues qui euh, n'ont pas eu ce parcours là et qui peuvent avoir une hypervigilance, une hyper attention à ça parce que, ce besoin aussi de se rassurer peut être finalement, de savoir pourquoi. Et, de projeter éventuellement quelque chose sur "est ce que moi je suis en danger?" Parce que ce qu'il peut se dire derrière des fois c'est bah on connaît les patients par exemple les patients qui.. un patient qui fait une crise classique en hôpital psychiatrique on a l'habitude, tout le monde à l'habitude. On a des éléments de perceptions, d'analyse, on sait que ça va arriver. Mais là ce qu'il peut y avoir en jeu, c'est du coup le fait qu'il ne voit pas la chose arriver. Et, du coup, ça bouleverse les repères en fait.

**ESI** : Oui, et puis avec toutes les représentations qui vont avec aussi...?

**IDE** : Ah bah oui clairement. Oui, oui, oui... C'est vrai que mon parcours fait que j'ai travaillé avec tout un tas de type de détenus.

**ESI** : Oui, en fait avec l'expérience aussi...

**IDE** : Oui, c'est à dire que même mes premiers jours où j'ai travaillé en psychiatrie pénitentiaire j'étais pas rassuré, j'étais en prison. La première fois où j'ai été dans une prison haute sécurité, je me les... hein. La première fois où j'ai pris en charge des patients d'une prison haute sécurité que j'ai ramenés à l'hôpital euh, oui, il y'a des fois où j'étais pas rassuré.

**ESI** : Et, en prison, par contre, vous avez connaissance des antécédents judiciaires?

**IDE** : Alors, moi à l'UHSA, j'allais chercher les patients dans leur prison. Euh, on avait pas forcément leur motif d'incarcération. Pas toujours. Ce qu'on avait c'était leur niveau de dangerosité. Voilà. Après, on sait en fonction de quelle prison bah par exemple si on va à Saint Briec, c'est une maison d'arrêt donc une maison d'arrêt c'est courte peine. Alors que si on va au centre pénitentiaire de Rennes-Vezin, ici à côté, bon ben y a un peu de tout : il y a le centre de détention avec les longues peines voilà. Si on va au centre pénitentiaire à côté d'Alençon, bon bah là par contre on sait que c'est une prison de haute sécurité donc c'est pas des délits, c'est des gens avec un très gros niveau de dangerosité, donc oui, on a ces

éléments là souvent. Et puis, on a pas toujours, on les a eus à un moment donné par le patient, par le lien avec l'équipe qui le prend déjà en charge potentiellement.

**ESI** : Les patients quand ils arrivent en service de psychiatrie, ils ont envie de participer au soin ou ils ne sont pas du tout dans l'adhésion ?

**IDE** : C'est hyper aléatoire en fait. Il y a les patients qui arrivent et qui ont demandé à venir parce qu'ils ne sont pas bien en fait. D'autre, qui se font hospitaliser un peu contre leur gré parce que par exemple, ils se sont scarifiés, il y'a eu un risque suicidaire. Ils ont pas forcément envie de venir et du coup ils s'inscrivent pas dans un processus de soin. Et puis, des fois malheureusement c'est un peu des appels pour se confronter à la pénitencière et ils finissent à l'hôpital et puis quand ils finissent à l'hôpital parfois certains ils ont encore moins de liberté qu'en détention. Oui, parce que quelqu'un qui est incarcéré dans un centre de détention donc les longues peines, il a sa chambre, il peut circuler, il a une télévision, il peut se faire à manger que là il arrive à l'hôpital en chambre d'isolement, il a pas de télévision. Il a juste un lit, il est en pyjama. Il peut pas aller fumer, il doit manger ce qu'on lui donne et il est obligé de prendre un traitement en plus. Donc oui, des fois c'est difficile. Il peut y avoir un rapport de force qui peut être des fois de la démonstration mais qu'on va être obligé de prendre en compte parce que néanmoins on est aussi là pour se protéger. La différence en fait avec les patients détenus c'est que ils viennent et est-ce qu'il y a des vrais éléments cliniques, bah c'est pas sûr... Des fois, ils viennent pour une mise à l'abri. On travaille différemment avec une personne qui n'est pas incarcérée parce que si cette personne nous menace bah elle va dehors. Alors que avec les détenus, c'est pas possible. Et, en plus, on ne peut pas le faire retourner en détention parce que les méandres administratifs font que ça prend du temps.

**ESI** : D'accord, avez-vous quelque chose à rajouter?

**IDE** : Non, bah non j'ai tout dit, haha

**ESI** : Et bien merci beaucoup en tout cas

**IDE** : De rien.

### **Annexe III : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2 : IDE B**

**ESI :** Donc du coup j'aurais aimé savoir depuis combien de temps vous étiez diplômée

**IDE :** Alors je suis diplômée de 2010

**ESI :** D'accord. Et, votre parcours professionnel?

**IDE :** Je suis donc retournée en psychiatrie, service d'admission depuis 2012.

**ESI :** D'accord. Ok. C'était un choix de votre part de travailler en psychiatrie ou...?

**IDE :** Alors, c'était mon projet professionnel, euh, à la base, euh et du coup j'avais voulu repartir dans le général en me disant que j'aurais une étiquette infirmière psy et j'avais peur voilà. Et en fait en arrivant à Rennes bah j'ai eu du mal à trouver autre chose donc du coup je suis retournée à mes premiers amours

**ESI :** D'accord. Euh.. du coup concernant mon sujet, j'aurais aimé savoir quelle image vous aviez de la prison et des personnes détenues?

**IDE :** Alors, quelle image j'ai de la prison? C'est une bonne question, euh, j'ai envie de dire une image euh assez neutre malgré tout après la prison c'est sûr que c'est un lieu qui fait peur hein. Mais, euh, voilà, après les personnes qui sont en prison, euh, j'ai pas d'appréhension particulière.

**ESI :** D'accord. Donc pas d'image particulière?

**IDE :** Non, non, non.

**ESI :** Ok

**ESI :** Et, j'aurais aimé savoir qu'est ce qui vous vient à l'esprit lorsqu'un patient détenu arrive en service d'admission pour se faire hospitaliser?

**IDE :** Qu'est ce qui me passe en tête? C'est ça?

**ESI :** Ouais, qu'est ce qui vous vient à l'esprit?

**IDE** : Alors, c'est vrai qu'en général on se demande pourquoi la personne est en prison, clairement, souvent, c'est la question que l'on se pose. Alors, euh, on est pas censée savoir pourquoi ils sont emprisonnés donc on a pas toujours les motifs. Euh, voilà après c'est quelqu'un que l'on va prendre en charge comme tout le monde, et on oublie assez vite malgré tout qu'il est du milieu carcéral quoi.

**ESI** : D'accord, donc pas de..., enfin, euh, la première chose qui vous vient à l'esprit c'est plutôt de savoir, enfin vous aimeriez...

**IDE** : Voilà, c'est plutôt plus de la curiosité mal placée entre guillemets, mais, non, non y a pas de, pas de chose particulière qui viennent en tête après l'aspect dangerosité ou chose comme ça pas particulièrement. Alors, c'est vrai que dans les services d'admission les patients, ils arrivent plutôt dans les chambres d'isolement

**ESI** : Oui

**IDE** : Enfin, en tout cas moi c'est ce que j'ai vu. Euh, donc y a quand même une sécurité, voilà, au niveau fugue surtout en fait. Parce que effectivement vu qu'il arrive du milieu carcéral, on serait embêté d'avoir un fugueur, voilà

**ESI** : Et, du coup, est-ce que ça vous est déjà arrivé d'avoir connaissance des antécédents judiciaires de la personne détenue?

**IDE** : Alors, oui. Malgré tout, d'une manière ou d'une autre, on arrive, à le savoir. Euh, alors quand il y a eu, il y a eu une ou deux fois ou il y a la personne qui avait tué quelqu'un, euh, bah malgré tout notre rôle soignant revient assez vite au premier plan et on oublie assez vite, voilà. Après, je dis pas que voilà y a pas une certaine méfiance, mais on essaye de faire abstraction en tout cas de ce qu'a pu faire la personne pour pouvoir la prendre en charge comme n'importe qui

**ESI** : Et ça peut générer quand même des émotions chez vous?

**IDE** : Ah bah oui, oui, oui. C'est certain, voilà, une certaine méfiance en fonction, enfin voilà c'est sûr hein..

**ESI :** Et, ça arrive régulièrement que vous ayez connaissance des antécédents judiciaires ?

**IDE :** Alors, euh, la plupart du temps quand même, on le sait. C'est rare, qu'on sache pas. Alors, soit euh, soit c'est le patient qui nous dit, soit euh, bah c'est un patient qui est connu de l'hôpital donc bah voilà au fur et à mesure des hospitalisations, on a pu savoir d'une manière ou d'une autre. Mais par contre, ça n'est jamais le milieu carcéral qui nous donne ce type d'informations.

**ESI :** D'accord, et ça peut être écrit dans le dossier ou c'est euh plutôt lors d'entretien?

**IDE :** Alors, c'est plutôt lors d'entretien, est-ce que c'est écrit dans le dossier, c'est une bonne question. Je pense que quand le patient le dit de lui même, ça doit être noté dans le dossier.

**ESI :** D'accord

**ESI :** Et, est ce que vous pouvez me décrire une situation difficile que vous auriez vécue avec un patient détenu?

**IDE :** Alors, pour être franche, j'ai pas eu de situation difficile avec des détenus. Alors, y en a peut être eu, hein, pour d'autres personnes euh, en général quand ils arrivent à l'hôpital, c'est quand même qu'ils sont demandeurs d'hospitalisation les trois quarts du temps. Et, c'est vraiment pour faire un break avec la prison parce que les conditions sont pas toujours faciles. Donc j'ai envie de dire vu qu'ils ont envie d'être à l'hôpital, y a pas forcément de situations compliquées.

**ESI :** Et du coup quand ils sont en chambre d'isolement c'est pas compliqué de ...? parce qu'au bout d'un moment les...?

**IDE :** Alors, là c'est plus effectivement au niveau éthique où on se dit la personne est calme, la personne est compliant, y a aucun motif pour qu'elle soit en CSI, hormis un risque de fugue parce que clairement c'est surtout pour ça. C'est vrai que la question se poserait de les mettre dans les services mais en même temps si y a fugue enfin voilà c'est vraiment l'entre deux, donc c'est vrai que maintenant on voit quasiment plus de détenus en dehors de l'UHSA parce que justement c'est compliqué dans les

**ESI** : Oui, parce que du coup ils peuvent pas rester, euh, très longtemps quoi?

**IDE** : Bah, je sais qu'il y a des secteurs où les carcéraux vont dans le service.

**ESI** : Ouais

**IDE** : Mais bon c'est prendre le risque effectivement, parce que c'est un risque majeur en général.

**ESI** : Cela nécessite du coup peut-être que des secteurs deviennent des admissions fermées alors que...

**IDE** : C'est ça, exactement. Et puis, après, si, l'autre chose qui peut poser question, par exemple, en prison, ils ont le droit à telle et telle visites, ils ont le droit à, euh, tel et tel appels téléphoniques etc... C'est vrai qu'on a pas forcément les consignes du pénitenciers et nous du coup il faut malgré tout qu'on applique. Alors c'est vrai, que le fait qu'ils soient en CSI bah ça évite les visites, ça évite...

**ESI** : Il y a un peu des restrictions qu'ils n'ont pas forcément en prison?

**IDE** : Ouais, on dépasse le cadre carcéral, quoi. Donc c'est vrai que c'est pas toujours évident

**ESI** : Est ce que dans votre quotidien professionnel, quand un patient, enfin, quand il y a des patients détenus, euh, vous chercher à savoir les antécédents ou au contraire vous ...?

**IDE** : Alors pour être franche, les trois quarts du temps, on essaye, de connaître les antécédents, d'une manière ou d'une autre parce que enfin, c'est vrai qu'on a envie de savoir s'il y a un caractère de dangerosité, euh, éventuellement se protéger, euh, ou pas, mais, c'est vrai qu'en général on aime bien savoir pourquoi la personne a été détenue enfin pourquoi elle a été mise en prison



**ESI** : Et, est-ce que c'est du fait de l'image et des représentations que peut-être tous les individus ont de la prison et de la personne détenue que vous cherchez à savoir les antécédents judiciaires pour vous pour vous protéger ?

**IDE** : Alors il y a une certaine curiosité entre guillemets et puis effectivement un caractère de protection enfin savoir si, euh, le patient vient pour un trafic de drogue ou pour un homicide, bah voilà effectivement. Après, euh, quoi qu'il en soit, dans les situations que j'ai vécues la prise en charge qu'on a eue n'a jamais été différente de l'un à l'autre en fonction de leur motif d'hospitalisation. Alors, moi, personnellement, j'ai pas été confrontée à des patients qui avaient été emprisonnés pour des faits graves et voilà. Je sais que c'est arrivé dans d'autres services ou effectivement les prises en charge étaient pour le coup quand même plus compliquées, quoi. Effectivement, par exemple, lorsqu'il y a des tortures d'enfants ou des choses comme ça et que le patient arrive, euh, y avait eu ça dans un service à côté, c'est plus compliqué, effectivement de mettre ça de côté et de prendre en charge le patient.

**ESI** : Et, puis peut-être qu'aussi le fait que, par exemple, vous vous êtes maman, du coup ça, peut-être que cela peut rentrer en compte ?

**IDE** : Exactement, ça rentre en compte, oui, oui, oui tout à fait. L'image qu'on peut avoir, ouais, ouais, ça c'est certain.

**ESI** : Et, du coup ma dernière question c'est ma question de départ de mémoire, donc j'aurais aimé savoir si pour vous, en quoi la connaissance des antécédents judiciaires d'une personne détenue hospitalisée en psychiatrie peut-elle influencer le prendre soin infirmier ?

**IDE** : Bah de toute façon, enfin, je pense qu'effectivement, dans l'idéal il ne faut pas connaître les antécédents parce que effectivement, encore une fois, si on a face à nous une personne qui a fait du mal à des enfants, qui a violé, qui a, il y aura toujours une appréhension en tant que personne, bah voilà de se dire, oh là là là, ce que t'as fait c'est horrible et je vais avoir du mal à te prendre en charge. Après, euh, enfin, c'est ma vision, je pense qu'une fois qu'on rentre dans la chambre, on essaie malgré tout de mettre à distance le motif d'emprisonnement et de prendre soin malgré tout de la personne. Alors, est-ce qu'on le prendra en charge de la même manière qu'une autre personne, c'est-à-dire au niveau relationnel est-ce qu'on ira chercher aussi loin, est-ce qu'on prendra autant de temps que d'autres personnes, je ne sais pas. Et puis, bah c'est vrai que l'UHSA à ouvert peu de temps

après que je sois arrivée, les carcéraux restent très peu de temps dans nos services, en fait, c'est un week end, donc c'est vraiment, des, des patients qui passent vite quoi.

**ESI :** Et, est-ce que vous pensez que par exemple en service d'admission il y a des patients qui sont hospitalisés en SDRE donc qui ont pu connaître des actes criminels mais qui ont été jugés inaptes. Et, en fait est-ce que vous pensez que c'est le fait que ces personnes soient emprisonnées qui fait que, parce qu'au final vous prenez aussi en soin des personnes?

**IDE :** Alors, on va se retrouver avec la même problématique pour des personnes SDRE, tu vois je pense à un patient, on sait très bien qu'il est totalement conscient de ce qu'il fait mais il a été déclaré inapte. Donc, euh, après encore une fois, là en l'occurrence, c'est des personnes pour lesquelles j'arrive à mettre à distance leur motif de, enfin voilà, les faits qu'ils ont pu avoir et du coup ça me permet de les prendre en charge. Après, j'ai jamais été face, effectivement, à, euh, quelqu'un qui touchait des enfants ou qui, et là, je sais pas si je dirais la même chose, voilà.

**ESI :** Oui, des actes plus qui touchent aussi à la vie

**IDE :** Oui des actes plus sévères, voilà, je pense que ce serait différent. J'ai jamais été face à cette personne qui avait vraiment commis des actes extrêmement violents, enfin violents, je dis pas qu'un homicide c'est pas violent, loin de là, mais

**ESI :** Oui, des actes qui rentrent plus en lien aussi avec, euh...

**IDE :** Voilà, exactement

**ESI :** D'accord

**IDE :** Voilà, mais c'est vrai que récemment on a eu un patient, qui est venu, enfin il avait fait sa peine de prison pour torture et, on a jamais su ce qui avait... Effectivement, on s'est posé à un moment la question de se dire mais qu'est-ce qu'il a pu faire, qu'est-ce qu'il a pu faire? Il avait pris pas mal de prison, on a jamais su.

**ESI :** Et en fait, du coup ouais là, c'est peut être aussi l'image que les gens ont de la prison qui fait que on peut avoir un prendre soin différent alors que on prend aussi en soin des gens qui, qui ont purgé leur peine

**IDE :** Tout à fait, c'est ça, qui ont purgé leur peine. Bah après, oui c'est vrai que quand il arrive du milieu carcéral, c'est plus qu'il y a tout le cadre derrière, qu'il faut respecter et puis, le fait que oui, il arrive en CSI, enfermé, qu'il soit mis un peu à part qui est un peu dérangeant

**ESI :** Et, les personnes détenues, quand elles arrivent en CSI, elles sont compliantes aux soins ou ...?

**IDE :** Bah, en général encore une fois elles arrivent... enfin voila c'est leur break, quoi. C'est vraiment pour quitter la prison et les conditions du coup en général ils sont plutôt très compliants

**ESI :** Ouais, parce que du coup, elles ont quand même une diminution de leur liberté entre guillemets mais, voilà, elles appellent moins, elles peuvent plus passer d'appels, elles peuvent plus sortir

**IDE :** Oui, elles ont moins, ouais, de liberté, mais en même temps, pas tout le cadre difficile de la prison. Enfin en général, pour eux, ils décrivent ça quand même comme être plus zen, après je sais pas ce que ça engage pour eux vraiment, mais en tout cas en général c'est plutôt...

**ESI :** D'accord, donc souvent connaissance des antécédents judiciaires mais euh...

**IDE:** Souvent connaissance, mais jusqu'à maintenant j'ai toujours réussi à les mettre à distance

**ESI :** D'accord, pour au final prendre en soin de la manière que...

**IDE :** Pour prendre en soin euh, de la même manière qu'un autre patient

**ESI :** D'accord, ok, bon bah super, merci beaucoup.

**IDE** : De rien, merci à toi.

## Annexe IV : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Tableau 1

<b>Thème</b>	Représentations sociales du milieu carcéral et des patients détenus			
<b>Objectif</b>	Identifier les différentes représentations sociales que les soignants ont du milieu carcéral et des personnes détenues			
<b>Classifications</b>	Image des soignants	Émotions des soignants	L'imaginaire que l'incarcération génère	Considération du patient par les soignants
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Une image neutre</li> <li>-Pas de chose particulière qui vienne en tête</li> <li>-L'aspect dangerosité , pas particulièrement</li> <li>-J'ai sûrement une image qui est pas fixe</li> <li>-Mon image elle est évolutive</li> <li>-Mais ça n'a jamais été une image mauvaise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Les personnes qui sont en prison, j'ai pas d'appréhension particulière</li> <li>-La prison c'est sûr que c'est un lieu qui fait peur</li> <li>- Il peut y avoir des appréhensions</li> <li>-L'appréhension avec l'équipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-On se demande pourquoi la personne est en prison</li> <li>-Clairement, souvent, c'est la question que l'on se pose</li> <li>-C'est plutôt plus de la curiosité mal placée entre guillemets</li> <li>-On est pas censé savoir pourquoi ils sont emprisonnés</li> <li>-Ils sont incarcérés, alors pour des choses ou d'autres</li> <li>-Ce qu'il a fait je m'en fout</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Par contre c'est compliqué de prendre en charge ce type de patient</li> <li>-Par rapport à leur statut, par rapport à leur vécu, par rapport à leur histoire de vie aussi et une histoire de vie aussi autour de la privation de liberté</li> <li>-C'est quelqu'un que l'on va prendre en charge comme tout le monde</li> <li>-On oublie assez vite malgré tout qu'il est du milieu carcéral quoi</li> <li>-C'est pas parce qu'ils sont incarcérés que du coup ça en est pas moins des patients</li> <li>-C'est avant tout des patients</li> <li>-C'est pas simplement du coup la question du patient</li> <li>-C'est là pour le coup, la question de la globalité de son environnement dans lequel il est</li> <li>- On peut pas faire tout ce qu'on veut dans un</li> </ul>

				<p>service de psychiatrie adulte avec un patient qui est incarcéré en fait puisqu'il est privé de liberté et donc de fait on doit le surveiller de manière un peu plus accrue.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-On sait qu'effectivement il y a cette particularité qu'il arrive par la détention et que la détention est quelque chose de très difficile</li><li>-On peut des fois mettre du lien éventuellement entre son statut, sa potentielle dangerosité parce qu'il peut y en avoir, avec notre travail</li><li>-Ce n'est pas parce qu'il est incarcéré qu'il aura des soins différents (IDE A)</li></ul>
--	--	--	--	--

Tableau 2

Thème	La connaissance des antécédents judiciaires des patients détenus		
Objectif	Identifier la possible connaissance par les soignants des antécédents judiciaires de leurs patients hospitalisé en psychiatrie		
Classification	Connaissance du soignant	Biais de la connaissance	Versant utile de la connaissance du motif d'incarcération pour les soignants
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-D'une manière ou d'une autre, on arrive, à le savoir</li> <li>-La plupart du temps quand même, on le sait</li> <li>-C'est rare, qu'on ne sache pas</li> <li>-On essaye, de connaître les antécédents</li> <li>-On aime bien savoir pourquoi la personne a été détenue</li> <li>-Globalement, non, on ne le sait pas trop</li> <li>-Les fois où j'ai accueilli les patients incarcérés je n'avais pas le motif</li> <li>-Il peut y avoir des éléments voilà autour de l'incarcération</li> <li>-Des éléments judiciaires on peut en avoir</li> <li>- Sans motif particulier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soit c'est le patient qui nous dit</li> <li>-C'est un patient qui est connu de l'hôpital</li> <li>-Au fur et à mesure des hospitalisations, on a pu savoir d'une manière ou d'une autre</li> <li>-Plutôt lors d'entretiens</li> <li>-Les antécédents judiciaires ne sont pas intégrés au dossier de soin</li> <li>-Une fiche de liaison carcérale où on a son statut : est-ce qu'il est prévenu ou condamné, ses autorisations éventuelles par exemple d'appel téléphonique, de correspondance, son potentiel niveau de dangerosité et éventuellement ses passages à l'acte</li> <li>- Les surveillants pénitentiaires vont nous faire une fiche administrative on va dire avec ses éléments là qui de leur côté ce sont des éléments techniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-C'est vrai qu'on a envie de savoir s'il y a un caractère de dangerosité</li> <li>-Éventuellement se protéger</li> <li>-Un caractère de protection</li> <li>-Certaine méfiance</li> <li>-Ca nous aide</li> <li>-Ca nous aide à comprendre l'état de santé de la patiente</li> <li>-Pour comprendre la question des ruminations</li> <li>-Néanmoins c'est pas un impératif</li> <li>-Notre rôle soignant revient assez vite au premier plan et on oublie assez vite</li> <li>-C'est un élément parmi tant d'autres</li> <li>-Si je ne l'avais pas on pourrait faire le travail quand même</li> <li>-C'est pas un élément qui nous semble, qui va nous paraître important</li> <li>-On essaye de faire abstraction de ce qu'a pu faire la personne pour pouvoir la prendre en charge comme n'importe qui</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>-C'est à la durée de la peine éventuellement, du temps d'incarcération, on va savoir si c'est des délits criminels</li><li>-Quand le patient le dit de lui même, ça doit être noté dans le dossier</li><li>-Ce n'est jamais le milieu carcéral qui nous donne ce type d'informations</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Dans le prendre soin c'est pas forcément nécessaire</li></ul>
--	--	--	--



Tableau 3

Thème	Le prendre soin infirmier			
Objectif	Identifier les impacts de cette connaissance sur le prendre soin infirmier			
Classifications	Émotions du soignant	Impact sur le relationnel	Impact sur le soin	Moyens mis en place par le soignant pour prendre soin du patient
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Il y aura toujours une appréhension</li> <li>-Une appréhension toujours présente</li> <li>-Hyper vigilance, une hyper attention</li> <li>-Je n'étais pas rassuré, j'étais en prison</li> <li>- De projeter éventuellement quelque chose sur "est-ce que moi je suis en danger?"</li> <li>-Ce besoin aussi de se rassurer</li> <li>-Potentiellement l'appréhension</li> <li>-Même de la peur parfois</li> <li>-De la crainte</li> <li>-On est aussi là pour se protéger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Au niveau relationnel est-ce qu'on ira chercher aussi loin, est ce qu'on prendra autant de temps que d'autres personnes, je ne sais pas.</li> <li>-Potentiellement une dangerosité</li> <li>-Ce qu'il y a derrière comme interprétation possible, comme risque</li> <li>-Attention, il est dangereux, faites gaffe</li> <li>-Cette question de l'image, elle est malgré tout présente</li> <li>-Ca reste quand même des gens détenus</li> <li>-Des représentations qui sont présentes et qui sont difficiles à mobiliser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si on a face à nous une personne qui a fait du mal à des enfants, qui a violé, qui a euh..., il y aura toujours une appréhension en tant que personne, bah voila de se dire, oh là là là, ce que t'as fait c'est horrible et je vais avoir du mal à te prendre en charge</li> <li>-J'ai jamais été face à quelqu'un qui touchait des enfants, je sais pas si je dirais la même chose</li> <li>-Mais là ce qu'il peut y avoir en jeu, c'est du coup le fait qu'il ne voit pas la chose arriver</li> <li>-Ca bouleverse les repères</li> <li>- Il n'a pas de télévision. Il a juste un lit, il est en pyjama. Il ne peut pas aller fumer, il doit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-On essaie malgré tout de mettre à distance le motif d'emprisonnement</li> <li>-J'arrive à mettre à distance leur motif</li> <li>-Ca me permet de les prendre en charge</li> <li>-J'ai toujours réussi à les mettre à distance</li> <li>-Pour prendre en soin, de la même manière qu'un autre patient</li> <li>-Ca reste avant tout des patients</li> <li>- Ce n'est pas parce qu'ils sont incarcérés qu'ils auront des soins différents</li> </ul>

			<p>manger ce qu'on lui donne et il est obligé de prendre un traitement en plus</p> <p>-Donc oui, des fois c'est difficile</p> <p>-Il peut y avoir un rapport de force qui peut être des fois de la démonstration</p> <p>-Alors qu'avec les détenus, c'est pas possible</p> <p>-Les détenus arrivent en chambre d'isolement</p> <p>-Pas de clinique qui indique une chambre d'isolement</p> <p>-Malheureusement, c'est le cas, il faut que les détenus aillent dans les services spécifiques à leur prise en charge</p> <p>-C'est compliqué pour nous, parce que du coup on est confronté à une situation où le patient bah on le prive de liberté, il a pas le droit de sortir du service</p> <p>-Dans notre quotidien, c'est ce qu'on fait, des soins vers l'extérieur</p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>-Et, là on peut pas en fait</li><li>- Accepter qu'on fasse quelque chose avec un patient non incarcéré qu'on ne peut pas faire avec un patient incarcéré</li><li>-La différence c'est qu'avec un détenu tout ça on peut pas le faire en fait parce que du coup de toute façon, il n'a pas le droit de sortir du service</li></ul>	
--	--	--	---	--

NOM : SOMAT

PRÉNOM : SOLEN

TITRE : En psychiatrie : Patient-détenu ou Détenu-patient

SUMMARY : In psychiatric service, it sometimes happens that health care providers take care of inmate patients. For health caregivers, it's important to take care of each patient with the same attention by adapting to his needs. The main goal of this research work is to understand why this essential professional principle is from time to time, difficult to hold. During my psychiatric hospital's internship, I participated in a working situation in which, I got the occasion to take in care a young lady with a judicial past. At the time, knowing this information, I interrogated myself about a potential influence on the way I took her in care. The main interests of this research work are to identify social representations that one can have on the inmate and carers' potential knowledge of the judicial background of detained patients. And thus, the impacts of this knowledge, on how health care providers take care of inmate patients. In order to compare theoretical contributions and the reality of the ground, I conducted interviews beside two professionals' health care providers currently working in a psychiatric environment. One has more experience in it than the other one. These two interviews gave me much information on the way health care providers take care of inmate patient, knowing the cause of his imprisonment. A singular relationship must be established between the caregiver and his patient, in order to take care of the detained patient in a global way and without any judgment.

RÉSUMÉ : En service de psychiatrie, il arrive parfois que les soignants prennent en soin des patients détenus. Pour le soignant, il est important de prendre en soin chaque patient avec la même attention en s'adaptant à ses besoins. Ce travail de recherche a pour but de comprendre pourquoi ce principe professionnel essentiel est quelquefois difficile à tenir. A partir d'une situation d'appel, lors de laquelle j'ai eu l'occasion de prendre en soin une jeune fille avec un passé judiciaire, je me suis interrogée sur l'influence de cette connaissance sur ma manière de la prendre en soin. L'intérêt de ce travail de recherche est d'identifier les représentations sociales que l'on peut avoir sur le détenu, la possible connaissance, par les soignants, des antécédents judiciaires des patients-détenus et l'impact de cette connaissance sur le prendre soin infirmier. Afin de confronter les apports théoriques et la réalité du terrain, j'ai réalisé des entretiens auprès de deux professionnels soignants travaillant en psychiatrie : l'un expérimenté, l'autre moins. Ces deux entretiens m'ont apporté de nombreuses informations sur la manière dont les infirmiers prennent en soin un patient-détenu dès lors qu'ils ont connaissance du motif d'incarcération. Une relation singulière doit être mise en place entre soignant et soigné afin de prendre soin du patient détenu en globalité et sans jugement.

KEY WORDS : Inmate patient / Detained patient, Jail's social representations, Judiciary Past / Judicial background, Feelings, Take care / Take in care

MOTS CLÉS : Patient-détenu, Représentations sociales de la prison, Antécédent judiciaire, Émotions, Prendre soin

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS : CHU PONTCHAILLOU  
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09  
TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ÉTUDES – 2020