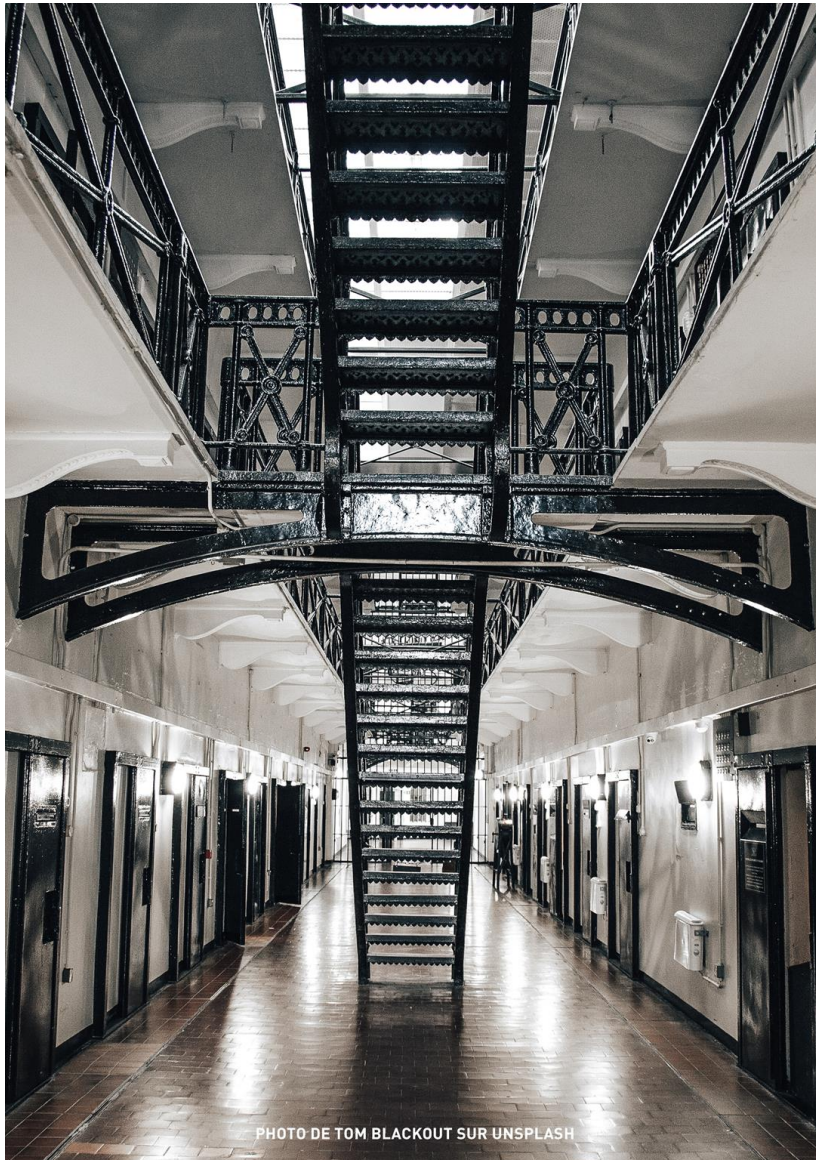




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers



Formateur référent mémoire : MASSON Erwan

HADJAL Anissa
Formation infirmière
Promotion 2020-2023

Date : 02/05/2023

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

REGIONALE

Diplôme d'Etat d'infirmier

**Travaux de fin d'études :
MIRSI**

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

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

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

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

Le 02/05/2023

Identité et signature de l'étudiant : Anissa Hadjal



Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes très sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'études en soins infirmiers.

Erwan MASSON, mon guidant de MIRSI

Cadre de santé formateur à l'ifsi de Pontchaillou, pour son accompagnement tout au long de ce travail de recherche avec beaucoup de patience, d'écoute, d'expertise et de bienveillance. Grâce à son aide précieuse, j'ai pu mener à bien ce projet de recherche.

L'ensemble des formateurs de l'IFSI

Je tiens également à remercier tous les encadrants formateurs de l'école qui nous ont transmis leur savoir-faire, leur expérience et leur passion pour le métier d'infirmier. Leurs enseignements ont été d'une grande importance pour moi et m'ont permis d'acquérir les compétences nécessaires pour mener à bien ce mémoire.

Les deux infirmiers avec lesquels j'ai réalisé mes entretiens professionnels

Je souhaite également exprimer ma reconnaissance aux deux infirmiers que j'ai interrogés pour réaliser mes entretiens professionnels. Leurs témoignages ont nourri mon travail de façon considérable et m'ont permis d'approfondir ma réflexion sur le sujet de mon mémoire.

Mes amis et ma famille

Enfin, mes remerciements à ma famille et mes amis, qui m'ont soutenu, encouragé et aidé tout au long de cette aventure. Leur présence bienveillante et leur soutien ont été déterminants pour la mise en forme et la relecture de mon travail.

SOMMAIRE

Introduction :	1
1 - Cheminement vers la question de départ	2
1.1 - Situations d'appels	2
1.1.1 - Situation n°1	2
1.1.2 - Situation n°2	2
1.2 - Questionnements	3
2 - Cadre conceptuel	4
2.1 - Milieu carcéral et Santé	4
2.1.1 - Système carcéral en France	4
2.1.2 - Population carcérale	5
2.1.3 - Surpopulation carcérale	5
2.2 - Cadre législatif	5
2.2.1 - Intégration et rôles des différents programmes de santé au sein du milieu pénitencier	6
2.3 - Difficultés de réponses aux demandes sanitaires et pénitentiaires	8
3 - Spécificité de l'exercice de soins dans les unités de soins carcérales	8
3.1 - La sécurité au sein de ces unités	8
3.2 - Secret / Discrétion professionnelle	9
4 - Prendre soin	10
4.1 - Définition	10
4.2 - Impact de la connaissance du motif d'incarcération sur le prendre soin	11
4.2.1 - Représentations sociales et préjugés	12
5 - Méthodologie de l'analyse	14
6 Analyse	15
7 - Discussion	20
CONCLUSION	25
BIBLIOGRAPHIE	27
ANNEXE I	
ANNEXE II	
ANNEXE III	
ANNEXE IV	
Abstract	

Introduction :

Actuellement étudiante en 3ème année d'études à l'institut de formation en soins infirmiers à Pontchaillou à Rennes. Je suis aujourd'hui à un tournant de ma formation. En effet, il est temps pour moi de présenter mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Ce travail vise à étudier l'impact que peuvent avoir les représentations sociales sur la connaissance ou non du motif d'incarcération d'un patient détenu en milieu de soin carcéral.

Cette question me tient particulièrement à cœur, car j'ai été confrontée à ce sujet il y a quelques années lorsque mon père a commencé à travailler en tant qu'infirmier au centre pénitencier et en maison d'arrêt. A l'époque, j'étais pleine de préjugés sur cette population et je n'étais pas du tout en accord avec cela. Cependant, après de nombreuses et longues conversations avec lui, mon avis a commencé à changer. Je me suis rendue compte que ces patient-e-s ont déjà été jugé-e-s par la justice et que notre rôle en tant que soignant-e-s n'était pas de les juger à nouveau, mais plutôt de leur apporter les soins qu'ils méritaient et auxquels ils ont légalement droit.

Pour mieux comprendre la spécificité de ce milieu, j'ai décidé de faire un stage à l'UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) en deuxième année d'étude. Ce stage m'a permis de me questionner sur certains points de ma pratique professionnelle et humaine en lien avec la spécificité de ce milieu. Avec ce travail de recherche, je souhaite trouver des réponses à mes questions et, surtout, éclaircir et aiguiller mon ressenti tout en apprenant davantage sur ma construction personnelle et professionnelle.

Dans un premier temps, je vais vous exposer mon cheminement vers ma question de départ. Dans un deuxième axe, j'expliquerai mon cadre conceptuel en détaillant les parties principales : 1) le milieu carcéral et la santé, 2) la spécificité de ce milieu en relation avec les normes de sécurité, 3) la notion de prendre soin et tout ce qui touche aux représentations sociales et à la connaissance du motif d'incarcération des patients détenus.

Afin de lier les apports théoriques à la réalité du terrain, j'ai effectué deux entretiens avec des professionnels travaillant dans ce milieu, l'un en unité ambulatoire et l'autre en unité d'hospitalisation. J'ai ensuite retranscrit et analysé ces échanges pour en tirer de précieuses informations et notions utiles pour ma discussion finale. C'est lors de cette dernière partie que j'ai pu apporter mes propres ressentis et conclusions.

En guise de conclusion, je reviendrai sur la démarche effectuée et mes sentiments face à l'aboutissement de ce travail de recherche. Ce mémoire clôture mes trois années d'études en soins infirmiers, et je suis fière de pouvoir apporter ma contribution à ce domaine si important.

1 - Cheminement vers la question de départ

1.1 - Situations d'appels

1.1.1 - Situation n°1

J'ai effectué un stage de 5 semaines à l'UHSI (unité hospitalière sécurisée inter-régionale) C'est une unité de soin spécialisée dans la prise en charge des personnes détenues en prison. À l'intérieur de cette structure, les personnes ont un statut de patients et non de détenus.

Cela faisait plusieurs semaines que je prenais en soin Monsieur X, un patient de 22 ans qui avait pour motif d'hospitalisation, brûlure au premier degré de 25 % de sa surface corporelle. J'assurais la réfection de ses pansements journaliers. Ce patient était peu communicant, réservé et craintif vis-à-vis de l'équipe soignante. Un jour lors du soin, le surveillant pénitencier en poste à tenu à rester présent dans la chambre, chose inhabituelle. Ce dernier mettait en avant qu'il ne souhaitait pas que je reste seule avec ce patient pour des raisons de sécurité, en me précisant que c'est un détenu dangereux et surtout envers les femmes. Spontanément, cette situation m'a paru inadaptée au vu du secret médical. Cependant, après un échange avec le surveillant, nous avons trouvé un compromis et celui-ci est sorti de la chambre en laissant la porte entrouverte. Durant le déroulement du soin, je me suis surprise à manifester de la méfiance envers le patient, ce qui n'était jamais arrivé auparavant. En effet, j'ai mis encore plus de distance qu'habituellement. Je me suis ainsi rendu compte de l'impact du discours du surveillant pénitencier sur mon comportement qui s'en est trouvé modifié.

1.1.2 - Situation n°2

Durant ce même stage à l'UHSI, une seconde situation m'a interpellé lors de la prise en charge d'un homme de 47 ans. Durant les soins, ce dernier parlait de façon très désinhibée des faits qu'ils l'ont amené en détention. J'ai donc très rapidement appris pendant la prise en soin de ce patient qu'il était incarcéré pour violences sexuelles sur mineur de moins de 15ans. J'ai spontanément su gérer ce discours très démonstratif lors de mes soins et gardé ma bonne distance professionnelle. Ces soins quotidiens étaient inscrits dans une « routine professionnelle » et ma posture était neutre jusqu'au jour où, durant un prélèvement sanguin, devant la pauvreté de son capital veineux, j'étais hésitante et en difficulté. Je lui précise alors que je suis étudiante et m'excuse de cette situation et je lui demande si je peux essayer à nouveau afin de finaliser le soin. Dans un premier temps, il m'a semblé empathique et rassurant envers moi en me précisant qu'il n'était pas douillet mais très vite la situation est devenue gênante et une ambiance pesante s'est installée quand il m'a regardé fixement, le sourire en coin et qu'il m'a dit « à chaque fois que vous ratez vous devrez me faire un bisous ».

Aussi, lors d'un entretien avec la psychologue du service auquel j'ai pu assister avec l'accord du patient, j'ai constaté que Monsieur X ne critiquait pas du tout les faits qui lui étaient reprochés et qu'il ne manifestait aucun remord. Tous ces traits de personnalité pathologique m'ont amené à me questionner... La finalité de ma réflexion a été de constater que le motif d'incarcération n'est pas forcément le fait le plus difficile à gérer émotionnellement mais qu'au contraire, le questionnement de la problématique de mon mémoire s'avère beaucoup plus complexe.

1.2 - Questionnements

Face à ces deux situations rencontrées en stage, plusieurs questions me sont venues en tête.

Dans un premier temps, l'interrogation principale était de savoir si c'était normal que mon comportement se soit modifié après ces mises en garde de la part du surveillant et/ou les propos inappropriés du patient ? Et surtout, à quoi ce changement d'attitude de ma part était dû ? Était-ce en lien avec le motif d'incarcération ? Ou plutôt le manque de remords de la part du patient quant à ses actes commis ?

Dans un second temps, je me suis aussi demandée si c'était normal, en ce qui me concerne d'avoir eu par la suite, des réticences envers ces patients ? Pourquoi ai-je alors instauré une distance après avoir entendu des choses qui m'ont subjectivement déplu.

De plus, concernant les surveillants pénitenciers, pourquoi ne sont-ils pas tous du même avis sur un même patient ? Également, est-ce que moi, personnellement, j'aurais dû arrêter le surveillant et lui dire que je ne souhaitais pas savoir ce genre de choses concernant ce détenu ?

C'est ainsi que ma question de départ m'est apparue clairement : en milieu carcéral, en quoi la connaissance du motif d'incarcération d'un détenu influence-t-il le prendre en soin du patient par l'ide ?

2 - Cadre conceptuel

2.1 - Milieu carcéral et Santé

2.1.1 - Système carcéral en France

D'après un article paru dans la revue de l'infirmière n°246, en France, l'administration pénitentiaire dépend du ministère de la justice et a pour mission de gérer les lieux privés de liberté. Le rôle de la prison est d'une part, de protéger la société des individus dangereux en les privant de liberté. Et d'autre part, d'accompagner la sortie et la réinsertion sociale afin de prévenir la récidive. (Anne Jarry & al., 2018, p. 19).

Selon le ministère de la justice, elle se compose de différents établissements (justice.gouv, 2021) :

- Les maisons d'arrêts (MA) prennent en charge les personnes détenues selon deux statuts. Celui de prévenu lorsqu'elles sont en attente de jugement et celui de condamnés, lorsque leurs peines n'excèdent pas deux ans d'emprisonnement.
- Les quartiers de semi-liberté (QSL) permettent aux détenus de s'absenter en journée à des horaires prédéterminés pour travailler, étudier ou suivre une formation.
- Les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont composés de conseillers qui assurent le contrôle et le suivi des peines exécutées en milieu ouvert et fermé.
- Il existe des prisons dédiées aux hommes, aux femmes et aux mineurs. Mais il est très fréquent que des quartiers mineurs ou femmes soient distinctement intégrés à une prison d'hommes.
- Les centres nationaux d'évaluation (CNE) s'occupent des peines supérieures à dix ans et offrent des entretiens psychologiques, psychiatriques et une observation comportementale accrue pendant une période de six à huit semaines. Lorsque l'évaluation est effectuée, les détenus sont orientés dans certains établissements :
- Soit en centre de détention (CD) accueillent les personnes détenues condamnées à une peine d'emprisonnement supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale.

- Ou bien alors, toujours selon (justice.gouv, 2021), si les chances de réinsertion sont considérées comme trop incertaines ou trop précaires, les détenus sont redirigés vers les maisons centrales qui ont pour mission d'accueillir les personnes condamnés à de longues peines et/ou à haut risque. Pour ces établissements, la sécurité est l'élément principal du régime de détention.

- Pour terminer, la dernière nouveauté pénitentiaire est la structure d'accompagnement vers la sortie (SAS), qui selon un article publié sur le site internet 20 minutes, est une toute nouvelle construction innovante pour faciliter la réintégration des prisonniers. Cet établissement allie enfermement avec le personnel pénitencier obligatoire et restructuration en pleine ville comprenant plus de personnels éducatifs (20 minutes, 2022)

2.1.2 - Population carcérale

Selon un article publié dans la revue de l'infirmière n°246, la population carcérale est principalement masculine à 96%. Le taux de représentation féminine dans cette dernière est de seulement 4%, tandis que les mineurs représentent eux, 1.1%. La majorité des détenus en prison ont entre 21 et 40 ans, bien que cette population vieillisse avec le temps (359 détenus ont plus de 60ans en 1980 contre 2903 en 2014). Un grand nombre de personnes souffrent de problèmes de santé mentale, avec 80% des détenus présentant des troubles psychiques. Des troubles dépressifs, une dépendance aux substances illicites ou à l'alcool et des troubles psychotiques sont également courants. Par ailleurs, en France, le taux de suicide en milieu carcéral est sept fois supérieur à la moyenne nationale et deux fois plus élevé que la moyenne européenne. Les conditions d'incarcération et l'environnement carcéral peuvent contribuer à des troubles psychologiques (Karine Quinveros & al., 2018, p. 19).

2.1.3 - Surpopulation carcérale

Selon les statistiques d'établissements des personnes écrouées du ministère de la justice, il est noté qu'à compter du 1^{er} décembre 2022, la France dispose d'une capacité opérationnelle d'accueil de 60 698 places pour les détenus incarcérés, alors que 72 836 personnes y sont actuellement emprisonnées. Les maisons d'arrêt sont particulièrement touchées avec un taux d'occupation moyen de 142% (justice.gouv, 2022, p.15).

2.2 - Cadre législatif

Selon le service public, à chaque établissement son règlement. Le code de procédure énonce clairement que le détenu doit prendre connaissance du règlement de l'établissement pénitencier qui lui est

directement remis à son entrée en détention. Lorsqu'un prisonnier ne sait pas lire, il est nécessaire de lui faire la lecture de ce dossier dans sa langue maternelle, éventuellement en ayant recours à un interprète (service public, 2022).

Effectivement, la publication en 1999 d'un guide d'accueil pour les détenus est une avancée majeure. Ce guide, censé être fourni à tous les détenus, décrit les principales règles de la vie en prison. Cependant, la commission a constaté que ce guide n'est pas systématiquement remis à chaque nouvel arrivant. Malgré cette amélioration, il est important de reconnaître que l'égalité des détenus devant le service public pénitentiaire n'est qu'une illusion. Chaque prison a ses propres caractéristiques, notamment en ce qui concerne les conditions en détention. Chaque établissement doit élaborer son propre règlement conformément à l'article D.255 du code de Procédure Pénal et le soumettre pour approbation au directeur régional après avis du juge de l'application des peines. Les conditions de détention les plus intrusives comprennent les fouilles, les menottes et les procédures disciplinaires telles que « la prison dans la prison ». Bien que la procédure disciplinaire permette de sanctionner les détenus en cas de non-respect des règles en détention, la mise au « mitard » est la sanction la plus grave, entraînant une privation de tous les effets personnels, absence de télévision, enfermement 22 heures sur 24, et une promenade seule, sans possibilité de courrier, téléphone ou visite (sénat, rapport n°449, 2000).

Avant 1994, l'administration pénitentiaire était responsable de fournir des soins physiques aux détenus. Cependant, avec la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, cette responsabilité a été transférée du ministère de la justice au ministère de la santé. Selon les rappels des textes fondateurs, cette loi visait à garantir une qualité et une continuité comparables du système de soins pour la population carcérale et la population générale (Arnaud De Jésus & al., 2018, p. 16)

2.2.1 - Intégration et rôles des différents programmes de santé au sein du milieu pénitencier

D'après l'état des lieux de l'offre de soins, un article publié dans la revue de l'infirmière n°246, à ce moment-là, les hôpitaux de secteurs ont mis en place les soins et les missions de prévention qui leur étaient attribués. Le ministère de la justice a précisé l'offre de soins mise en place sur l'ensemble du territoire. À présent, il y a 175 unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP), 8 unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), avec 154 chambres dans les établissements de santé associés, 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SMPR) et 9 unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) disponibles (Jean-Pierre Bouchard & al., 2018, p. 16)

Selon Nathalie Walquan & al., (2018), depuis 1994, les détenus ont automatiquement accès au régime général de l'assurance maladie, tandis que des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) liées au centre hospitalier le plus proche ont été créées. Depuis 2012, les UCSA sont appelées « unités

sanitaires en milieu pénitentiaire » (USMP). Ces unités de soins ambulatoires comprennent une équipe pluriprofessionnelle qui allie un agencement de soins somatiques, psychiatriques ainsi que des partenaires spécialisés.

D'après Hugues Terrien & al. (2018), dans le cadre des USMP, le rôle infirmier comprend diverses fonctions de premier recours en ambulatoire, telles que « l'accueil et information concernant l'accès aux soins, évaluation des besoins et orientation vers la consultation médicale, gestion des urgences, mise en œuvre des soins sur prescription et des actions d'éducation et de promotion de la santé » (p. 20)

Le décret du 24 août 2000 établit les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) afin de permettre un accès à des équipements hospitaliers pour les détenus, leur permettant d'avoir des traitements personnalisés et de traiter des maladies plus compliquées. Cette innovation permet une prise en charge plus longue et l'accès à des outils médicaux avancés (Claire Brient & al., 2018, p. 16).

Sur le terrain des soins des UHSI, le rôle infirmier envisage les soins, l'éducation et le relationnel. Il comprend des soins directs, la gestion des traitements, la transmission d'informations adaptées à la compréhension du patient, et le lien avec les unités sanitaires de niveau 1 (Estelle Sudre & al., (2018), p. 25).

D'après Contact Santé, une revue de promotion de la santé (Evry Archer, 2007, p. 30) Le décret n° 86-602 daté du 14 mars 1986 instaure des domaines de psychiatrie, y compris celui dans les milieux pénitentiaires qui ont été créés en France en 1993. Le principal organe est le SMPR (Service Médico Psychologique Régional), qui se présente comme une concrétisation de l'annexe psychiatrique mentionné par Vervaeck. Cependant, étant affilié au Ministère de la Santé et associé à un hôpital, il encourage le respect de l'éthique et de la déontologie. Il répond également aux besoins spécifiques de prisonniers souffrant de troubles mentaux et les infirmiers sont chargés de surveiller les patients, d'évaluer leur état de santé, de gérer les médicaments et d'organiser des soins en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. L'objectif est de prévenir les risques de suicides, d'automutilation, de violence et d'autres problèmes psychologiques en fournissant un traitement et une prise en charge adaptée aux patients.

De plus, « la loi du 9 septembre 2002, également connue sous le nom de « loi d'orientation et programme pour la justice », décide de la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) » (Arnaud De Jésus & al., 2018, p. 16) pour admettre les patients incarcérés qui le souhaitent ou y étant contraints. Toutefois, leur mise en place est plutôt tardive, n'arrivant qu'en 2012.

2.3 - Difficultés de réponses aux demandes sanitaires et pénitentiaires

Selon les constats actuels présentés dans la revue de l'infirmière n°246, nous sommes actuellement confrontés à deux courbes qui évoluent de manière contradictoire. D'une part, la demande de soins ne cesse de s'accroître en raison du renforcement des politiques, de la prolongation de peines encourues, par conséquent de l'âge avancé de la population carcérale et l'amplification des pathologies chroniques. Et, d'autre part, les moyens et le personnel soignant qui eux, sont de plus en plus restreints. Cette réalité a inévitablement eu un impact négatif sur la qualité des soins prodigués aux détenus (Jean-Pierre Bouchard & al., 2018, p.17/18).

D'après Pierre Barlet (2007), l'administration pénitentiaire elle, est paradoxale car elle fait face à un manque de moyens pour répondre à ses nombreux besoins. La priorisation de la sécurité engendre un manque de ressources qui affecte directement la mission d'aide à la réinsertion (p. 19).

3 - Spécificité de l'exercice ide dans les unités de soins carcérales

3.1 - La sécurité au sein de ces unités

Travailler dans le domaine carcéral implique des normes de sécurité spéciales qui doivent être respectées pour assurer la sécurité de tous les membres du personnel. Les lignes directrices claires à suivre sont énoncées dans le (protocole & règlement intérieur de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale du Chu de Rennes, documents non publiés, 2012).

Ces directives peuvent être divisées en plusieurs catégories distinctes.

Tout d'abord, certaines règles relatives à l'utilisation du matériel doivent être respectées. Le personnel médical doit être vigilant et s'assurer qu'il ne laisse aucun outil de soins dans la chambre du patient après sa sortie. Lors des repas, il doit distribuer le même nombre de couverts à tous les patients et être attentif au contenu du plateau lorsqu'il le débarrasse. Il doit également examiner minutieusement la chambre pour détecter la présence d'objets dangereux.

En ce qui concerne la prise en charge du patient, plusieurs grands concepts doivent être également respectés. La confidentialité est essentielle, ce qui signifie que le personnel médical doit respecter le secret médical et ne pas chercher à connaître les raisons de l'incarcération du patient. Ils doivent également faire preuve de discrétion envers les patients qui ont des rendez-vous à l'extérieur et ne pas leur divulguer d'informations spatio-temporelles. Il est important de ne pas servir d'intermédiaire entre le patient et l'extérieur. Il est également essentiel de respecter le rythme carcéral en attendant que les surveillants pénitenciers soient disponibles et disposés à ouvrir les portes. Le personnel médical doit écouter et respecter leurs directives, car leur devoir est de veiller à la sécurité de tous, en matière de

risques de dangerosité ou d'évasion. Pour leur propre sécurité, le personnel médical doit également se positionner dans la chambre de manière à pouvoir sortir librement et éviter les soins côté fenêtre autant que possible. Enfin, il est important de ne pas échanger des informations concernant la vie privée du patient ou du soignant.

De plus, la collaboration avec l'administration pénitentiaire implique également des consignes à suivre. Le personnel médical doit préparer et organiser sa journée de soins en fonction des impératifs pénitenciers. Pour assurer leur propre sécurité, ils doivent porter une API (Alarme Portative Individuelle), qui est un boîtier qui sonne automatiquement en cas de perte de verticalité ou de dangers ressentis. Si le personnel médical ressent un quelconque malaise avec un patient, il doit immédiatement en informer un agent pénitencier ou un gradé. Pour terminer, avant d'entrer dans la structure, ils doivent faire contrôler leur identité, déposer leur téléphone dans un casier, et passer toutes leurs affaires personnelles et eux-mêmes dans un détecteur à rayons X

3.2 - Secret / Discrétion professionnelle

D'après le Code de la Santé Publique, les professionnels de santé sont soumis au secret professionnel régit par l'article L1110-4 I :

Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Par ailleurs, toujours d'après l'article L110-4 II issu de la loi Kouchner du 4 mars 2002 :

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Du côté de l'administration pénitentiaire, eux aussi y sont également soumis par l'article D.581 du code de procédure pénale qui :

Porte obligation de secret professionnel pour les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). Plus qu'une « profession » ou une « mission » au sens de l'article 226.13 du Code pénal c'est donc un service qui est ici visé. Il englobe les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), des assistants de service social, des psychologues, des personnels de surveillance ainsi que des personnels administratifs.

De plus, d'après le l'article L.6141-5 du Code de la Santé publique « L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation ».

La question de la vie privée et de l'intimité en prison est largement contestée et pratiquement inexistante, car les détenus sont constamment surveillés et contrôlés par l'administration pénitentiaire, qui ne garantit pas toujours le respect de leurs droits (Michel David, 2015, p. 664). Malheureusement, cette atmosphère carcérale peut amener les détenus à taire leur problème de santé par crainte que leur problématique soit ébruitée et/ou dévoilée (Michel David, 2015, p. 665). Il est crucial de concilier les soins avec les mesures de sécurité, même si cela peut parfois entraîner des divergences par rapport aux règles. Cependant, selon un projet de loi sur la santé en 2014/2015, les personnels de santé auraient le droit et même l'obligation de signaler au service pénitencier tout risque pour le patient lui-même ou autrui, telles que les intentions dangereuses, les menaces, les agressions imminentes ou à venir ou les évasions en préparation (Michel David, 2015, p. 666).

4 - Prendre soin

4.1 - Définition

La notion de Prendre Soins ne possède pas de définition préconçue. Elle a été étudiée par plusieurs auteurs à travers différentes théories et études philosophiques, notamment la théorie du « cure » et celle du « care ». Ce concept a pris place dans la société vers les années 1700 et au départ, selon Winicott, le prendre soin était énoncé avec le terme « Cure, au sens de traitement, d'éradication de la maladie et de sa cause ». (Frédérique Bisiaux & al., 2015, p. 22). Mais aujourd'hui, elle tend plus à humaniser le processus de soins en prenant en compte l'ensemble de l'être humain. Selon Jean Watson, il est important de trouver un « équilibre délicat entre les connaissances scientifiques et les pratiques cliniques humanistes » (Jean Watson, 1998, p. 18) pour offrir une prise en soins de qualité. Cela implique de considérer le patient dans son entièreté, avec ses émotions, ses sentiments et ses spécificités individuelles « La sciences du Caring, elle ne peut pas rester indifférente à l'égard d'émotions humaines telles que la douleur, la joie, la souffrance, la crainte et la colère [Et ce, bien évidemment, toujours] guidé par des connaissances et des méthodes scientifiques prédictives » (Jean Watson, 1998, p. 19). Dans ses conversations, Winicott est en accord avec cette démarche et dit lui aussi « Nous acceptons l'amour et la haine du patient, ils nous touchent, mais nous ne provoquons ni l'un ni l'autre » (Sylvie Fortin & al., 2015, p.30) Ainsi, en associant la théorie du « Cure, Care », le patient devient la priorité absolue et il ne s'agit plus simplement de guérir une maladie. Le patient est vu dans sa globalité en tant qu'être humain à part entière.

« Il implique la capacité de considérer l'humanité avec amour et de savoir apprécier la diversité et l'individualité » (Jean Watson, 1998, p. 25). Et pour ce faire, il dit également que :

L'infirmière doit résoudre quelques-uns des problèmes concernant sa propre identité, personnelle et professionnelle. L'infirmière doit passer la conscience de soi et l'auto-examen, qui sont nécessaires à la maturation, et se dépasser elle-même en apportant d'abord une contribution hautement significative à elle-même, aux autres et à la société (Jean Watson, 1998, p. 26).

Ainsi, pour offrir des soins de qualité, il est nécessaire que les soignants se connaissent eux-mêmes, qu'ils passent par un processus d'autoexamen et de conscience de soi pour apprendre à apprécier leurs valeurs humaines.

4.2 - Impact de la connaissance du motif d'incarcération sur le prendre soin

Au fil du temps, plusieurs incidents préoccupants ont été signalés, mettant en évidence un sentiment d'instabilité émotionnelle chez le personnel travaillant dans les prisons. C'est pourquoi entre 2006 et 2008, des psychologues ont mené une enquête psychodynamique auprès de travailleurs d'un centre pénitentiaire, notamment les infirmiers, pour comprendre les causes de ces situations critiques. Le thème des soins prodigués aux patients détenus a été abordé lors de cette enquête et abordés dans la revue *Recherches en soins infirmiers* n°113. Petit rappel éthique :

Selon la loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, il revient au service correctionnel de veiller à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels. Chacun doit avoir accès, dans la mesure du possible aux soins qui peuvent faciliter sa réadaptation et sa réinsertion sociale, encourageant, la responsabilité individuelle et contribuant à la sécurité des collectivités (Micheline Saint-Jean & al., 2013, p. 97/98)

Effectivement, les professionnels infirmiers ont clairement évoqué l'aspect humain qu'ils prennent en compte lorsqu'ils s'occupent des patients détenus, et tous sont d'accord pour dire qu'ils sont traités exactement de la même manière que les patients des services de soins généraux, en respectant la notion d'humanité et en n'émettant pas de jugement. Selon les travaux de Picherie, 2003, il est reporté que « Soigner derrière les barreaux, c'est avant tout proposer la même qualité de soins qu'à l'extérieur, mais c'est aussi assurer le respect inhérent à la personne humaine ». (Pierre-Yves Therriault & al., 2013, p. 101). Par ailleurs, les infirmiers estiment que le personnel pénitentier est responsable de traiter les cas judiciaires des patients détenus, tandis que le service médical ne cherche pas à connaître les motifs d'incarcération. Cependant, une étude de Marmin en 2005 montre une légère divergence, certaines infirmières se questionnent sur leur neutralité vis-à-vis des patients détenus si elles connaissent leur motif d'entrée en détention d'une manière ou d'une autre. Cette différence de personnalité souligne l'importance pour les professionnels de comprendre leurs émotions et leurs limites afin de préserver une alliance thérapeutique avec le patient détenu. Dans ce but, ils recherchent des solutions pour pallier à

cette possible méfiance de leur part, toujours dans le souci de protéger le bien-être du patient et de fournir une qualité de soins égale à celle des autres services.

Dans les rares fois où elles avaient eu besoin de consulter les dossiers pénaux des détenus, leur regard sur eux avait tant changé qu'elles avaient ressenti la nécessité de passer le relai afin de ne pas les pénaliser lors des soins » (Jacques Rhéaume & al., 2013, p. 101)

Pour terminer, un passage publié dans la revue contact santé résume parfaitement ce thème. Il énonce que même si nous avons l'habitude de ne pas chercher à savoir pourquoi les détenus sont incarcérés, il est rare que cela reste secret. Parfois, les détenus eux-mêmes divulguent cette information pour se soulager. Chaque soignant a sa limite personnelle, qui peut conduire à considérer un détenu indigne de soins et donc à l'exclure. Celui qui prétend être à l'abri de toute répulsion s'est probablement aveuglé sur ce que l'autre provoque en lui. En nous écoutant attentivement, nous pouvons apprendre à reconnaître quel type de crime peut ébranler notre idéal, qui est proche de celui des soignants militaires qui devaient fournir des soins même à l'ennemi. Cependant, l'écoute de soi-même n'est pas toujours suffisante pour nous permettre de continuer à remplir notre mission. C'est là que le travail d'équipe est important, même s'il n'est que limité. Si un membre de l'équipe soignante est moins touché par les crimes commis, il peut établir un contact qui semble impossible pour un autre membre (Barlet, P. 2007, p. 18/19).

4.2.1 - Représentations sociales et préjugés

« Les représentations sociales sont des phénomènes à la fois individuels et collectifs prenant en compte des groupes plus ou moins élargis. Elles influencent les manières de faire et le champ des connaissances » (Ljiljana Jovic, Cairn.info, 2016).

De plus, d'après le dictionnaire français Larousse, un préjugé est un :

Jugement sur quelqu'un, qui est formé à l'avance selon certains critères personnels et qui oriente en bien ou en mal les dispositions d'esprit à l'égard de cette personne. C'est une opinion adoptée sans examen, souvent imposée par le milieu, l'éducation (larousse.fr).

Par ailleurs, selon le ministère de la justice et notamment d'après une étude pénitentiaire et criminologique, les Français ont des idées préconçues sur les détenus et l'environnement carcéral. Cette enquête révèle que les participants considèrent que la population carcérale est principalement jeune, masculine, étrangère et sans emploi. La majorité pense que les étrangers représentent plus d'un cinquième des détenus et que plus de la moitié des détenus ne sont pas français. Bien que la partie masculine et jeune soit correcte, les représentations concernant la proportion d'étrangers sont fausses, correspondant en réalité à seulement 23% de la population carcérale en 2018. En outre, l'étude a révélé

que les intervenants ont une certaine crainte envers la population détenue, bien qu'ils ne pensent pas que les prisons n'hébergent que des auteurs d'homicide volontaire (justice.gouv, 2019)

Pour terminer, d'après un article paru dans l'infirmière magazine n°374, « chacun est amené à porter des jugements de valeur sur les individus, les comportements, les discours des personnes qu'il rencontre. Cela est normal et humain » (Pascale Wanquet-Thibault et Constance Flamand-Roze, 2016, p. 47). Toutefois, ces jugements sont basés sur nos propres références et valeurs personnelles. Il est donc important pour les soignants d'être en mesure d'accepter le patient avec ses propres valeurs et représentations. Bien que ces jugements de valeur soient inévitables, il est recommandé que les professionnels de la santé en aient conscience et qu'ils ne les expriment pas au sein de leur équipe de travail, surtout si ces jugements sont négatifs, pour ne pas nuire aux relations de soins entre le patient, son entourage et l'équipe médicale. (Pascale Wanquet-Thibault et Constance Flamand-Roze, 2016, p. 47).

5 - Méthodologie de l'analyse

La méthodologie de l'analyse s'est déroulée en plusieurs étapes. Tout d'abord, en préparant les questions pour les entretiens avec les professionnels, j'ai favorisé des questions ouvertes pour permettre une expression libre de leur pensée. J'ai également élaboré des questions de relance et rajouté d'autres questions pendant l'entretien pour approfondir davantage le sujet. Ces questions ont été basées sur les grandes parties essentielles énoncées dans le cadre conceptuel de mon mémoire, élaboré antérieurement.

Pour trouver les professionnels, j'ai eu recours à différentes ressources. Premièrement, j'ai sollicité l'aide de mon père qui a fait le lien avec un collègue travaillant à l'UCSA de Caen. Par la suite, mon guidant de mémoire m'a mis en contact avec une ancienne étudiante à lui qui travaille maintenant à l'UHSI de Rennes. J'ai également veillé à choisir des professionnels masculins et féminins, expérimentés et tout récemment diplômés, dans le but de saisir d'éventuelles différences de discours en fonction de ces spécificités.

Une fois les entretiens réalisés, j'ai effectué une transcription intégrale et anonymisée chacune d'elles. Par la suite, j'ai procédé à une analyse thématique rigoureuse des données recueillies à partir de ces transcriptions. Cette analyse s'est faite en plusieurs étapes : j'ai commencé par lire l'ensemble des retranscriptions pour une première immersion dans les données, puis j'ai effectué une première codification des données afin de les regrouper par thèmes. Ensuite, j'ai procédé à une seconde lecture plus fine pour affiner les thèmes identifiés, puis j'ai regroupé les thèmes en plusieurs concepts.

La méthode d'analyse choisie a donc été l'analyse thématique, qui permet une organisation soignée et consciencieuse des données recueillies. Cette approche est particulièrement adaptée pour l'analyse de données qualitatives. Enfin, j'ai veillé à la rigueur et à la neutralité de l'analyse, en gardant une distance critique vis-à-vis des résultats obtenus.

6 Analyse

Le prendre soin

Les deux professionnels proposent leur propre définition de cette notion, qui se rejoignent sur certains points.

IDE N : « Pour moi, prendre soin c'est pratiquer un rétablissement ou un maintien du bon état de santé général. C'est prendre en compte la personne dans sa généralité. Le psychologique et le somatique sont intriqués et interdépendants. C'est être bienveillant et empathique. C'est avant tout une action humanitaire. »

IDE F : « Prendre soin d'un patient ça va être répondre à ces demandes, que ce soit physiquement parlant mais aussi le côté un peu plus psychologique de la personne. Ça va être prendre en charge toute type de questions, tout type d'inquiétude, ça va être prendre du temps avec le patient quand on a la chance, de pouvoir prendre le temps avec le patient. Et puis pouvoir le rassurer au maximum, parce que ce n'est pas facile d'être hospitalisé ».

Ils s'accordent tous deux à dire que prendre soin implique de consacrer du temps à une personne dans le but de le rétablir aussi bien physiquement que psychologiquement, tout en respectant les valeurs humaines telles que la bienveillance, l'empathie et la réassurance. En revanche, en relançant cette interrogation dans le but de savoir si il subsiste une différence de prise en soin avec les services généraux, l'*IDE F* note une différence concernant le contexte et le fonctionnement de l'unité spécifique de soins où elle travaille « En fait, c'est le contexte qui fait que c'est différent parce que le patient tu vas le prendre en charge de la même façon », « toutes les règles strict de sécurité qui font que oui, la prise en charge elle est quand même, elle est différente quoi ». L'*IDE N* évoque le même ressenti « **Aucune différence mise à part l'environnement et le système sécuritaire** ».

Règles et devoirs de sécurité

Le but de cette partie était de comprendre les règles et les devoirs de sécurité pour les soignants exerçant dans un milieu carcéral. L'*IDE F*, travaillant dans une unité d'hospitalisation, partage plusieurs règles de sécurité importantes à respecter, y compris le respect du rythme de l'administration pénitentiaire « On est soumis au rythme de l'administration pénitentiaire », « Attendre les surveillants pour rentrer dans la chambre, surtout quand il y a les ERIS, le fait que là, on puisse ouvrir qu'une seule chambre, et qu'il y ait 7/8 personnes dans la chambre avec nous », la discrétion « Ne pas communiquer les dates et heures des rendez-vous programmés » et la vigilance quant à l'aspect matériel et sécuritaire « Pour les rasoirs, tu dois informer le service pénitencier qu'on prête au patient. Tu le donnes, tu le récupère en comptant le nombre de lame ». Vigilance également lors du débarrassage des plateaux repas, bien veiller

à ce que tout ce qu'on y dépose soit bien récupéré. Également, « Porter le gilet par balles lors de l'accompagnement d'un patient à un examen hors du service de l'UHSI » L'IDE N partage également ces exigences ainsi que la nécessité de respecter le rythme carcéral **« Avoir les autorisations interrégionales de Rennes » « Les soins doivent obligatoirement être programmés pendant le temps d'ouverture de cellule car il y a des comptages réguliers » « Respect du rythme carcéral qui reste la priorité, donc organiser les soins dans cette temporalité »** . » La discrétion et la vigilance quant à l'aspect sécuritaire sont aussi pour lui les devoirs à tenir au sein de ces unités.

Les deux professionnels reconnaissent les difficultés d'adaptation à ce contexte particulier, mais conviennent que cela devient une habitude au fil du temps.

IDE N : « Travailler en détention doit être un choix. Pour ma part, l'adaptation a été rapide mais les mesures sécuritaires et le rythme carcéral restent forcément pesant mais finissent par devenir une habitude. »

IDE F : « Au début oui, car on est soumis au rythme de l'administration pénitentiaire et c'est vraiment compliqué de penser à tout au début et d'assimiler toutes les choses interdites ou déconseillées qu'on ferait dans d'autres services. Mais ça devient rapidement une habitude parce que malgré tout, on n'a pas le choix et on s'y fait avec le temps. »

Représentations sociales

Les questions de cette partie visaient à comprendre les raisons pour lesquelles les soignants ont choisi de travailler avec des détenus, ainsi que leurs représentations concernant cette population.

L'IDE N souligne qu'il est important que ce soit un choix éclairé de la personne elle-même de travailler en détention et que lui, est attiré par l'idée d'aider les personnes les plus marginalisées et exclues de la société. L'IDE F met en avant la spécificité de ce service et l'atypicité qui la motive.

En ce qui concerne leur sentiment envers les détenus en général, l'IDE F mentionne que cela évolue au fil du temps et qu'elle ne porte aucun jugement de valeur « Je ne fais pas vraiment attention à ce côté-là de la personne, je me dis que c'est un patient avant tout », mais qu'elle reste consciente et réaliste de son humanité et de ses propres opinions en tant que personne, en évitant de les juger « On essaye de ne pas les juger mais on reste humain avant tout, on a tous des avis sur ça ». Elle reconnaît également avoir parfois des réticences en raison de comportements débordants comme par exemple « d'agressions verbales répétées », mais qu'elle essaie de les gérer avec son équipe, « généralement on se le dit dans l'équipe et on essaie de s'éloigner un peu quelques jours, essayer de changer de secteur en attendant que le patient parte ». L'IDE N, quant à lui, n'a aucun jugement de valeur ou de réticences lorsqu'il traite des patients détenus et s'efforce de rester objectif lors de sa première rencontre avec eux **« Je m'oblige à n'avoir aucun a priori avant la première rencontre de façon à être le plus objectif**

possible pour me faire ma propre idée ». Néanmoins, il présente également une vision différente du préjugé qui remet en question l'idée que celui-ci a uniquement un aspect négatif, une croyance qui est souvent évoquée dans les discussions sur ce sujet. En effet, selon l'**IDE N**, un préjugé peut avoir deux impacts différents sur la relation entre le professionnel de santé et le patient « **Spontanément le préjugé nous oriente vers du négatif. Mais il est important je trouve par contre, de rappeler qu'il peut être positif aussi. La personnalité et les faits d'un patient peut amener à des phénomènes de fascination. Donc le préjugé qu'il soit positif ou négatif peut avoir un impact majeur sur la prise en charge** ». Il peut être source de stéréotypes négatifs et discriminatoires mais peut également être perçu positivement, par exemple lorsqu'il s'agit de préjugés liés à la fascination des histoires judiciaires des patients détenus. Dans tous les cas, il est important de prendre conscience de l'existence des préjugés et de chercher à les dépasser pour offrir une prise en charge optimale aux patients. Même si l'**IDE N** intègre cette nouvelle notion de préjugé positif, il met en garde contre le risque de basculer rapidement dans le côté négatif. Selon lui, cette fascination peut potentiellement transformer la relation empathique du soignant envers son patient en une relation sympathique. Ce climat inadapté pourrait alors être ressenti par le patient et ainsi l'utilisé pour manipuler le soignant. Il est donc crucial de maintenir un contrôle sur la situation en tout temps.

Secret / Discrétion professionnelle

La préoccupation ici, était de savoir s'il y a des exceptions au fait que le personnel médical et pénitentiaire parle des détenus/patients entre eux tout en respectant la confidentialité professionnelle.

Côté médical envers la pénitentiaire :

Du point de vue médical, l'*IDE F* a souligné plusieurs raisons pour les soignants de parler de l'état de santé du patient à l'administration pénitentiaire, comme le motif général d'entrée qui est connu des surveillants et est souvent nécessaire pour les placements de chambres ou les mises en contention. Il y a également des situations d'isolement protecteur primordial lors de pathologies infectieuses pour protéger le personnel pénitentier, des urgences vitales où les surveillants doivent être mis au courant « si il y a des des états de santé qui se dégradent très vite et dans ce cas-là il se peut que parfois ils laissent le loquet, tu sais pas la clé, pas le verrou mais juste le loquet », et des examens médicaux programmés pour organiser le bloc opératoire ou l'examen en question « Souvent on parle du côté médical quand c'est pour organiser un bloc, pour organiser un examen, pour savoir combien de temps va durer l'examen en fait, pour que eux de leur côté puissent faire leur organisation pénitentiaire ». De plus, les surveillances rapprochées comme par exemple, lors d'une transfusion sanguine ou d'une chimiothérapie doivent être mise en relation avec les surveillants afin qu'ils comprennent pourquoi ils ont besoin d'ouvrir les portes plus régulièrement que d'habitude.

De l'autre côté, l'**IDE N** a indiqué que le risque de suicide, d'agression ou d'assassinat étaient des raisons essentielles pour parler à l'administration pénitentiaire « **Dès qu'il y a un danger imminent ou ressenti on est dans l'obligation de prévenir l'administration pénitentiaire. Lorsqu'un risque suicidaire est élevé mon devoir est d'en informer l'administration pénitentiaire pour que le patient soit inscrit sur une liste de surveillance suicidaire. Mais de toute façon ils auront sûrement le papier avec le motif d'hospit' quand ils iront le rechercher. Il y a la liste suicidaire spécifique auquel cas la surveillance se fera jour et nuit, ou il y a, la particulière et là c'est une surveillance de journée plus régulière** ». Il évoque également l'accès aux dossiers, les surveillants peuvent tout savoir car l'ensemble de l'administratif qui concerne les détenus passent par le greffe, qui représente le secrétariat du parquet.

Côté pénitentiaire vers le médical :

L'**IDE N** n'exprime aucune raison valable concernant les surveillants à évoquer le passé judiciaire avec les soignants.

Cependant, l'**IDE F** mentionne que les niveaux de dangerosité des détenus et leur risque d'évasion sont les principales raisons pour lesquelles les surveillants communiquent avec les soignants afin d'organiser leur sécurité. Ces niveaux sont codifiés, soit 1,2,3 ou ERIS. Les ERIS sont une équipe régionale d'intervention et de sécurité qui doit être présente lors des soins pour certains patients détenus, ce qui peut avoir des implications sur la planification des soins pour le personnel médical.

Connaissance du motif d'incarcération

Cette partie traite de la connaissance des motifs d'incarcération des patients par les professionnels de santé travaillant en prison et de leur réaction face à cela.

IDE N : « **Oui, à chaque fois. Tout arrivant a systématiquement un entretien d'évaluation à son entrée en détention sauf si refus exprimé par le patient** ». En relançant la question dans le but de savoir comment, il rétorque que c'est par les patients eux même « **ils parlent assez facilement des motifs d'incarcération** ». Concernant les surveillants pénitentier, il énonce que ça lui est arrivé quelques fois mais que « **ça reste exceptionnel et résulte de voyeurisme mais surtout à chaque fois d'une mauvaise gestion émotionnelle** ».

L'**IDE F** aussi exprime, premièrement, également avoir déjà connu le motif judiciaire de ses patients par ces derniers et partage le même avis que l'infirmier de l'UCSA « *ils sont très ouverts sur ça et ils ont besoin de se livrer* ». Cela peut par ailleurs provenir de ses collègues de travail en salle de pause par exemple. De plus, concernant le personnel pénitentier, elle fait part de leurs suggestions quant aux

motifs d'entrée en détention des patients *« ils vont faire une petite remarque qui te laisse penser que, parce qu'eux non plus ne sont pas censés divulguer le motif d'incarcération ».*

Les deux infirmiers interrogés déclarent alors avoir déjà été informés de ces motifs par les patients eux-mêmes, ainsi que parfois par leurs collègues surveillants pénitenciers.

L'**IDE N** fait preuve d'une attitude d'écoute et de neutralité envers les patients, considérant leur bien-être comme sa priorité absolue **« Je lui apporte une écoute active. Il est essentiel pour sa bonne prise en charge et la construction d'une alliance thérapeutique, un quelconque lien de confiance, que le patient n'ait pas d'appréhension de choquer son interlocuteur. Il faut clairement lui dire que vous êtes prêt à tout entendre sans être choqué ou jugeant ».** L'**IDE F** partage cette neutralité *« on s'adapte et ça revient comme avant, enfin pour moi »* et revient sur ses propos en exprimant *« Si, des fois on devient plus ferme je trouve ».* Elle admet qu'elle peut se sentir déstabilisée ou démunie face à certaines révélations. Elle souligne que le fait de juger le patient peut influencer et quelques fois modifier leur comportement, mais que cela est inévitable car il s'agit d'une réaction humaine *« parce qu'en fait à ce moment-là en disant ou même en orientant sur le motif judiciaire du patient, on a porté un jugement sur lui et ça nous influence forcément. Mais c'est humain quoi, c'est notre cerveau. On est fait comme ça, quand on nous dit qu'il y a un danger, forcément, il y a une petite alarme ».*

En fin de compte, les professionnels cherchent à maintenir une relation de confiance avec les patients tout en respectant les limites de leur rôle.

7 – Discussion

Dans cette partie de mon mémoire, j'utiliserai à la fois la théorie que j'ai étudiée et les témoignages des professionnels, tout en ajoutant ma propre perspective. Pour cette discussion, j'ai choisi de scinder le sujet en reprenant les parties les plus importantes de mon cadre conceptuel.

Le prendre soin

Les philosophes ont beaucoup parlé de ce sujet, mais la théorie ne nous offre pas de définition précise. A l'origine, cela signifiait simplement soigner, guérir ou éliminer une maladie, mais il y a eu une évolution en raison de documents qui montrent que prendre soin nécessite des valeurs humaines et une considération humaniste de la personne souffrante que nous avons en face de nous.

De mon point de vue, prendre soin englobe plusieurs critères tels que le respect de l'autre, la considération humaine, tout comme l'a souligné l'**IDE N** « **c'est avant tout une action humanitaire** ». Cela implique également d'être disponible, c'est-à-dire d'accorder du temps et de l'écoute, ainsi que de la réassurance à une personne potentiellement en détresse. Comme l'a mentionné Jean Watson, il est important de prendre en compte toutes les humeurs du patient au jour le jour et de le considérer dans son ensemble. Car comme l'a expliqué l'*IDE F*, être hospitalisé n'est pas facile.

Je suis d'accord avec les deux infirmiers interrogés et, grâce à mon expérience professionnelle et éducative, je crois que tout cet accompagnement doit être basé sur des valeurs humaines telles que la bienveillance et l'empathie, afin de créer un climat de confiance entre le patient et son soignant. De cette façon, nous pouvons développer une alliance thérapeutique efficace et durable autant sur le plan somatique que psychique.

Pour finir, je suis d'accord avec l'idée de l'*IDE F* et des dires de l'article publié dans l'infirmière magazine n°374 (page 47) que ressentir des émotions et avoir des jugements au départ est humain et normal. Cependant, si à l'avenir, j'ai des patients incarcérés ou même anciennement détenus dans ma future pratique professionnelle, je m'efforcerai, comme a dit l'**IDE N**, de ne pas avoir de préjugés, de jugements ou d'attentes prédéfinies afin de ne pas influencer ma première impression et ainsi d'établir une relation de confiance avec mon patient. L'objectif est de favoriser une alliance thérapeutique solide et efficace.

Règles et devoirs de sécurité

Grâce aux recherches menées dans le cadre théorique, au protocole et au règlement intérieur de l'UHSI de Rennes, nous avons pu constater que les personnels travaillant dans les services pénitentiaires sont

soumis à un grand nombre de spécificités et de règles de sécurité strictes, dans le souci de préserver la sécurité et la privation de libertés des patients incarcérés. Les deux professionnels de santé interrogés sont d'accord sur le fait que ces spécificités peuvent être difficiles à intégrer au début de l'exercice dans ce milieu, et peuvent même constituer une contrainte pour les soins, car elles peuvent empêcher l'accès au patient selon les règles de l'administration pénitentiaire. Cependant, l'**IDE N** et l'*IDE F* sont également unanimes sur le fait qu'elles deviennent rapidement des habitudes adoptées avec le temps.

Personnellement, j'ai moi-même effectué un stage en milieu carcéral, et j'ai également éprouvé des difficultés quant aux règles de sécurité en vigueur dans ce milieu. Par exemple, la présentation fonctionnelle et non nominative envers les patients, qui diffère des protocoles habituels, a été difficile à assimiler au départ. De même, le fait de ne pas pouvoir appeler ses collègues par leur prénom a été une contrainte à laquelle j'ai dû m'adapter. De plus, si je travaille dans un service carcéral dans le futur, je sais que je devrais améliorer ma compétence relationnelle avec les patients détenus car en ce qui concerne la communication avec ces patients, les règles strictes concernant la protection de la vie privée, a été, je pense, le plus difficile à respecter pour moi. Car nous ne sommes pas autorisés à évoquer des aspects de notre vie privée ou celle du patient et j'avais quelquefois, l'impression de devoir tout calculer et par conséquent, ne pas forcément avoir une attitude naturelle et authentique.

Il y a également des règles concernant la vigilance et l'utilisation du matériel qui, comme l'ont souligné les deux infirmiers interrogés, deviennent vite des habitudes. Je suis par ailleurs, en accord avec l'*IDE F* quand elle dit que c'est en passant des services habituels aux milieux carcéraux que l'on prend conscience de toutes les spécificités de ce domaine particulier.

Représentations sociales

Comme j'ai pu l'apprendre dans le cadre conceptuel, il est naturel pour chaque individu d'avoir des préjugés ou des a priori sur certaines personnes, comportements ou discours dès le départ. Personnellement, je fais partie de ces personnes aussi. Cependant, je ne m'attache pas nécessairement au fait que les patients soient incarcérés. Je suis consciente que les détenus ont commis un acte potentiellement grave ou punissable du moins, mais je ne juge pas selon leur délinquance ou criminalité. Je crois que chaque individu possède son propre passé, son enfance, ses fréquentations et influences, en somme, son histoire de vie. Je me retrouve alors dans les idées de l'**IDE N** consistant à aider les personnes les plus démunies, marginalisées et exclues de la société car selon l'enquête de mon travail exploité lors de mon cadre théorique, les idées préconçues concernant les détenus sont omniprésentes et la peur qui en découle est véritablement actuelle et présente. Ainsi, j'estime que chacun a le droit à une seconde chance, même si je suis consciente que la récidive est malheureusement présente elle aussi en prison. Pour aller plus loin, on peut même comparer cela symboliquement à une addiction et les rechutes font partie de la resocialisation, on peut comparer une récidive comme une rechute et à chaque fois qu'ils

reviennent, un travail est fait pour eux et avec eux en détention pour favoriser leur réinsertion pour qu'à terme ils ne reviennent plus du tout. C'est comme tout dans la vie, cela prend du temps et à chaque personne son propre rythme. Il est important pour moi de prendre en compte les paroles de l'IDE N qui s'oblige à ne pas avoir d'a priori afin d'éviter d'être influencé lors de la première rencontre avec un patient. Cette première rencontre est essentielle pour construire une alliance thérapeutique et instaurer un lien de confiance avec le patient. En effet, selon les textes de loi énoncés dans mon cadre conceptuel, la population carcérale a le droit à des soins de qualité comme toute autre personne. Dans mon futur exercice professionnel, je vais ainsi faire en sorte de suivre les directives de l'IDE N pour une meilleure prise en charge et qualité de soins pour les patients. Néanmoins, L'IDE N apporte dans son témoignage une nouvelle approche du préjugé. Il nous informe que le préjugé ne doit pas toujours être considéré négativement et qu'il peut avoir à la fois une connotation positive comme négative. Effectivement, il met en avant le fait que certaines histoires judiciaires des prisonniers sont souvent diffusées à la télévision, sur les réseaux sociaux ou même dans les journaux, et que cela peut stimuler la curiosité des gens envers ces histoires. Il fait remarquer que la majorité des détenus correspondent par lettre pour maintenir un lien social pendant leur incarcération. Il n'a pas eu l'occasion d'entendre ses propres patients exprimer de la fascination durant ces échanges épistolaires, mais il remarque par ailleurs, que lors de ses réunions d'équipe pluriprofessionnelle, certains soignants semblent plus intéressés par certaines histoires de prisonniers. A titre personnel, je n'ai moi non plus jamais entendu ce genre de propos de la part de mes patients pendant mes stages en milieu carcéral, mais j'admets tout de même que ce phénomène peut exister. Ceci m'a rappelé une série que j'ai récemment vue sur une plateforme de streaming très connue. La série raconte l'histoire d'un tueur en série qui a commis des meurtres atroces et macabres pendant plusieurs années. L'enfance, la construction personnelle de ce tueur et tous les éléments qui l'ont conduit à commettre ces crimes sont explorés et expliqués dans les épisodes. Son affaire a été médiatisée lorsqu'il a finalement arrêté et jugé. A la fin de la série, il est également montré que ce détenu recevait une multitude de lettres de personnes extérieures durant sa période de détention, les lettres évoquaient la fascination de ces personnes pour lui. En somme, l'IDE N souligne que le préjugé peut prendre différentes formes tant positives que négatives, notamment en prison où la communication avec l'extérieur peut susciter de la fascination pour certains prisonniers identifiés dans des histoires judiciaires médiatisées. Mais également, qu'il est important de faire attention à ne pas interchanger les rôles à ce stade et de veiller à ce que le patient ne profite pas de cette situation pour inverser la dynamique et manipuler le professionnel de santé en jouant sur la sympathie qu'il éprouve.

Secret / Discrétion professionnelle

En tant qu'étudiante, j'ai pu constater que le secret professionnel est une règle primordiale pour tous les professionnels, qu'ils travaillent dans le milieu médical ou carcéral. Comme vu dans le cadre théorique auparavant, le Code de la Santé Publique régit cette règle pour les soignants, tandis que le Code Pénal s'applique aux professionnels du milieu pénitencier. Il s'agit d'une obligation de ne pas divulguer quelque information à un tiers extérieur à l'équipe. Cela inclut tout ce qui a été vu, entendu, énoncé ou même compris.

Cependant, il est vrai que certaines entorses aux règlements surviennent dans le milieu carcéral, comme l'a souligné l'**IDE N** et l'IDE F. Parfois, les surveillants parlent des motifs des détenus ou y font allusion, alors que cela va à l'encontre des règles autorisées dans certains cas précis, tels que le risque d'atteinte à l'intégrité, de danger imminent ou de sécurité. À certaines occasions, les surveillants pénitenciers sont présents à l'entrée de la chambre, oreilles grandes ouvertes en raison de préoccupations de sécurité, mais pas toujours.

J'ai moi-même eu à faire face à des situations similaires à celles décrites par les deux professionnels de santé et notamment par l'IDE F, qui dit être quelques fois orienté par les surveillants pénitencier. En ce qui concerne ma future carrière professionnelle, si je dois travailler en milieu carcéral, je pense que je ne souhaiterai pas être informée ou ni même aiguillée quant au motif judiciaire d'un patient venant d'un surveillant à moins qu'il y ait un réel besoin de sécurité. Personnellement, je suivrai les conseils de l'**IDE N**, en arrêtant une personne de l'administration pénitentiaire qui tenterait de me communiquer un motif pour des raisons de voyeurisme. J'ai donc eu des expériences similaires par le passé, et lors desquelles je n'ai pas osé dire quoi que ce soit quand cela se produisait car je ne savais pas tellement à quoi m'attendre à ce moment-là. Cette approche m'a rendue plus prudente voire méfiante avec mes patients, bien que je ne sois pas forcément satisfaite de cette attitude. Avant cela, je traitais mes patients en sérénité, sans influence et tout se passait bien.

Connaissance du motif d'incarcération

Selon une enquête menée dans la revue Recherches en soins infirmier n°113, certains professionnels de santé restent neutres et impartiaux envers leurs patients, peu importe leur motif d'incarcération ni leur statut de détenus. Pour ces soignants, l'aspect humain est très important, et ils favorisent le bien-être de leur patient avant tout. Toutefois, d'autres professionnels avouent avoir certaines craintes face à la prise en charge d'un patient détenu s'ils venaient à découvrir le motif de l'entrée en détention. Dans ce cas, ils cherchent des solutions pour garantir le bien-être du patient. À titre d'exemple, l'IDE F suggère de ne pas aborder certains sujets en présence de personnes qui ne le souhaitent pas, de déléguer certaines tâches à un collègue ou même de changer de secteur pendant l'hospitalisation du patient concerné.

Par ailleurs, les professionnels de santé que j'ai interrogés évoquent tous deux avoir été informés du motif d'incarcération par leur patient eux-mêmes. J'ai moi-même eu à faire face à des situations similaires à celles décrites par ces soignants, alors que je faisais mon stage à l'UHSI. Certains patients se confient très clairement sur leur motif d'incarcération, tandis que d'autres cherchent simplement à parler, à être écoutés et probablement à se libérer ou du moins se décharger émotionnellement. Personnellement, je pense que si un patient souhaite se livrer lui-même sur son passé judiciaire, je suis tout à fait disposée à l'écouter et à le comprendre. Comme l'a souligné l'**IDE N**, il est essentiel d'apporter une écoute active à nos patients pour établir une relation de confiance indispensable à une bonne prise en charge et une alliance thérapeutique solide. Cependant, je pense avoir des limites en matière d'écoute. Par exemple, j'ai été affectée par certains patients qui ont évoqué leur passé judiciaire sans éprouver de remords pour les crimes qu'ils avaient commis. Cela m'a fait réaliser que je pourrais avoir de la difficulté à gérer des situations similaires à l'avenir. Dans ce cas-là, je suis d'accord avec l'**IDE F**, si je me sens mal à l'aise, je pense tout simplement être honnête avec mon patient et lui dire que je ne suis pas forcément à l'aise avec ce sujet de discussion ou bien alors, détourner habilement la conversation pour rester à l'aise avec mon patient.

CONCLUSION

En conclusion, pour ce travail d'initiation à la recherche, j'ai tout d'abord commencé par m'appuyer sur deux situations que j'ai vécues en stage dans le milieu carcéral. Ces situations ont suscité chez moi des interrogations et j'ai décidé d'approfondir ma réflexion sur ce sujet que j'affectionne beaucoup.

J'ai ensuite entrepris des recherches approfondies en lisant des livres, des revues, des enquêtes, des textes de lois et d'autres documents pertinents. J'ai ainsi construit petit à petit mon cadre conceptuel en rassemblant plusieurs points de vue et en approfondissant ma réflexion.

Une fois cette partie théorique terminée, j'ai procédé à des entretiens avec deux professionnels différents, un homme expérimenté et une jeune infirmière fraîchement diplômée, tous deux exerçant dans des services carcéraux différents. J'ai élaboré un guide d'entretien en fonction des grandes parties tirées de mon cadre conceptuel afin de répondre à mes interrogations initiales. Après avoir retranscrit et analysé ces entretiens, j'ai confronté apports théoriques et témoignages recueillis des soignants interrogés, et j'ai pu également apporter mon propre point de vue.

En somme, mon travail a été le fruit d'une réflexion approfondie, de recherches documentaires rigoureuses, d'entretiens avec des professionnels et d'une confrontation entre ces derniers. J'ai fait preuve de patience, de persévérance et d'une grande capacité à remettre en question mes idées et à les reformuler pour arriver à un résultat satisfaisant.

Cela m'a alors permis d'explorer en profondeur la question de l'influence du motif d'incarcération d'un détenu sur le prendre soin du patient par l'infirmière en milieu carcéral. À travers mon travail de recherche, j'ai pu comprendre que le passé judiciaire du patient peut influencer les soignants, mais cela dépend principalement de leur propre construction personnelle et de leur capacité à se connaître et à respecter leurs limites. J'ai également compris que la collaboration en équipe pluriprofessionnelle est essentielle pour une prise en charge globale et efficace des patients en milieu carcéral. Il est primordial d'avoir une bonne cohésion au sein de son équipe de travail pour être épanoui personnellement et professionnellement, mais également pour pouvoir compter sur ses collègues en cas de difficultés ressenties et ainsi garantir en permanence le bien-être des patients comme objectif principal. L'aspect humain doit toujours primer dans la prise en soin, quel que soit le motif d'incarcération du patient détenu.

Au cours de plusieurs mois de travail riche et intensif, j'ai ressenti des émotions diverses, de la satisfaction et du plaisir, mais aussi beaucoup de moments de doute voire des sentiments d'échec à certains moments. Le plus difficile a été pour moi, d'organiser mes idées et d'écrire de manière claire et structurée. J'ai passé énormément de temps à formuler mes idées, à les reformuler et à les retravailler jusqu'à ce que tout soit bien fait selon moi.

Bien que ce travail ait été intensif et complexe, j'en retire une grande satisfaction personnelle et professionnelle. Je suis fière d'avoir pu mener à bien ce projet et je suis convaincue que les connaissances acquises me seront utiles dans ma future carrière en tant que jeune diplômée.

Cependant, j'ai également pris conscience que la recherche nécessite beaucoup de temps, de patience et de maturité. Pour le moment, je ne souhaite pas m'orienter vers une carrière de recherche, mais je suis tout de même ouverte à poursuivre peut-être un jour mes réflexions sur ce sujet passionnant et complexe dans le futur, en acquérant davantage d'expériences professionnelles et humaines.

Pour terminer, en guise d'ouverture pour une recherche plus approfondie, je propose de se pencher sur les effets de la stigmatisation et de la discrimination envers les patients incarcérés sur leur état de santé physique et mentale, ainsi que sur la prise en charge de ces patients par les soignants en milieu carcéral. Cette question soulève des enjeux éthiques et sociaux importants, qui pourraient être approfondis dans une recherche future.

BIBLIOGRAPHIE

- Livres :

- Marin, C. et Worms F. (2015). A quels soins se fier ? : Conversations avec Winnicott. Puf.
- Watson, J. (1998). Le Caring : Philosophie et science des soins infirmiers. Seli Arslan.

- Revues :

- Alderson, M. Saint-Jean, M. Therriault, PY. Réhaume, J. Ruelland, I. Lavoie, M. (2013) *La pratique infirmière en milieu carcéral. Recherches en soins infirmier n°113, juin 2013*, pages 95 à 106.
- David, M. (.2015). Le secret médical en prison et ailleurs. *Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? L'information psychiatrique Vol.91 n°8*, pages 663 à 670.
- Lapp, A. et Warnet, S. (2018). Soins aux personnes détenues. *Revue de l'infirmière n°246*, pages 15 à 31.
- Salomez, J-L. (2007). La création des SMPR. *Contact Santé, revue de promotion de la Santé, Santé en prison états d'urgences*, pages 30/31
- Salomez, J-L. (2007). Prison, carrefour des paradoxes. *Contact Santé, revue de promotion de la Santé, Santé en prison états d'urgences*, pages 18/19.
- Wanquet-Thibault, P. (2016). Neurosciences et soins infirmiers. *Infirmière magazine n°374*, pages 47.

- Pages Web :

- Ljiljana J. (2012), *Les concepts en sciences infirmières*.

<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition—9782953331134-page-265.html>

- Rapports de commissions d'enquête, (2000). *Prison : une humiliation pour la République (tome 1, rapport)*.

<https://www.senat.fr/rap/199-449/199-44957.html>

- République Française, *Vie en prison : règles de sécurité, activités, liens avec l'extérieur*. (2022).

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14149>

- Ministère de la justice, (2019). *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, représentation des Français sur la prison.*

www.justice.gouv.fr/art_pix/Cahierpenitentiaire_49Representation_desFrancais_sur_la_prison-septembre2019.pdf

- Dictionnaire français Larousse.

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prejugé/63519>

- Ministère de la justice, (2022). *Statistique des établissements et des personnes écrouées en France.*

www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_etablissements_personnes_ecrouees_France_2_02212.pdf

- Ministère de la justice, (2021). *Les structures pénitentiaires.*

www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html

- 20 minutes, (2022). *Le « SAS », nouvelle structure pénitentiaire pour favoriser la réinsertion des détenus.*

<https://www.20minutes.fr/justice/4013721-20221207-sas-nouvelle-structure-penitentiaire-favoriser-reinsertion>

detenus#:~:text=La%20%C2%AB%20structure%20d%E2%80%99accompagnement%20vers%20la%20sortie%20%C2%BB,r%C3%A9insertion%20des%20d%C3%A9te nus%20%C3%A0%20l%E2%80%99issue%20de%20leur%20peine.

- Documents non publié :

- Protocole de l'UHSI de Rennes
- Règlement intérieur de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Rennes

- Photo de couverture :

- Blackout, T., UNSPLASH.

ANNEXE I

Guide d'entretien

Notions abordées dans le cadre théoriques	Ordre	Questions principales	Questions de relance
Droits et devoirs en milieu carcéral (Sécurité)	2	- Quelles sont les devoirs/règles que vous devez suivre spécifique aux unités carcérales ?	- Qu'est-ce qui est différent des services généraux ? - L'adaptation à ce service est-elle difficile ?
Secret/discrétion professionnelle	5	- Est-ce que ça vous est déjà arrivé de discuter du motif médical avec un surveillant pénitencier ? Et à l'inverse est-ce déjà arrivé qu'un surveillant vous annonce la cause judiciaire d'un détenu ?	- Si oui, pourquoi précisément ces échanges ont eu lieu ? - Existe-t-il des dérogations/exceptions à la levée de ce secret d'un côté comme de l'autre (médical/pénitencier) ?
Prendre soin	1	- Qu'est-ce que prendre soin d'un patient pour vous ?	- Pour vous, existe-t-il une différence de prise en soin à l'UHSI qu'en service de soins généraux ? - Pouvez-vous me parler de la relation soignant-soigné ?
Représentations sociales	3	- Quel est votre ressenti face à un patient détenu en général ? - Qu'est-ce qui vous a donné envie de travailler dans ce domaine pénitencier ?	Avez-vous déjà eu des réticences face à un patient détenu, notamment au début de votre exercice ? - Est-ce que ça vous est déjà arrivé de refuser de prendre en charge un patient ? Si oui, pourquoi ?
Connaissance du motif d'incarcération	4	- Ça vous est déjà arrivé de connaître le motif d'incarcération d'un patient que vous preniez en charge (hors motif médical) ?	- Si oui, comment l'avez-vous su ? - Par le patient ? Par un surveillant ? - Dans ce cas-là, comment réagissez-vous face au patient ou au surveillant ?

ANNEXE II

Entretien IDE N (UCSA)

Question n°1 :

Qu'est-ce que prendre soin d'un patient pour vous ?

Pour moi, prendre soin c'est pratiquer un rétablissement ou un maintien du bon état de santé général. C'est prendre en compte la personne dans sa généralité. Le psychologique et le somatique sont intriqués et interdépendant. C'est être bienveillant et empathique. C'est avant tout une action humanitaire.

Relance :

Pour vous, existe-t-il une différence de prise en soin dans le milieu carcéral qu'en service de soins généraux ?

Aucune différence mis à part l'environnement et système sécuritaire.

Les fondations et le socle de la relation soignant-soigné est l'établissement d'une alliance thérapeutique. La confiance est essentielle pour créer une dynamique thérapeutique à travers le soin. L'adhésion aux soins et le positionnement en tant qu'acteur du patient dans sa prise en charge est toujours l'objectif prioritaire, l'efficacité des soins en dépend.

Question n°2 :

Quels sont les droits et devoirs spécifiques que vous devez suivre en milieu carcéral ?

La première des règles se rattache à l'aspect sécuritaire. Avoir les autorisations de la direction interrégionale de Rennes. Ensuite, il faut se soumettre au règlement de l'administration pénitentiaire de l'établissement dans lequel on intervient (carte pénitentiaire, porté un dispositif de sécurité type alarme, passage de ses effets personnels dans un tunnel à rayon X, passage sous un portique, ouverture des portes par les surveillants...)

Les soins doivent obligatoirement être programmés pendant les temps d'ouverture de cellule, effectivement, il y a des comptages réguliers avec blocage général si éventuel problème de comptage.

Il est aussi très important d'entretenir de bonnes relations avec le professionnel pénitentiaire afin de faciliter au maximum nos interventions. Enfin, le secret professionnel est essentiel.

Pas d'hospitalisation à temps plein. Respect du rythme carcéral qui reste la priorité, donc organiser les soins dans cette temporalité.

Relance :

L'adaptation à ce service est-elle difficile ?

L'adaptation. Cela dépend des facteurs d'adaptation. Travailler en détention doit être un choix. Pour ma part, l'adaptation a été rapide mais les mesures sécuritaires et le rythme carcéral reste forcément pesant mais finisse par devenir l'habitude.

Relance :

Vous dites pesant, pourquoi pesant ?

Car je ne peux pas avoir accès au patient quand j'en ai envie/besoin.

Question n°3 :

Quel est votre ressenti face à un patient détenu en général ?

Je m'oblige à n'avoir aucun a priori avant la première rencontre de façon à être le plus objectif possible pour me faire ma propre idée. Pour moi, le préjugé est susceptible de t'induire en erreur. Spontanément le préjugé nous oriente vers du négatif. Mais il est important je trouve par contre, de rappeler qu'il peut être positif aussi. La personnalité et les faits d'un patient peut amener à des phénomènes de fascination. Donc le préjugé qu'il soit positif ou négatif peut avoir un impact majeur sur la prise en charge.

Relance :

Qu'est-ce que vous entendez par phénomène de fascination ?

Certains patients ont des histoires de vie et donc judiciaire dont la situation est pas ordinaire et qui peut pour le coup être médiatisé, exposé à tout le monde. La fascination crée de l'attraction et que cette attraction peut devenir un facteur de domination que le détenu a sur le soignant. Tu peux être fasciné par les histoires de certains détenus, certains vivent comme ce qu'on voit à la télé, une histoire de vie digne d'un film. Les trois quarts des détenus correspondent par lettre avec des personnes qui le souhaitent et parfois ces personnes extérieures rompt la relation et d'autres l'entretiennent. Je n'en ai jamais vécu mais je sais que ça existe. Par exemple, je suis en réunion pluriprofessionnelle tous les lundis après-midi pour exposer les cas de la maison d'arrêt et les vendredis pour ceux du centre pénitencier. On expose des cas plus ou moins ordinaires, la rengaine et parfois ça provoque plus d'engouement de la part des soignants ça je le remarque bien. On ne va pas se battre pour le dossier mais presque. Je tiens à préciser quand même qu'il faut faire attention à ce phénomène qui peut aussi détenir des aspects négatifs. L'aspect négatif du préjugé positif et donc de la fascination peut amener à ressentir de la sympathie, et alors là, le patient peut donc rapidement l'utiliser comme levier pour manipuler le soignant.

Relance :

Qu'est-ce qui vous a donné envie de travailler dans ce domaine pénitencier ?

Mes valeurs sont de venir en aide car les personnes les plus démunies finissent par être socialement exclues. Les 2 milieux où on les retrouve sont la rue et la prison. Leur venir en aide et leur tendre la main car justement peu de personne, je pense, leur tendent la main et chaque personne a le droit aux soins et à la dignité quoi qu'ils aient pu faire.

Relance :

Avez-vous déjà eu des réticences face à un détenu, notamment au début de votre exercice ?

Aucune. Encore une fois j'essaie de ne pas être influencé avant la première rencontre.

Relance :

Est-ce que ça vous est déjà arrivé de refuser de prendre en charge un patient pour une quelconque raison ?

Non, cette situation ne s'est jamais présentée. Par contre, c'est sûr que cette situation peut bien sûr être possible et doit être discutée et validée en équipe pluriprofessionnelle. Ou alors on peut déléguer à un collègue avec son accord, si lui se sent en capacité de prendre le relais.

Question n°4 :

Est-ce que ça vous est déjà arrivé de connaître le motif d'incarcération d'un patient que vous preniez en charge ? (Hors motif médical, exemple si le délit/crime commis intervient dans un contexte de pathologie psychiatrique et auquel cas vous aurez droit à l'information dans le dossier patient).

Oui, à chaque fois. Tout arrivant à systématiquement un entretien d'évaluation à son entrée en détention sauf si refus exprimé par le patient. Comme son nom l'indique, c'est d'évaluer les ressources et les besoins des personnes, comme savoir s'ils ont des antécédents, s'ils ont besoin de traitement ou non, essayer de savoir s'ils ont des choses à faire qu'ils n'auraient pas eu le temps à l'extérieur avant d'être incarcérés. Évaluer aussi l'état de santé ponctuellement au moment même pour faire l'évaluation de l'état somatique et psychique. Il y en a qui sont en choc carcéral à l'arrivée, d'autres sont comme en colonie de vacances. On balaie plein de choses, au niveau de la thymie, de la santé somatique, psychique, s'il y a des envies suicidaire, d'éléments psychotiques ou non, le potentiel auto/hétéro agressif. S'assurer que le détenu a bien identifié son SPIP, car c'est la pierre angulaire de toute l'incarcération, ils vont

gérer tout ce qui est niveau social (réfection de papier d'identité si besoin, loyer impayé, trouver un logement pour la sortie...). Tout ça pour évaluer et monter une continuité de soins au sein de la prison en les orientant en fonction des besoins (UCSA, SPIP, SMPR etc.)

Relance :

Si oui, comment l'avez-vous su ? Par le patient lui-même ? Par un surveillant ?

Par les patients eux-mêmes. Les personnes détenues parlent assez facilement des motifs de leur incarcération. Ce n'est pas pour autant qu'ils les reconnaissent par ailleurs.

Relance :

Quand vous dites qu'ils ne les reconnaissent pas forcément, est-ce qu'on pourrait associer ça à un manque de remords ou seulement une incapacité intellectuelle peut-être à être au clair avec la réalité ?

Très souvent, c'est tout simplement du déni. Ça peut être pleins de raison, soit le déni, soit de la manipulation et du coup ils inventent une histoire ou ils n'ont rien fait, ils se le rabâchent en boucle, ils finissent même par y croire eux même, ils se persuadent. C'est des systèmes de défense psychique. D'autres ne sont pas nets même sans avoir de pathologie avérée, et peuvent avoir de gros troubles de personnalité, même être psychopathes, ne ressentent aucun affect ni altérité pour l'autre. Ils utilisent les autres au même titre qu'un objet. Certains vont avoir des remords, d'autres non, d'autres ont des personnalités perverses. Il y a de tout en prison.

Relance :

Et comment réagir face à tout ça ?

Déjà, je constate le degré du trouble, sa logique, je pose des questions pour essayer d'avoir son ressenti, ses émotions. Mais sinon, je fais totalement abstraction à tout ça et les prises en charge suivantes se passent pour maintenir le contact entre nous et notre alliance thérapeutique. On voit bien que ça déconne mais si on les fâche et qu'ils ne sont pas capable d'entendre les autres, tu fais attention, des fois tu marches sur des œufs mais le principal reste la relation de confiance entre nous. Il ne faut rien dire qui fâche car sinon tout vole, essayer de les apprivoiser tout doucement et aborder.

Relance :

Dans ce cas-là, comment réagissez-vous face au patient ?

Dans le cas où le patient m'énonce clairement ou non le motif de son incarcération, je lui apporte une écoute active. Il est essentiel pour sa bonne prise en charge et la construction d'une alliance

thérapeutique, un quelconque lien de confiance, que le patient n'ait pas d'appréhension de choquer son interlocuteur. Il faut clairement lui dire que vous êtes prêt à tout entendre sans être choqué ou jugeant.

Question n°5 :

Est-ce que ça vous est déjà arrivé de discuter du motif médical avec un surveillant pénitencier ? Et à l'inverse, est-ce que c'est déjà arrivé qu'un surveillant vous annonce la cause judiciaire d'un détenu ?

Jamais, mais régulièrement j'explique des situations en faisant faire du lien avec les symptômes visibles qui peuvent être interprétés comme faire provocation aux yeux de l'administration pénitentiaire.

Il m'est arrivé ponctuellement que des surveillants me divulguent les motifs d'incarcération. Cela reste exceptionnel et résulte quelques fois de voyeurisme mais surtout à chaque fois d'une mauvaise gestion émotionnelle.

Le secret professionnel bilatéral doit être levé à partir du moment où il y a un risque potentiel d'atteinte à l'intégrité ou à la vie d'une personne.

Relance :

Quand vous dites risque potentiel d'atteinte à l'intégrité, qu'est-ce que vous voulez dire par là exactement ?

Risque de passage à l'acte, de suicide, d'agressions, d'assassinat, même en prison, il y en a que ça n'arrête pas. On voit vraiment de tout en prison. Et dès qu'il y a un danger imminent ou ressenti on est dans l'obligation de prévenir l'administration pénitentiaire. Lorsqu'un risque suicidaire élevé mon devoir est d'en informer l'administration pénitentiaire pour que le patient soit inscrit sur une liste de surveillance suicidaire. Il y a la liste suicidaire spécifique et auquel cas la surveillance se fera jour et nuit, ou la particulière et là c'est une surveillance de journée plus régulière. Si la situation nécessite une hospitalisation pour crise suicidaire, elle est proposée au patient voire imposé dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte de type SDRE (sous demande d'un représentant de l'Etat). Mais de toute façon ils auront sûrement le papier avec le motif d'hospit' quand ils iront le rechercher.

Relance :

Existe-t-il des dérogations/exceptions à ce secret d'un côté comme de l'autre (médical/pénitencier) ?

Ils ont accès à tous les papiers, les comptes rendus, tout passe par le greffe. C'est le secrétariat du parquet en fait, c'est ceux qui gèrent tous les papiers, tout l'administratif. Lien entre l'administration et le détenu. C'est eux qui les écrouent d'ailleurs. Ils font leur entrée et leur sortie.

ANNEXE III

Entretien IDE F (UHSI)

Question n°1 :

Ma première question est « qu'est-ce que prendre soin d'un patient pour toi » ?

Prendre soin d'un patient ça va être répondre à ses demandes, que ce soit physiquement parlant mais aussi le côté un peu plus psychologique de la personne. Ça va être prendre en charge tout type de questions, tout type d'inquiétude, ça va être prendre du temps avec le patient quand on a la chance, de pouvoir prendre le temps avec le patient. Et puis pouvoir le rassurer au maximum parce que ce n'est pas facile d'être hospitalisé.

Relance :

Du coup, pour toi, est-ce qu'il existe une différence de prise en soin à l'uhsi et dans les services généraux ?

Totalement après j'ai fait peu depuis que je suis diplômée, j'ai fait peu dans les services généraux mais pour avoir fait du coup de l'intérim par exemple c'est déjà très différent. Le fait de comment on se présente au patient, on dit seulement notre fonction et à aucun moment on doit évoquer soit notre nom ou notre prénom, quant à leur arrivée à l'uhsi, ils ont directement un surveillant pénitencier qui va être là avec nous, alors qu'ailleurs tu n'auras pas ça et donc forcément la prise en charge va aussi laisser de la place déjà au surveillant pénitencier. Ça ne va pas être pareil, y'a des choses où, par exemple, ne serait-ce que les rasoirs, il faut informer du coup le service pénitencier qu'on leur a prêté des rasoirs alors que dans d'autres services, tu donnes un rasoir, tu le récupères après et voilà. Il y a plein de petites choses comme ça, toutes les règles strictes de sécurité qui font que oui, la prise en charge elle est quand même, elle est différente. On fait des choses qu'ailleurs on ne penserait même pas ou limite on serait choqués.

Relance :

Et en fonction du patient, pour toi est-ce qu'il y a une différence étant donné que ce ne sont pas des personnes « lambdas » on va dire mais des personnes incarcérées ?

En fait, c'est le contexte qui fait que c'est différent parce que le patient tu vas le prendre en charge de la même façon. En tout cas, t'essayes de faire au maximum, de prendre en charge de la même façon. Après c'est sûr que on n'est pas censés savoir ce qu'ils ont fait pour être incarcérés, mais tu sais qu'ils ont fait quelque chose donc ça va revenir à essayer de se protéger quelque part parce que tu sais que tu ne peux

pas non plus tout te permettre devant les patients parce qu'on n'est pas dans le même contexte que quelqu'un qui serait juste en hospitalisation normale. Mais ça ne change pas la prise en charge médicale.

Question n°2 :

Du coup, ma deuxième question c'était quels sont les droits et devoirs spécifiques aux unités carcérales ?

Les devoirs et les règles spécifiques, il y en a plusieurs. Ne serait-ce que du coup comme je disais tout à l'heure vu que tu as les agents pénitentiaires avec toi, t'es obligé de déjà te présenter un peu ce côté-là de l'hospitalisation. Tu vas avoir des règles de sécurité en plus. Après c'est sûr que ce serait plus aidant si on avait vraiment un papier officiel, mais je crois que d'un uhsi à un autre uhsi ce n'est pas forcément la même chose non plus, donc ça n'aide pas. Mais il y a quand les patients doivent passer des rendez-vous, tu sais on met les feuilles sur les dossiers en disant de ne pas communiquer les dates, l'heure, on n'a pas le droit d'informer sur ça, c'est des choses qu'ailleurs tu ne fais pas du tout quoi fin normalement faut que le patient soit au courant de tout et là, tu ne peux pas, enfin malheureusement ils ne peuvent pas avoir accès à ces choses-là. Le fait d'attendre les surveillants pour rentrer dans les chambres, ça c'est quelque chose que tu ne fais pas ailleurs non plus, tu rentres quand t'as besoin d'entrer dans la chambre. Il y a pleins de règles comme ça ou, en fait ça devient des habitudes. Comme réfléchir aussi à comment se positionner dans la chambre du patient, éviter au maximum de se mettre côté fenêtre mais plutôt côté porte pour si jamais il se passe quelque chose avec le patient de pouvoir sortir plus rapidement et ne pas se retrouver bloquer. Puis toute l'organisation avec les chariots, s'il se passe quoi que ce soit, il ne faut pas rentrer, par exemple le chariot d'urgence il ne faut pas qu'on le rentre dans les chambres parce que sinon on ne peut pas y toucher. Si la personne décède, on ne peut pas accéder à la chambre. C'est vrai qu'il y a des petites choses comme ça ou on ne se rend pas compte mais ça ferait bizarre pour quelqu'un de l'extérieur qui vient et qui se dit ah mon patient fait un arrêt et je ne peux pas rentrer le chariot d'urgence dans la chambre. La par exemple, il n'y a pas longtemps on a eu une situation d'urgence où on a dû donc faire des aller retours entre la chambre et le chariot mais bon. Certaines fois c'est contraignant quand même, par exemple le fait d'attendre qu'on nous ouvre les portes des fois. Surtout quand il y a les ERIS, le fait que là, on puisse ouvrir qu'une seule chambre, qu'il y ait 7/8 personnes dans la chambre avec toi, ça peut être un peu délicat. Ça va être un petit peu délicat mais après en fait tu t'y fais. Il y a aussi le fait de porter un gilet par balles lors de l'accompagnement d'un patient à un examen hors du service de l'UHSI. Mais par contre, quand tu vas à l'extérieur, tu te rends compte des règles, c'est plus dans ce sens-là. Quand tu y es, tu fais avec et quand tu vas à l'extérieur tu te rends compte qu'il y a quand même des contraintes en fait. Des fois, c'est plus des contraintes qu'autre chose.

Relance :

L'adaptation à ce service est-elle difficile ?

Au début oui, car on est soumis au rythme de l'administration pénitentiaire et c'est vraiment compliqué de penser à tout au début et d'assimiler toutes les choses interdites ou déconseillées qu'on ferait dans d'autres services. Mais ça devient rapidement une habitude parce que malgré tout, on n'a pas le choix et on s'y fait avec le temps.

Question n°3 :

Du coup la troisième question c'était, quel est ton ressenti face à un patient détenu en général ?

En fait, ça évolue avec le temps parce qu'au début, forcément t'es dans quelque chose ou c'est assez spécifique, c'est particulier comme environnement. Mais après c'est peut-être que moi mais en fait je ne fais pas vraiment attention à ce côté-là de la personne, c'est je me dis que c'est un patient avant tout. Et puis il y a des fois où ils vont faire certaines remarques et là tu vas dire, ah oui quand même, c'est vrai qu'effectivement on est bien dans le milieu pénitencier. Il y a des moments où ils te font des remarques, des blagues, des choses comme ça et tu te dis ok c'est vrai donc bon tu prends un tout petit peu plus de distance mais tout en restant soignant hein, on essaie de ne pas les juger mais après on reste humain quoi. On a tous des avis sur ça. Enfin, il y a des patients, ou forcément ça fait tellement longtemps qu'ils sont là qu'au bout d'un moment tu sais le motif d'incarcération aussi et donc tu te dis « ah oui tiens, c'est pour ça qu'il est comme ça, ah d'accord » et en fait, ça devient presque un trait de personnalité du patient je dirais. C'est le patient avec ce qu'il a fait et en fait, t'es obligé de prendre soin du tout et donc ça, ça fait partie du patient quoi et tu t'y fais.

Relance :

Et, est-ce que justement tu as déjà eu des réticences face à un patient détenu ? Surtout que toi tu viens tout juste de débiter ta carrière, est-ce que ça t'est déjà arrivé d'être réticente même sans savoir ce que le patient avait fait ?

C'est déjà arrivé et généralement on se le dit dans l'équipe et du coup on essaie de s'éloigner un peu quelques jours, essayer de changer de secteur, des choses comme ça, en attendant que le patient parte. Après, moi ça m'était arrivée sur un patient qui avait la tuberculose, et du coup il restait longtemps avec leur traitement, leur isolement et tout ça. Comme ils sont en isolement, t'es la seule personne qui rentre dans la chambre et je sais que le patient était assez violent verbalement en fait, et c'était pour des choses comme ça d'ailleurs qu'il avait fini en détention. Et au bout d'un moment, vraiment, ce n'est pas que j'avais peur d'entrer dans la chambre, mais c'est qu'au bout d'un moment, tu te dis bon c'est bon quoi, ça fait toute la semaine que je m'occupe de lui et tu sais que tous les matins il va te crier dessus et qu'il

va commencer à devenir violent donc ça arrive oui. Il peut y avoir des réticences mais après c'est normal quoi, on n'est pas des super héros enfin c'est tes émotions quoi.

Relance :

Dans ce cas-là, tes réticences étaient plus parce que c'était un détenu ou plus parce qu'il avait plutôt un comportement désagréable si j'ai bien compris ?

C'est plus par rapport à l'agression verbale. Même si je savais ce qu'il avait fait. En fait c'était plus son comportement actuel qui découle de ce qu'il a fait.

Relance :

Est-ce que ça t'est déjà arrivé de refuser de prendre en charge un patient ? Par rapport à son motif d'incarcération ou même en général ?

Il y a un patient que j'ai, je n'ai pas refusé de le prendre en charge mais j'ai préféré aller dans un autre secteur parce qu'en fait c'était un patient que je connaissais, enfin qui lui me connaissait d'ailleurs, c'était très très étrange comme situation. Il m'a reconnu d'il y a quelques années et moi je ne l'avais pas du tout reconnu donc c'est bizarre de se dire « bah tiens c'est drôle, on se retrouve là mais pas du même côté finalement ». Donc là, oui ça m'est arrivée de dire non, je suis désolée mais là enfin, déjà on est censés garder notre identité entre guillemets secrète, donc voilà le fait qu'il sache qui je suis, à l'extérieur ça peut poser soucis.

Sinon pareil le monsieur de la tuberculose ou là, je me suis dit bon là, ça commence à faire beaucoup. Mais sinon je n'ai jamais eu vraiment de refus où je me suis dit, non celui-là, je ne veux pas du tout le prendre en charge.

Mais sinon de refuser ou même être réticente face à un patient seulement dû à son motif d'incarcération, ça ne m'est jamais arrivé.

Relance :

Est-ce que déjà, vous avez le droit de refuser catégoriquement de prendre en charge un patient ?

Ah oui mais ça après tout est possible. Après, ce qui est délicat c'est que comme on n'est pas censés savoir ce qu'ils ont fait, on ne serait pas vraiment dans le droit de refuser parce qu'on sait ce qu'il a fait. Sauf que en tant que soignant, on a le droit de refuser de prendre en charge un patient, tout comme un patient a le droit d'être enfin, de refuser de faire prendre en charge par un soignant. Mais exactement à cause de ce qu'ont fait les patients, je ne crois pas. En tout cas, je n'en ai pas entendu parler. Mais je pense que ça a dû arriver, hein. Que ce soit des infirmiers, des aides-soignants, ash, mais là le plus que j'ai vu, c'est juste par rapport à leur comportement vraiment et dans ce cas-là on délègue aux collègues,

on change de secteur. Enfin, on demande à l'autre collègue, on essaye de s'entraider parce que sinon, de toute façon on ne va pas réussir à finir notre journée bien, et ce n'est pas ce que l'on veut.

Relance :

Toi personnellement, qu'est-ce qui t'a donné envie de travailler dans ce domaine ?

Je trouve que ça ajoute un truc en plus. En fait, en entrant à l'école d'infirmière, je voulais faire du bloc opératoire, donc tu vois sincèrement à l'opposé. Mais une fois que j'ai connu des services un peu plus atypiques comme l'UHSI, je me suis dit voilà, en fait c'est totalement ce que j'aime parce que déjà tu vois de tout dans le service et puis en plus du côté soignant, t'a un autre côté qui est particulier aussi avec les patients. C'est comme faire du Médico-social, en fait, ça rendra aussi bien dans ces choses-là. Je ne sais pas, c'est une spécificité en plus qui fait que tu ne vois pas ça partout et que j'aime bien.

Question n°4 :

Même si on a déjà plus ou moins abordé la question auparavant, est-ce que ça vous est déjà arrivé de connaître le motif d'incarcération d'un patient que vous preniez en charge ? (Hors motif médical, exemple si le délit/crime commis intervient dans un contexte de pathologie psychiatrique et auquel cas vous aurez droit à l'information dans le dossier patient). Et comment tu l'as su ? Par le patient lui-même ? Par un surveillant ?

Les deux, même des fois les collègues en fait. Il y a des fois aussi, c'est les patients qui nous disent, parce qu'à l'entrée en fait, on leur demande parfois s'ils sont en maison d'arrêt ou CD parce que côté administratif avec la pénitencière ça peut nous être utile et pour savoir si ça fait longtemps qu'ils sont en incarcération et tout ça. Et des fois, il y en a qui disent, bah oui, mais moi je suis là parce que « nanana », y'en a qui ont besoin aussi de se livrer. Après, si toi t'es pas à l'aise avec ça, tu as tout à fait le droit de leur dire que tu es là pour les soins et non pour ça m'est arrivé plus quand pendant mon stage, j'étais allé à Vezin du coup, et on avait, j'étais sur le poste de soin et du coup il y a une consultation d'accueil. C'était la première fois qu'on voyait notre patient et du coup il m'a tout de suite dit non mais moi je suis là, j'ai tué personne hein ne vous inquiétez pas. Et du coup après ça il m'a dit son motif d'incarcération. Ils sont très ouverts sur ça, finalement plus qu'à l'UHSI pour le coup. Après il y a des fois où c'est des surveillants qui le disent mais c'est plus des sous-entendus. Ça va être je ne sais pas, s'il y en a un qui fait, qui est là pour inceste ou quoi, ils vont faire une petite remarque qui te laissent penser que, parce qu'eux non plus, ne sont pas censés divulguer le motif d'incarcération. C'est comme nous, on n'est pas censés leur divulguer pourquoi ils sont à l'hôpital, ça reste dans le secret médical, on n'est pas censés donner tous les détails de comment va le patient. Et des fois, c'est juste les collègues en fait, y'a des patients ça fait tellement de fois qu'ils sont venus ou ça fait tellement longtemps qu'ils sont là, qu'au bout d'un moment tu commences à savoir et puis t'en discutes avec tes collègues. Mais ce n'est pas

forcément du jugement en fait, c'est plus juste on l'a appris et voilà. De toute façon, on ne va rien y faire, ce n'est pas à nous de les juger sur ça. Donc enfin voilà.

Relance :

Dans ce cas-là, quand c'est un surveillant qui t'en parle, est-ce que ça te dérange ou pas ? Tu lui dis que tu ne préfères pas savoir ou est-ce que justement tu préfères le savoir ?

Je ne préfère pas forcément savoir. Si je le sais quelquefois en fait, c'est plus qu'il y en a qui n'ont pas extrêmement de tact et qui disent ça en plein milieu de tes soins et du coup ça fait laisse-moi juste faire mes soins, je ne veux pas savoir pourquoi il a été incarcéré mais je crois que je n'ai jamais dit à un surveillant que je ne veux pas savoir pourquoi il est là, mais simplement parce que ça ne change rien de mon côté. Après, on est quand même très prévenant de ce côté-là quand je disais que des fois c'est des collègues qui le disent. Quand ça arrive, qu'on en parle en salle de pause, la personne qui va dire souvent demande quand même s'il y en a qui ne veulent pas du tout savoir les motifs d'incarcération. Et il y a quelques collègues qui ne veulent pas du tout savoir les motifs et du coup soit ils partent ou soit on passe à autre chose. Mais avec les surveillants, moi, je crois que je ne leur ai jamais dit, enfin moi personnellement, je n'ai jamais dit de ne pas me dire pourquoi il est incarcéré.

Relance :

Et justement, quand c'est un patient qui te dit clairement le motif même si c'est des meurtres ou quoi que ce soit, est-ce que ça va changer toi ta prise en soin ? Est-ce que ton comportement va changer vis à vis de lui pour les prochaines fois ?

Pas forcément pour les prochaines fois, c'est plus des fois, c'est déstabilisant. Ça m'était arrivé à l'UHSA justement ou j'aidais une dame à faire une toilette et au moment où je lui essuyais les pieds, donc la dame était encore totalement nue et elle me raconte en fait comme ça pourquoi elle est en incarcération, vraiment tout en détail. Moi je voulais, je n'avais pas envie de savoir pour le coup parce que c'était un moment quand même très intime d'être en train de faire la toilette de quelqu'un et voilà. En plus là j'étais presque agenouillée devant elle pour lui essuyer les pieds, donc c'est encore plus particulier et puis de savoir comme ça c'est vrai que sur le coup en fait, si ça fait un petit choc de « Ah ! c'est vrai ». Et après, on s'adapte et ça revient comme avant, enfin en tout cas pour moi. Mais je peux comprendre que ça puisse choquer quelques personnes aussi de savoir en tout cas comme ça avec des mots aussi crus que ce que cette patiente-là a pu avoir de savoir ce qui ce qui s'est passé quoi. Et je peux comprendre aussi que pour certaines personnes ça peut changer carrément leur attitude envers les patients parce qu'en fait à ce moment-là en disant ou même en orientant sur le motif judiciaire du patient, on a porté un jugement sur lui et ça nous influence forcément. Mais c'est humain, c'est notre cerveau. On est fait comme ça, quand on nous dit qu'il y a un danger, forcément, il y a une petite alarme qui fait

« Ah, y'a possiblement un danger » donc c'est normal mais encore une fois, moi personnellement ça ne m'est jamais arrivé en fait. Si, en fait des fois on devient plus ferme je trouve. Par exemple quand on nous dit « Attention il peut avoir les mains baladeuses », même si ça peut aussi le faire avec d'autres patients dans d'autres services ou même des fois ils ont aussi des gestes ou des paroles déplacées et sauf que là c'est avéré qu'il s'est passé quelque chose avant donc forcément ça nous met un peu plus en alerte mais après pour le reste des soins généralement, ça ne change pas grand-chose.

Relance :

Quand tu parles de geste ou paroles déplacées, comment réagir face à ça à l'UHSI ?

Je sais que là récemment on avait un étudiant qui finissait son stage semaine dernière, et il arrivait que justement on ait un patient qui fait beaucoup de blagues sexuelles très inappropriées, et c'est vrai que parfois c'est arrivé à plusieurs reprises qu'on se mette entre le patient et l'étudiant parce qu'il faisait des remarques qui n'étaient pas du tout acceptables. Et, c'est particulier hein d'avoir un patient qui te dit ça et tu te sens démuni totalement. Après on a aussi, il faut voir les deux côtés de la chose, si on ne si on lui dit, rien, le patient va se dire que c'est ok et qu'il peut continuer. Mais si on dit quelque chose, il y a aussi la possibilité qu'il s'énerve ou alors qu'il refuse les soins mais ce n'est pas une raison. Le fait qu'il y ait des arguments pour ne pas le lui dire, c'est pas du tout une raison pour ne pas le dire justement. C'est qu'il faut quand même le remettre à sa place. Après ce n'est pas simple, ce n'est pas simple du tout, surtout quand on sait qui on a face à nous. C'est déstabilisant. En plus, la position d'étudiante n'est pas facile parce que tu te défends en tant que personne mais le patient peut toujours avoir ce regard de « ah oui mais t'es qu'un étudiant », alors que ce n'est pas vrai, on est quand même des humains avant tout, ils n'ont pas à nous maltraiter, nous non plus. Mais c'est vrai que dans des situations comme ça, c'est compliqué. On a du mal à gérer et je trouve que même ce serait aussi le rôle de la pénitencière dans ce cas-là d'intervenir, et de leur dire que ça ne se reproduise pas.

J'ai eu moi aussi le cas où, quand j'étais étudiante, pendant une prise de sang. Il m'a fait une blague tendancieuse. Je lui dis « est-ce que vous pouvez vous dégager un peu dans le lit pour que je puisse vous faire votre prise de sang » parce que je n'avais pas de place sur le lit. Il m'a répondu à ce moment-là, qu'il voulait bien se décaler avec plaisir mais que si c'était pour que je monte dans le lit avec lui. A ce moment-là, c'est le gradé qui est venu le voir et l'a remis à sa place. C'est peut-être un peu exagéré que ce soit le gradé qui vienne lui remonter les bretelles, mais je trouve que la pénitencière a quand même son rôle à jouer dans ces situations. Nous, on représente le côté médical même si certes, on a de l'autorité aussi. Mais je pense que ce genre de situations doivent être prises en charge par l'administration pénitencière et que chacun reprenne son rôle de base.

Maintenant en tant que professionnelle diplômée la position change un peu aussi. Et moi ce que je fais, c'est que souvent quand je sens une situation gênante, malaisante, je détourne sur autre chose. Après, ça dépend aussi des propos mais des fois tu te dis non, là stop, c'est trop. Et je change la direction de la

conversation tout en continuant de faire mes soins. Parce que ça permet aussi de garder une relation avec le patient.

Question n°5 :

Est-ce que ça vous est déjà arrivé de discuter du motif médical avec un surveillant pénitencier ? Et à l'inverse, est-ce que c'est déjà arrivé qu'un surveillant vous annonce la cause judiciaire d'un détenu ?

Souvent on parle du côté médical quand c'est pour organiser un bloc, pour organiser un examen, pour savoir combien de temps va durer l'examen en fait, pour qu'eux de leur côté puissent faire leur organisation pénitentiaire. Et à l'inverse, ils nous disent soit ce matin il y a monsieur machin qui rentre à telle heure, vous voulez vous organiser comment et on leur dit on le met dans cette chambre là parce que... ou alors des fois quand il y a besoin de contention on leur explique que le monsieur a besoin de contention donc on le met à la chambre 1 parce qu'il y a les contentions dedans. Mais généralement on ne dit pas pourquoi ils viennent, enfin ils ont quand même le motif d'entrée parce que c'est eux qui reçoivent les papiers de pourquoi ils sont transférés mais ils n'ont pas plus de détails. Enfin, on ne leur dit pas la tension était je ne sais pas combien ce matin. A part s'il y a des états de santé qui se dégradent très vite et dans ce cas-là il se peut que parfois ils laissent le loquet, tu ne sais pas la clé, pas le verrou mais juste le loquet parce qu'on leur a expliqué que voilà là le patient se dégrade et qu'on a besoin d'avoir une surveillance un peu plus rapprochée et que si à chaque fois on est obligé d'aller les chercher pour qu'il nous ouvre la porte, si on retrouve le patient décédé, ça va être très compliqué. Mais même pas décédé, des situations plus légères, mais il y a des fois où cela peut arriver. Mais non sinon, on ne donne pas souvent des informations cliniques.

Relance :

Et du coup l'autre question, c'était, est-ce qu'il y a des dérogations ou des exceptions justement au fait que vous serez obligé de dire à un surveillant des données sur l'état de santé du patient mise à part pour les dégradations et urgences vitales comme tu viens de me dire ?

Quand c'est des pathologies infectieuses, comme le covid ou la tuberculose par exemple, mais de toute façon c'est affiché sur la porte, donc ils peuvent le voir. C'est juste pour protéger le personnel pénitencier. Donc oui, il y a ces choses-là. Après d'autres pathologies, quand c'est les transfusions sanguines, il faut quand même leur expliquer pourquoi tu restes 15 min dans la chambre parce que sinon ils ne vont pas comprendre, voilà. Les chimio pareils, des fois on leur dit voilà, on fait une chimio, du coup c'est pour ça qu'on a une surveillance un peu plus rapprochée. Pareil, il y a la girafe avec les précautions à prendre donc ils savent très bien pourquoi il y a ça. Sinon, je ne vois pas d'autres exceptions comme ça, ouais quand l'état de la personne ne va pas bien, quand il y a une surveillance rapprochée. Voilà, je crois que c'est à peu près tout.

Relance :

Et, est-ce que à l'inverse eux ils ont des dérogations à vous dire ce qu'il a fait pour une quelconque raison du coup ?

Ils n'ont pas le droit de dire ce qu'ils ont fait mais ils ont le droit de nous dire le niveau de sécurité à avoir. Il y a cette histoire de niveau 1,2 ou 3 et puis les IRIS. Mais c'est par rapport à l'ouverture des portes, par exemple, où ils vont dire là c'est un niveau 2 donc on peut ouvrir qu'une seule porte dans le couloir, c'est un niveau 2 donc il faut trois personnes pour l'accompagner à son plateau donc on ne peut pas gérer forcément la journée comme on le voudrait. Mais je n'ai jamais vu de situation ou de choses qui font qu'ils nous disent clairement pourquoi la personne est incarcérée. Les niveaux 1,2, 3 et les IRIS ça correspond soit à un niveau de dangerosité normal/modéré, élevé ou même aussi un risque potentiel d'évasion plus ou moins élevé également. Il le précise parce que toi quand tu rentres dans la chambre, ça va être différencié si c'est vraiment grosse dangerosité pour le personnel soignant, tu sais ils se font vider les poches et tout, si c'est risque d'évasion, des fois ils sont un peu plus légers sur les règles parce que la seule chose qu'ils risquent de faire c'est de se mettre à courir dans le couloir mais bon voilà, on va vite le voir. On en a eu un patient comme ça qui a tenté de partir et qui s'est retrouvé tout seul au milieu du couloir. Mais non, non il précise du coup si c'est dangerosité pour le personnel ou juste si fugue.

Relance :

Je pense avoir abordé toutes les notions dont j'avais besoin. Mais j'ai quand même une dernière question, juste par curiosité. De ce que j'ai compris de l'entretien, c'est que de connaître le motif d'incarcération d'un patient ne te dérange pas plus que ça. Mais du coup, est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir un patient devant toi qui te parle librement de son incarcération de manière très libérée et même un peu, comment dire, un peu légère dans le sens où il n'exprime pas tellement de remords de ce qu'il a pu faire/provoqué et même au contraire ?

Je n'ai pas forcément moins d'empathie pour eux mais bon ça fait quelque chose c'est sûr, de se dire qu'il n'a rien compris quoi. Mais ça, c'est parce qu'on a un côté humain et qu'on se heurte à des gens qui pour eux, c'est comme s'ils étaient allés faire les courses. Il y en a pour qui, oui. Mais surtout en psychiatrie, je trouve qu'on rencontre beaucoup plus ce genre de situations là-bas parce que justement ils ont des défaillances de ce côté-là ou pour eux les émotions que nous avons, les remords comme nous connaissons, le bien et le mal, ce n'est pas pareil pour eux parce qu'ils pensent et ne voient pas les choses de la même façon que nous donc c'est vrai que certaines fois, il faut avoir une grande ouverture d'esprit et réussir à se dire bon, si je me met à sa place, lui il ne voit pas ça comme du mal donc voilà. Mais il y en a qui le voit comme du mal mais ça ne leur fait ni chaud ni froid en fait, ils ont un manque d'empathie très grand parfois.

Il y également aussi certaine fois où ce sont des patients qui ont eu une histoire de vie très compliquée voire atroce pour certains. Et ils peuvent par exemple reproduire ce qu'on leur a fait par exemple dans leur enfance ou quoi que ce soit. Et alors à ce moment-là, eux, n'ont eu que ce schéma et pensent probablement que la normalité est ainsi et du coup leur vision de la vie pour eux devient complètement différente à ce moment-là. Et donc là, c'est sûr qu'ils ne voient pas forcément le mal qu'ils ont pu causer. Alors que nous de l'extérieur, on voit très bien que c'est faux, qu'il ne faut pas continuer à faire pareil mais leur cerveau est tellement abîmé dès l'enfance qu'ils continuent à faire pareil donc ça explique mais n'excuse pas. Certaines histoires de vie peuvent expliquer un comportement certain, mais à aucun moment, ne l'excuse.

ANNEXE IV

Analyse des entretiens

Objectif : Connaître leur notion du prendre soin et savoir s'il ressent une différence avec les services généraux

Thème	Prise en soin d'un patient				
Sous thèmes	Besoin fondamental du patient	Disponibilité des soignants	Valeurs humaines soignantes	Aspect humain	Relation soignant-soigné
	<u>Répondre aux demandes du patient physiquement parlant mais aussi le côté psychologique</u> Pratiquer un rétablissement ou un maintien du bon état de santé général Aspect psychologique et somatique	<u>Prendre du temps avec le patient</u> <u>Prendre en charge tout type de question, tout type d'inquiétude</u>	<u>Réassurance, pouvoir le rassurer au maximum</u> Bienveillance et empathie	C'est avant tout une action humanitaire Prendre en compte la personne dans sa généralité	Relation soignant-soigné, établissement d'une alliance thérapeutique à travers le soin

Objectif : Connaître si les professionnels font une différence de prise en soin des patients détenus et des patients en soins généraux

Thème	Différence avec les soins généraux		
Sous thèmes	Aspect sécuritaire	Présentation	Administration pénitentiaire
	<u>Toutes les règles strictes de sécurité font que oui, la prise en charge est quand même différente, on fait des choses qu'ailleurs on n'y penserait même pas ou limite on serait choqué</u> Confiance	<u>La façon de se présenter au patient, dire seulement sa fonction</u> Seulement l'environnement sécuritaire	<u>Avoir un surveillant pénitentier qui va être là avec nous, devoir laisser de la place au surveillant</u>

Objectif : Connaître les règles et devoirs spécifiques aux unités carcérales

Thèmes	Règles et devoirs						
Sous thèmes	Respect du rythme de l'administration pénitentier	Discrétion	Positionnement	Urgences	Présentation fonctionnelle	Accompagnement des patients	Être attentif aux dangers
	<p><u>On est soumis au rythme de l'administration pénitentiaire et c'est vraiment compliqué de penser à tout au début et d'assimiler</u></p> <p><u>Attendre les surveillants pour rentrer dans la chambre, surtout quand il y a les ERIS, le fait que là, on puisse ouvrir qu'une seule chambre, et qu'il y ait 7/8 personnes dans la chambre avec nous</u></p> <p>Avoir les autorisations interrégionales de Rennes</p> <p>Les soins doivent obligatoirement être programmés pendant le temps d'ouverture de cellule car il y a des comptages réguliers</p>	<p><u>Ne pas communiquer les dates, heures des rendez-vous programmés</u></p> <p>Le secret professionnel est essentiel</p>	<p><u>Réfléchir à comment se positionner dans la chambre, éviter au maximum de se mettre côté fenêtre mais plutôt côté porte pour pouvoir sortir plus rapidement et ne pas se retrouver bloqué si jamais il se passe quelque chose avec le patient</u></p>	<p><u>Ne pas rentrer le chariot d'urgence s'il se passe quoi que ce soit, on est obligé de faire des aller retours entre la chambre et le chariot</u></p>	<p><u>Seulement dire notre fonction, et a aucun moment on doit évoquer soit notre nom soit notre prénom quand on se présente à un patient</u></p>	<p><u>Porter le gilet par balles lors de l'accompagnement d'un patient à un examen hors du service de l'UHSI</u></p>	<p><u>Pour les rasoirs, tu dois informer le service pénitentier qu'on prête au patient. Tu le donnes, tu le récupère en comptant le nombre de lames</u></p> <p>La première des règles se rattache à l'aspect sécuritaire</p>

Objectifs : Savoir si certaines représentations sociales sont présentes d'emblée envers les personnes incarcérées

Thèmes	Ressenti face à un patient détenu en général					
Sous thèmes	Ressenti	Pas de jugement de valeur	Réalité	Réticences	Préjugés	Fascination
	<p><u>Ça évolue avec le temps</u></p> <p>Je m'oblige à n'avoir aucun a priori avant la première rencontre de façon à être le plus objectif possible pour me faire ma propre idée</p>	<p><u>Je ne fais pas attention à ce côté-là de la personne</u></p> <p><u>Je me dis que c'est un patient avant tout</u></p>	<p><u>Quelquefois, il y a certaines remarques et on se rend un peu plus compte qu'effectivement on est bien dans le milieu pénitencier</u></p> <p><u>À certains moments, c'est vrai qu'on prend plus de distances mais tout en restant soignant</u></p> <p><u>On essaye de ne pas les juger mais on reste humain. On a tous des avis sur ça</u></p> <p><u>Je prends le patient avec ce qu'il a fait et en fait, tes obligé d'en prendre soin et tu t'y fais</u></p>	<p><u>C'est déjà arrivé et généralement on se le dit dans l'équipe et on essaie de s'éloigner un peu quelques jours, essayer de changer de secteur en attendant que le patient parte</u></p> <p><u>Moi ça m'était arrivé, avec un patient en isolement qui était assez violent verbalement</u></p> <p><u>La réticence était présente du fait de son agression verbale répétée. En fait, c'était plus son comportement actuel</u></p> <p>Aucunes</p>	<p>Pour moi, le préjugé est susceptible de t'induire en erreur. Spontanément le préjugé nous oriente vers du négatif. Mais il est important je trouve par contre, de rappeler qu'il peut être positif aussi. La personnalité et les faits d'un patient peut amener à des phénomènes de fascination. Donc le préjugé qu'il soit positif ou négatif peut avoir un impact majeure sur la prise en charge</p>	<p>La fascination crée de l'attirance Tu peux être fasciné par les histoires de certains détenus, certains vivent comme ce qu'on voit à la télé, une histoire de vie digne d'un film.</p> <p>Par exemple, je suis en réunion pluriprofessionnelle tous les lundis après-midi pour exposé les cas de la maison d'arrêt et les vendredis pour ceux du centre pénitencier. On expose des cas plus ou moins ordinaires, la rengaine et parfois ça provoque plus d'engouement de la part des soignants ça je le remarque bien. On ne va pas se battre pour le dossier mais presque. Je tiens à préciser quand même qu'il faut faire attention à ce phénomène qui peut aussi détenir des aspects négatifs. L'aspect négatif du préjugé positif et donc de la fascination peut amener à ressentir de la sympathie, et alors là, le patient peut donc rapidement l'utiliser comme levier pour manipuler le soignant</p>

Objectif : Savoir pourquoi les professionnels ont choisi de travailler avec la population carcérale

Thèmes	Choix de travailler avec les détenus	
Sous thèmes	Côté atypique du service	Venir en aide aux personnes marginales
	<p><i>Je trouve, que ça ajoute un truc en plus. C'est un service atypique. C'est une spécificité en plus qui fait que tu ne vois pas ça partout et que j'aime bien</i></p> <p><i>En plus du côté soignant, il y a un autre côté qui est particulier avec les patients. C'est comme faire du médico-sociale</i></p>	<p>Les détenus, font partis avec les personnes qui vivent dans la rue socialement exclue. Leur venir en aide et leur tendre la main car justement peu de personne, je pense leur tendent la main et chaque personne a le droit aux soins et à la dignité quoi qu'ils aient pu faire</p>

Objectif : Savoir si les professionnels ont déjà su la raison judiciaire de leur patient ? Si oui, comment

Thèmes	Connaissance du motif d'incarcération des patients détenus		
Sous thèmes	Par le patient	Par les collègues	Par le personnel pénitentier
	<p><i>Il y a des fois aussi, c'est le patient qui nous le dis</i></p> <p><i>Il y en a qui disent, bah oui, mais moi je suis là parce que « nanana »</i></p> <p><i>Y'en a qui ont besoin de se livrer</i></p> <p><i>Ils sont très ouverts sur ça</i></p> <p>Oui, à chaque fois. Tout arrivant à systématiquement un entretien d'évaluation à son entrée en détention sauf si refus exprimé par le patient</p> <p>Par les patients eux-mêmes. Les personnes détenues parlent assez facilement des motifs de leur incarcération</p>	<p><i>Même quelquefois les collègues</i></p> <p><i>Parfois, c'est juste les collègues, il y a des patients ça fait tellement de fois qu'ils sont incarcérés ou ça fait tellement longtemps qu'ils sont là, qu'au bout d'un moment bah tu commences à savoir et puis tu en discutes avec tes collègues</i></p>	<p><i>Après des fois, c'est des surveillants qui le disent mais c'est plus des sous-entendus</i></p> <p><i>Ils vont faire une petite remarque qui te laisse penser que, parce qu'eux non plus ne sont pas censés divulguer le motif d'incarcération</i></p> <p>Il m'est arrivé ponctuellement que des surveillants me divulguent les motifs d'incarcération. Cela reste exceptionnel et résulte quelque fois de voyeurisme mais surtout à chaque fois d'une mauvaise gestion émotionnelle mais dans ce cas-là, si ça te met mal à l'aise tu leur dis honnêtement que tu ne souhaites pas poursuivre cette discussion</p>

Objectif : Connaître la réaction des soignants face au motif d'incarcération de leur patient.

Thème	Réactions		
Sous thèmes	Neutralité	Déstabilisation	Changement d'attitude, comportement
	<p><u>Après, si toi t'es pas à l'aise avec ça, tu as tout à fait le droit de leur dire que tu es là pour les soins et non pour ça</u></p> <p><u>On s'adapte et ça revient comme avant, enfin pour moi</u></p> <p><u>Là c'est avéré qu'il s'est passé quelque chose avant donc forcément ça nous met un peu plus en alerte mais après pour le reste des soins généralement, ça ne change pas grand-chose</u></p> <p><u>Je change la direction de la conversation tout en continuant de faire mes soins. Parce que ça permet aussi de garder une relation avec le patient.</u></p> <p>Je lui apporte une écoute active. Il est essentiel pour sa bonne prise en charge et la construction d'une alliance thérapeutique, un quelconque lien de confiance, que le patient n'ait pas d'appréhension de choquer son interlocuteur. Il faut clairement lui dire que vous êtes prêt à tout entendre sans être choqué ou sans juger.</p>	<p><u>Quelquefois, c'est déstabilisant</u></p> <p><u>Tu te sens démuni totalement</u></p>	<p><u>Et je peux comprendre aussi que pour certaines personnes ça peut changer carrément leur attitude envers les patients parce qu'à ce moment-là en disant ou même en orientant sur le motif judiciaire du patient, on a porté un jugement sur lui et ça nous influence forcément. Mais c'est humain quoi, c'est notre cerveau. On est fait comme ça, quand on nous dit qu'il y a un danger, forcément, il y a une petite alarme qui fait « Ah, y'a possiblement un danger »</u></p> <p><u>Si, en fait des fois on devient plus ferme je trouve</u></p>

Objectif : Savoir s'il y a des raisons spéciales à ce que le personnel soignant et celui de l'administration pénitentiaire se parlent entre eux des détenus/patients

Thème	Raisons à divulguer des infos côté pénitencier	
Sous thèmes	Organisation des soins	Prévention du risque
	<p><u>Ils nous disent soit ce matin y'a monsieur machin qui rentre à telle heure, vous voulez vous organiser comment</u></p> <p><u>Mais c'est par rapport à l'ouverture des portes, par exemple, où ils vont dire bah là c'est un niveau 2 donc on peut ouvrir qu'une seule porte dans le couloir, c'est un niveau 2 donc il faut trois personnes pour l'accompagner à son plateau donc on ne peut pas gérer forcément la journée comme on le voudrait</u></p>	<p><u>Ils ont le droit de nous dire le niveau de sécurité à avoir. Il y a cette histoire de niveau 1,2 ou 3 et puis les IRIS.</u></p> <p><u>Les niveaux 1,2, 3 et les IRIS ça correspond soit à un niveau de dangerosité normal/modéré, élevé ou même aussi un risque potentiel d'évasion plus ou moins élevé également</u></p>

Thèmes	Raisons à divulguer des informations côté médicales						
Sous thèmes	Isolement protecteur, air, contact...	Urgences vitales	Surveillance rapprochée	Danger / intégrité	Examens médicaux programmés	Accès aux dossiers	Placement des chambres
	<u>Quand ce sont des pathologies infectieuses, comme le covid ou la tuberculose par exemple, mais de toute façon c'est affiché sur la porte, donc ils peuvent le voir. C'est juste pour protéger le personnel pénitencier</u>	<u>S'il y a des états de santé qui se dégradent très vite et dans ce cas-là il se peut que parfois ils laissent le loquet, tu ne sais pas la clé, tu ne sais pas le verrou mais juste le loquet parce qu'on leur a expliqué que dans cette situation le patient se dégrade et qu'on a besoin d'avoir une surveillance un peu plus rapprochée</u>	<u>Quand ce sont les transfusions sanguines, il faut quand même leur expliquer pourquoi tu restes 15 min dans la chambre parce que sinon ils ne vont pas comprendre</u> <u>Les chimio pareils, des fois on leur dit bah voilà, on fait une chimio, du coup c'est pour ça qu'ils ont une surveillance un peu plus rapprochée. Pareil, il y a la girafe avec les précautions à prendre donc ils savent très bien pourquoi il y a ça</u>	Risque de passage à l'acte, de suicide, d'agressions, d'assassinat, même en prison, il y en a que ça n'arrête pas Dès qu'il y a un danger imminent ou ressenti on est dans l'obligation de prévenir l'administration pénitentiaire Lorsqu'un risque suicidaire élevé mon devoir est d'en informer l'administration pénitentiaire pour que le patient soit inscrit sur une liste de surveillance suicidaire. Mais de toute façon ils auront sûrement le papier avec le motif d'hospit' quand ils iront le rechercher.	<u>Souvent on parle du côté médical quand c'est pour organiser un bloc, pour organiser un examen, pour savoir combien de temps va durer l'examen en fait, pour qu'eux de leur côté puissent faire leur organisation pénitentiaire</u>	<u>Ils ont quand même le motif d'entrée parce que c'est eux qui reçoivent quand même les papiers de pourquoi ils sont transférés mais ils n'ont pas plus de détails</u> Ils ont accès à tous les papiers, les comptes rendus, tout passe par le greffe	<u>Des fois quand il y a besoin de contention où là on leur explique bah le monsieur a besoin de contention donc on le met à la chambre 1 parce qu'il y a les contentions dedans</u>

NOM : HADJAL	PRÉNOM : Anissa
TITRE : En milieu carcéral, en quoi la connaissance du motif d’incarcération d’un détenu influence-t-il le prendre en soin du patient par l’ide ?	
Présentation synthétique du travail en Français : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales :	
<p>Depuis 1994, des unités sanitaires ont été créés dans le domaine carcéral pour offrir des soins exclusivement aux patients détenus afin de proposer des soins de qualité équivalents à ceux prodigués à la population générale. Ce travail de recherche vise à déterminer s’il existe des discordances de prise en soin et des altérations de jugement envers les patients détenus au sein de ces unités. En me basant sur des situations vécues lors de stages, j’ai moi-même pris en charge des patients incarcérés et je me suis ainsi interrogée sur mes propres pratiques professionnelles, valeurs humaines et capacités d’adaptations dans ce milieu spécifique. L’objectif de ce travail est d’identifier les représentations sociales liées aux détenus en général, ainsi que les connaissances en matière de soins infirmiers. Afin de confronter les apports théoriques du cadre conceptuel avec la réalité du terrain, j’ai réalisé deux entretiens avec des professionnels travaillant en milieu carcéral. Ces entretiens m’ont permis d’obtenir de précieuses informations sur la manière dont les infirmiers réagissent face aux motifs d’incarcération. Il est alors apparu qu’il est crucial de se rappeler constamment que les détenus sont des êtres humains et qu’il est primordial de les considérer comme tel dans leur intégralité. Pour ce faire, la connaissance de soi et de ses propres limites est essentielle pour prendre soin des patients détenus avec une attitude sincère et non-jugeante, dans le but ultime d’assurer leur bien-être et d’instaurer une relation de confiance solide et bénéfique.</p>	
Présentation synthétique du travail en Anglais : en dix à quinze lignes, doit reprendre les idées principales :	
<p>Since 1994, care units have been established in the prison system to provide exclusive medical care to incarcerated patients. It was determined that these facilities should offer the same level of quality care as that provided to the general public. The objective of this research is to determine whether differences exist in the care and judgment towards incarcerated patients in these care units. Through my internships, I had the opportunity to care for incarcerated patients, which led me to reflect on my professional practices, personal values, and ability to adapt to this unique environment.</p> <p>This study aims to identify social representations related to detainees in general, as well as nursing knowledge. To assess the applicability of the conceptual framework’s theoretical contributions in real-world settings, I conducted two interviews with professionals working in the prison environment. These interviews provided valuable information regarding how nurses react to the reasons for their patient’s incarceration. It is crucial to remember that prisoners are human beings and to consider them as such in their entirety. To provide effective care for incarcerated patients, self-knowledge and an understanding of one’s own limits are essential. A sincere and non-judgmental attitude is necessary, with the ultimate goal of ensuring their well-being and establishing a strong and beneficial relationship of trust.</p>	
MOTS CLÉS : Quatre à cinq mots clés en Français .	
Prendre soin, détention, représentation sociale, humanisme, bienveillance.	
MOTS CLÉS : Quatre à cinq mots clés en Anglais .	
Take care, detention, humanism, social representation, benevolence.	
INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :	
Pôle de Formation des Professionnels de Santé, CHU de Pontchaillou, 2 rue Henri Le Guilloux, 35000 Rennes	
TRAVAIL ECRIT DE FIN D’ETUDES – Année de formation : 2020 - 2023	