

TARDIF PAULINE

UE 3.4.S6

Groupe B7

UE 5.6.S6

Référente pédagogique : Isabelle Axes

Directeur de mémoire : Béatrice Kerboul / Laure Micheau

LA DISTANCE
RELATIONNELLE SOIGNANT-
SOIGNE EN MILIEU CARCERAL

IFSI CHU de Nantes

Promotion 2014-2017

Rendu le 27 avril 2017

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail et qui m'ont permis d'évoluer durant ces trois années de formation. Alors un grand merci :

A ma famille pour leur relecture de mon travail, mais aussi leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces années d'études.

A mes collègues de promotion et amis pour leur aide et leur présence dans les bons comme les moments plus difficiles durant la formation.

A mes directrices de mémoire, Madame B. KERBOUL et Madame L. MICHEAU pour leurs aides précieuses, leurs conseils et leur disponibilité tout au long de ce travail.

A ma référente pédagogique pour son accompagnement depuis le début de la formation.

Aux professionnels de santé qui m'ont accordé de leur temps pour les entretiens.

Aux équipes pluridisciplinaires rencontrées durant les stages pour l'encadrement et le partage de leurs savoirs.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. SITUATION – QUESTIONNEMENT – QUESTION DE DEPART.....	4
2. METHODOLOGIE.....	8
2.1. Choix du thème.....	8
2.2. Choix de la méthode, outil d’investigation.....	8
2.3. Les entretiens.....	9
2.4. L’outil d’analyse.....	10
3. MILIEU CARCERAL.....	11
3.1. La détention.....	11
3.2. Etablissements pénitentiaires.....	11
3.3. La population incarcérée.....	12
3.4. Les services de soin.....	14
4. DISTANCE RELATIONNELLE.....	16
4.1. Soins et relation.....	16
4.2. La communication.....	19
4.3. Distance et relation.....	20
4.4. La distance physique.....	22
5. FACTEURS D’INFLUENCE.....	24
5.1. Facteur environnemental.....	24
5.2. Relation triangulaire.....	25
5.3. Rôle infirmier.....	27
5.4. Différentes représentations.....	28
6. PROBLEMATIQUE.....	30
CONCLUSION.....	33

INTRODUCTION :

Au cours de ma formation j'ai pu voir l'importance de la relation avec les patients pour leur prise en charge. Autour de cette relation gravite de nombreux éléments qui participent à la construction de cette relation soignant-soigné. Et notamment, la notion de distance relationnelle.

J'ai pu effectuer un stage en centre de détention où je me suis aperçue que de nombreux facteurs tournaient autour de la relation soignant-soigné. L'environnement carcéral, le contexte judiciaire avec les surveillants et les motifs d'incarcération, mais aussi les histoires de vie m'ont amené à me questionner sur l'équilibre de la juste distance dans la relation de soin. Mon ressenti et mon questionnement m'ont conduit à vouloir faire des recherches plus approfondies afin de comprendre et d'apporter des réponses à mes questions.

J'ai donc choisi d'effectuer mon travail de fin d'étude sur la distance relationnelle en milieu de soin, et spécifiquement dans le milieu carcéral.

J'ai voulu me pencher sur ce sujet car la pratique des soins infirmiers reste particulière, en lien avec le contexte du milieu carcéral. C'est un lieu fermé, on ne peut pas entrer et sortir comme dans les services des institutions traditionnelles. De même, comme dans les structures hospitalières ou privés, l'infirmier travaille avec une équipe pluridisciplinaire. Mais un autre acteur est présent spécifiquement dans ce cadre, c'est le surveillant pénitencier. Cela attire ma curiosité, sur l'impact qu'il a sur la prise en charge des personnes soignées. Et de manière générale, la gestion de situations difficiles se retrouve dans tous les services où travaillent les infirmières, il en découle une gestion des émotions très présente dans cette profession.

Dans un premier temps, je vous présenterai la situation qui m'a questionnée et qui a été le point de départ dans ma réflexion.

Ensuite, je parlerai du milieu carcéral avec notamment ce contexte de détention, les établissements pénitenciers, la population incarcérée et les différents services présents.

J'évoquerai après la distance relationnelle autour du soin, de la communication et de la notion de distance.

Je terminerai par les facteurs d'influence en rapport avec l'environnement carcéral, la relation triangulaire, le rôle infirmier et les différentes représentations.

1. SITUATION – QUESTIONNEMENT – QUESTION DE DEPART.

Situation :

Etudiante de deuxième année, je suis en stage au SMPR HDJ de la maison d'arrêt. C'est un stage d'une durée de 10 semaines.

La maison d'arrêt est une prison où sont détenus les prévenus en attente de jugement, les condamnés de courtes peines ou les condamnés en attente d'affectation pour un établissement de longues peines (centre de détention).

Le SMPR (service médico-psychologique régional) est un service qui accueille des personnes détenues des différents établissements pénitentiaires. Il faut effectuer un courrier, la demande est ensuite analysée par l'équipe de soin pluridisciplinaire.

Cette équipe est composée de psychiatres, de psychologues, d'infirmières et d'une assistante sociale. Elle a connaissance de l'histoire de vie et du dossier d'incarcération (motif et parcours judiciaire).

Dans le service il y a également la présence de surveillants pénitenciers qui sont là pour assurer la sécurité entre les détenus et l'équipe soignante mais également entre les détenus eux-mêmes. De même ils veillent au respect des règles de l'établissement pénitencier, et peuvent répondre à certaines demandes des détenus (courrier, rendez-vous avocats/assistante sociale/équipe soignante, fournitures).

Les détenus admis sont pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire en vue de répondre à leur demande. Celle-ci concerne des modifications de traitements (psychotropes), le vécu en prison ou une histoire de vie difficile. La prise en charge se fait par le biais d'un contrat et des objectifs vus avec le patient. Elle est donc basée sur l'écoute du patient avec des entretiens, le rassurer et l'accompagner avec des activités de médiation pour comprendre leur situation et les responsabiliser.

Cependant les soignants sont confrontés à de nombreuses situations difficiles.

En commençant par le contexte, le lieu, qui est inhabituel dans la profession d'infirmier. Des contrôles de sécurité sont effectués, plusieurs grilles doivent être passées avant d'arriver dans le service, des barreaux à chaque fenêtre. Ce qui rend le lieu oppressant.

Après, par la violence, généralement tournée vers les surveillants pénitenciers. L'infirmière y est confrontée par l'expression verbale des détenus lors des entretiens ou activités de médiation, ou en étant témoin de violence physique (destruction de matériel, bagarre, ...).

Ensuite, certaines histoires de vie des patients sont vraiment compliquées et difficiles. Les infirmiers sont tout de même à l'écoute et entendent ces histoires afin de mieux prendre en charge les détenus.

Et puis la connaissance du dossier d'incarcération ne doit pas impacter sur la prise en charge du patient. En effet les soignants restent objectifs quel que soit le motif d'incarcération ou le parcours judiciaire, ce qui permet un accompagnement optimal du détenu.

Lors de ce stage j'ai eu l'impression d'absorber ces situations difficiles rencontrées dans ce service. Les évacuer m'a paru compliquées et je me suis interrogée sur la capacité des soignants à prendre soin d'eux.

Je me suis retrouvée souvent face à ces situations difficiles. L'une d'entre elles m'a particulièrement marqué.

C'était ma 5^{ème} semaine de stage, je suis de J (8h30-17h).

Il est 10h, je suis avec l'infirmière et j'effectue un entretien d'accueil avec un détenu qui est arrivé plus tôt dans la matinée, dans un bureau infirmier dédié aux entretiens.

L'infirmière me demande si je veux diriger l'entretien, j'accepte, ayant vu déjà plusieurs entretiens d'accueil et sachant qu'il y a un dossier, à remplir, servant de trame.

Mr J est dans le couloir du service SMPR. Je le salue et lui demande de m'accompagner dans le bureau. L'infirmière m'accompagne et reste un peu plus en retrait afin de ne pas perturber l'entretien. Je commence donc par me présenter et indique à Mr J le déroulement de cet entretien. Je l'informe que je vais prendre des notes au fur et à mesure, il me dit que cela ne lui pose pas de problème.

Puis je demande à Mr J de décliner son identité (nom, prénom, âge : 45ans). Au niveau de son parcours, il a un BEP mécanicien. Il est actuellement au chômage ayant travaillé auparavant dans un garage. Du point de vue familial, il n'a plus de contact avec ses parents. Il décrit son père comme une personne violente. Il a une sœur, plus jeune, qu'il ne voit plus également depuis sa majorité.

Au niveau du parcours judiciaire, Mr J a déjà été incarcéré pour plusieurs délits. Il me dit qu'il est jugé ici pour viol. Je lui demande de préciser si cela concerne une personne majeure ou mineure (afin de mieux comprendre le patient), Mr J. me répond que c'était une personne mineure. A ce moment-là, je me suis sentie mal à l'aise mais je ne le laisse pas transparaître.

Je continue l'entretien, en évaluant son risque suicidaire, le questionnant s'il a déjà eu des idées, des tentatives suicidaires. Je lui demande s'il a déjà eu un suivi avec un psychiatre ou un psychologue, il répond négativement.

Je poursuis en suite mon recueil en demandant si Mr J. suit un traitement, ce qui n'est pas le cas. Et enfin je questionne la consommation de produits tels que l'alcool, le tabac et les produits illicites. Mr J. fume beaucoup, 1 paquet par jour, consomme régulièrement de l'alcool, cependant il ne souhaite pas me répondre concernant les produits illicites.

Pour finir l'entretien, je l'informe qu'il sera revu par un psychiatre pour établir un contrat de soin, et il sera suivi également par une équipe pluridisciplinaire (IDE, assistante sociale) afin de construire un projet de vie.

Je lui signale que l'entretien est terminé et le redirige vers le surveillant pénitencier. Celui-ci le conduit à sa cellule.

Nous prenons un temps avec l'infirmière dans le bureau pour débriefer de cet entretien. Je lui exprime mon ressenti, et lui demande si ce n'est pas difficile de rester objectif face à de telle situation. Elle me répond qu'en effet cela peut être compliqué car nos valeurs sont confrontées à celle des détenus. Dans ces situations difficiles, elle me dit qu'en parler à l'équipe est essentiel.

Nous allons alors dans la salle de pause infirmier, réservée à l'équipe soignante.

Le questionnement :

Mon interrogation s'est d'abord portée sur le rôle infirmier. A savoir, quel est le rôle de l'infirmier au sein de la maison d'arrêt ? Quelles sont leurs missions auprès des détenus ?

Je me suis également questionnée sur les patients qui sont incarcérés dans un milieu spécifique. En quoi les détenus sont-ils acteurs de leur santé ? Qu'est-ce que les détenus peuvent ressentir vis-à-vis de la présence d'un étudiant ?

Le milieu carcéral est un environnement particulier, avec des acteurs différents des milieux de soin ordinaires. Quelles sont les relations avec les différentes personnes présentes dans le milieu carcéral ? Quel est le rôle des surveillants pénitentiaires ? Au sein de la maison d'arrêt ? Du SMPR HDJ ? Je me suis donc interrogée sur la présence des surveillants pénitentiers, et notamment de savoir si elle influe sur la prise en charge du patient ? De même le passé des détenus ou la connaissance du motif d'incarcération ont-ils un impact au niveau des soignants et de la prise en soins ?

Mon questionnement s'est ensuite porté sur la relation entre le soignant et la personne soignée dans ce milieu. Quelle est la distance relationnelle dans les soins en milieu carcéral ? De même, comment prendre en charge de manière objective, dans une éthique professionnelle, chaque détenu, étant une personne à part entière ? Quels moyens utilisent les soignants pour prendre en charge les patients de manière objective ?

Question de départ :

Mon sujet se porte donc sur la distance relationnelle en milieu de soin, et spécifiquement dans le milieu carcéral, ma question de départ qui en découle est la suivante : « Quelles sont les facteurs qui influencent la distance relationnelle infirmier/patient, en milieu carcéral ? »

2. METHODOLOGIE

2.1. Choix du sujet

Hormis le choix de ma situation en deuxième année, j'ai effectué l'ensemble de ce travail tout au long de ma dernière année d'étude.

Le thème choisi, était trouvé depuis la moitié de ma seconde année, c'est-à-dire après le stage du semestre 3, au SMPR (service médico-psychiatrique régional) de la maison d'arrêt. La rédaction de la situation, sur laquelle je me suis appuyée, fut donc rapide. Je l'ai choisi car celle-ci m'a interpellé sur mon positionnement professionnel dans ce milieu, et notamment par rapport à la distance dans la relation soignant-soigné. L'omniprésence de tout ce contexte carcéral avec son environnement, le lien avec la justice et les surveillants pénitenciers, m'a interrogé autour des facteurs en lien avec la distance relationnelle. J'ai pu également dégager des concepts autour de cette situation et sur lesquelles je me suis appuyée, après les avoir définis. En parallèle, j'ai fait de nombreuses lectures d'articles de recherches et de revues, qui ont servi à étoffer ce travail, dont un en particulier, « Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale », paru dans recherche en soins infirmiers en décembre 2012, écrit par D. Holmes et J-D Jacob.

Ensuite, j'ai pu poser à l'écrit mes motivations et un questionnement élargi, ce qui m'a permis d'éclaircir le sujet et d'établir la question de départ qui est : « Quelles sont les facteurs qui influencent la distance relationnelle infirmier/patient en milieu carcéral ? ».

Tout ce projet de recherche fait en amont a été validé, ce qui m'a permis de commencer à rédiger la partie théorique. Les axes de cette partie ont beaucoup évolué avec l'avancée des recherches. Au fur et à mesure du recueil d'informations, les principaux axes se dégagent naturellement, ils tournent autour du milieu carcéral, de la distance relationnelle et des facteurs d'influence. Ces données ont été collectées par le biais d'articles de recherche et de revues, lus au cours du projet de recherche. J'ai continué à enrichir le cadre théorique avec également des définitions, des recherches de lois, les enseignements reçus à l'école en y ajoutant aussi une réflexion personnelle.

2.2. Choix de la méthode et outil d'investigation.

Une fois le cadre théorique suffisamment avancé, j'ai commencé à me tourner vers une méthode et un outil d'investigation. Ce fut donc des entrevues semi-directives avec une grille d'entretien. La grille a été construite en fonction des éléments qui avaient besoin de

précision. Les questions sont donc classées par thèmes, eux-mêmes divisés en sous-thèmes. Durant la construction de cette grille, j'ai contacté des professionnels pour demander des entrevues. Elles se sont déroulées dans des lieux neutres, ce qui a permis au soignant et à moi-même d'être plus à l'aise. Les deux derniers se sont effectués malheureusement par téléphone, car il n'était pas possible de concilier les plannings et le temps commençait à manquer. Lors de ces entrevues j'ai pu mettre en pratique des attitudes d'écoute active en respectant les silences et en reformulant, les soignants ont donc pu avoir des temps de réflexion pour répondre aux questions et également approfondir naturellement certains points.

2.3. Les entretiens

Les entretiens ont permis d'obtenir des données qualitatives grâce à des questions de recherches formulées, une récolte quantitative de données n'a pas d'intérêt pour ce travail. En effet, j'ai pu récolter des informations sur les faits, les idées, les comportements et les attitudes des infirmiers, ainsi que leur ressenti. Avoir fait les entretiens de manière semi-directive a permis de laisser les professionnels s'exprimer librement, tout en gardant un certain contrôle avec le fil conducteur qu'est la grille. L'ordre des questions n'a pas tout le temps été suivi. J'ai fait en fonction de ce que le professionnel pouvait dire, s'il déviait trop du sujet, je le recadrais par des questions de relance. Sinon, je le laissais parler même si d'autres thèmes étaient abordés. Cela facilitait sa réflexion tout en apportant une certaine logique et fluidité dans le discours, autant pour le soignant que pour moi-même.

J'ai pu réaliser quatre entretiens infirmiers. Le premier s'est déroulé avec une infirmière diplômée depuis 1994, qui travaille depuis 9ans au SMPR de la Maison d'Arrêt. Il s'est effectué dans la salle étudiante de l'institut de formation infirmière et a duré 42min. L'entretien avec l'infirmière 2 s'est déroulé dans un café d'une zone commerciale durant 39min. Diplômée en 1994, elle travaille depuis environ 7ans au centre de détention et de l'établissement pour mineur, dans le service SMPR. Ensuite le troisième entretien s'est effectué par téléphone durant 55min. Cet infirmier, diplômé en 2010, travaille depuis 6mois dans le service SMPR de la Maison d'Arrêt. Et enfin l'infirmière 4, diplômée en 2005, travaille depuis 6mois dans le service UCSA de l'établissement pour mineur. Cet entretien a duré 38min par téléphone.

Aucun des infirmiers interrogés n'a eu de formation spécifique avant de travailler dans le milieu carcéral.

Une fois ces entretiens réalisés, je les ai retranscrits et analysés. Mais avant, j'ai rédigé l'introduction afin de ne pas être influencée par ces apports d'éléments et de réflexion. Je n'ai donc pas été trop loin dans la présentation du thème. J'en viens maintenant à la retranscription des quatre entretiens, qui a pris du temps.

2.4. L'outil d'analyse

Ensuite, l'analyse des entrevues s'est faite par le biais d'un tableau d'analyse (Cf annexe). Le tableau reprend les trois grands axes du cadre théorique avec les sous-thèmes, les données des soignants interrogés et une réflexion personnelle. Cette analyse s'est faite de manière croisée, c'est-à-dire que j'ai pris les données de chaque soignant par sous-thème de la grille d'entretien, pour les analyser et faire émerger ma réflexion personnelle. Le contenu de ces entretiens a permis d'enrichir ma réflexion et l'ancrer dans une réalité professionnelle.

Une fois l'analyse effectuée et les éléments ressortant intégrés au cadre conceptuel, j'ai pu finaliser mon travail en rédigeant la conclusion, qui reprend les éléments essentiels et ce que cette étude m'a apporté, l'abstract et enfin la partie méthodologique.

3. MILIEU CARCERAL

3.1. Détention.

De ce que j'ai vu et appris, la détention est un lieu d'emprisonnement où sont détenues des personnes jugées ou en attente de jugement. Ces personnes purgent leurs peines dans ces centres de détention, avec la possibilité de travailler, de suivre une formation et d'avoir un accès aux soins.

Le milieu carcéral, comprenant l'ensemble des établissements, est bien différent des autres institutions de soin. A commencer par l'environnement qui est atypique, c'est un lieu clos avec des autorisations spécifiques d'accès (badge ou autorisations spéciales). Pour accéder aux différents secteurs de l'administration pénitentiaire, il faut passer plusieurs portes qui sont déverrouillées à distance par un centre de contrôle. Il en est de même pour accéder au service de soin, se trouvant dans les centres pénitenciers. Il n'y a donc pas de possibilités d'entrer et sortir comme dans les institutions traditionnelles.

C'est donc un lieu qui reste clos, fermé, ce qui peut compliquer la mise en place des soins avec ce milieu considéré parfois comme hostile. J'ai pu aussi remarquer, lors des entretiens avec les professionnels, qu'il y a une distinction entre le domaine pénitencier et le domaine des soins, mais chacun dépendant de l'autre. Dans le milieu carcéral se trouvent des personnes qui sont incarcérées dans une structure, où les soins sont disponibles.

Il existe plusieurs types d'établissements pénitentiaires accueillant des détenus qui sont repartis selon certains critères.

3.2. Etablissements pénitentiaires.

Il y a donc différents types d'établissements afin de répartir au mieux les détenus incarcérés. Il y a trois grands types d'institution carcérale, la maison d'arrêt, le centre de détention et la maison d'arrêt pour mineur. Dans chacune de ces institutions, les hommes et les femmes sont séparés.

Commençons donc par la maison d'arrêt (MA) qui est un centre de détention où sont détenus les prévenus en attente de jugement, les condamnés de courtes peines ou les condamnés en attente d'affectation pour un établissement de longues peines.

Ensuite le centre de détention (CD) est un lieu qui accueille des détenus qui ont de longues peines d'incarcération, c'est-à-dire des peines d'au moins 2ans.

Et enfin l'établissement pour mineur (EPM), qui concerne les mineurs de 13 à 18ans. Ces centres ont été récemment mis en place, en 2007-2008 par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002. Auparavant ces mineurs étaient incarcérés en maison d'arrêt, ils ont désormais des quartiers spécifiques et plus appropriés afin de construire un projet de vie adapté et permettre une réintégration dans la société plus facile. Lors d'un entretien avec l'infirmière 4, la description du fonctionnement de l'EPM est plus précise. Cela m'a permis de bien voir l'ensemble des choses mises à disposition pour le jeune (éducation physique, éducation et instruction, soins, atelier, espaces, équipements). La description des différents établissements est quasiment similaire pour tous les infirmiers interrogés. Un établissement est cependant cité et dont je n'avais pas connaissance, c'est la centrale. Ce sont des structures qui accueillent les détenus pour les très longues peines, avec une sécurité plus importante.

Ces centres accueillent une population spécifique que sont les détenus. Quelles pathologies sont les plus fréquentes ? Et qu'en est-il de leur besoin, leur droit ?

3.3. La population incarcérée.

Quel que soit le type d'établissement, les droits des patients, leurs besoins et le type de pathologie qui y sont rencontrés sont sensiblement les mêmes.

La place des patients dans les soins a beaucoup évolué, ils sont désormais devenus co-acteurs concernant les décisions pour leur santé. Cette évolution est soutenue notamment par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. On y retrouve la notion de consentement, c'est l'accord à rechercher auprès du patient. Cet accord est valable seulement si le patient a eu l'ensemble des informations données et expliquées. Au niveau infirmier cela concerne tous les gestes pratiqués. Le consentement est visé par le code de santé publique et plus précisément par l'article L. 1111-4 du code de la santé publique (Bouriaud, 2014).

On voit également la notion de secret professionnel qui couvre tout ce qui a été vu, entendu et compris lors d'une activité médicale. Ce secret peut être partagé, car nécessaire pour le travail d'équipe, mais seulement si cela est strictement nécessaire (Bouriaud, 2014). L'infirmier est également soumis au secret professionnel, selon l'article R. 4312-4 du code de la santé publique (code de la santé publique, 1^{er} décembre 2016).

Toutes ces lois sont en rapport avec les patients des structures hospitalières traditionnelles, mais qu'en est-il des droits des patients au sein des structures carcérales ?

Une fois incarcérés, les détenus conservent des droits, notamment en lien avec leur santé (PONCELA P, AYED W, VIENNOT C, Janvier 2009). Tous bénéficient d'une protection sociale dès leur incarcération. L'administration pénitentiaire paye les cotisations sociales qui ouvrent aux détenus des droits en santé avec l'affiliation à l'assurance maladie. Cela va leur permettre d'avoir accès aux soins médicaux, aux examens et aux médicaments. De plus les détenus ont le droit à la gratuité des soins, excepté pour certains frais d'appareillage ou de prothèse, qui est un élément important du fait de la réduction de leurs revenus durant l'incarcération.

Certains détenus peuvent bénéficier de la couverture médicale universelle complémentaire, mais sous des conditions particulières qui ne seront pas abordées dans ce travail.

Pour les soins en détention, le patient doit formuler une demande écrite pour obtenir un rendez-vous médical. Certaines visites médicales se font systématiquement, notamment lors de l'admission du détenu où des soins tels que le dépistage de certaines maladies (tuberculose, VIH, hépatite B et C). Cependant, chaque détenu est en droit de refuser des soins, son consentement préalable est obligatoire et doit donc être recherché avant chaque soin.

Au niveau des traitements, ils peuvent être prescrits par des médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes et psychiatres. Ils peuvent être délivrés pour plusieurs jours avec un pilulier qui reste dans la cellule, ce type de délivrance est très surveillé car il peut amener des tensions et un risque accru de trafic.

Tout le suivi et les soins prodigués sont retranscrits dans le dossier médical qui respecte les règles de confidentialité. Les détenus ont le droit d'accéder à leur dossier à tout moment.

On note différents besoins au sein de la population incarcérée. J'ai pu remarquer au cours de mon stage, des besoins d'éducation, financiers et surtout en termes de santé.

Au niveau des besoins d'éducation, les centres pénitenciers mettent en place des possibilités de suivre des cours et même de passer certains diplômes, notamment le certificat de formation générale. Cela permet de faciliter la réinsertion dans la société après leur libération.

Il y a aussi des besoins financiers, afin de pouvoir réaliser des achats de type alimentaire ou matériel pour améliorer leur confort (réfrigérateur, plaque chauffante, ...). Les détenus peuvent recevoir de l'argent par le biais de leur famille mais aussi en travaillant au sein de

l'établissement (la demande étant très spécifique je n'aborderai pas ce point dans mon travail).

Et enfin des besoins en termes de santé, que ce soit au niveau préventif ou curatif. Pour ce faire, les détenus peuvent faire appel aux différents services de santé présents dans les centres pénitenciers, et ainsi traiter les différents types de pathologie. En termes de besoin c'est principalement celui de la santé qui ressort dans les discours des soignants interrogés. Lorsque l'on se réfère au tableau de V. Henderson (Cf annexe I), on remarque l'affectation de la quasi-totalité des 14 besoins du patient. Les besoins les plus concernés sont l'alimentation, la mobilisation, le sommeil, la propreté et protection des téguments, la communication avec ses semblables et l'apprentissage. Ils sont cependant liés à la pénitencière, seule institution est présente dans le quotidien des détenus.

Par ailleurs, les pathologies le plus couramment rencontrées au niveau somatique sont des problèmes dentaires, des hépatites B et C, la tuberculose et l'infection au VIH (Marmin, octobre 2005). Au niveau psychique, ce sont des troubles de la personnalité qui sont le plus couramment rencontrés à la surprise des soignants qui pensaient avoir à faire face à des pathologies psychoactives telle que la schizophrénie (D. HOLMES, J-D JACOB, 2012). Selon l'expérience des soignants, on retrouve des pathologies psychiques, psychoactives ou non, mais également des pathologies somatiques. Il faut prendre aussi en compte l'âge, car on ne trouve pas les mêmes pathologies prévalentes sur l'EPM ou sur le CD et la MA. Sur l'EPM, c'est plutôt des troubles du comportement au niveau psychique et des traumatismes liés au sport au niveau somatique.

Cette population a donc la possibilité d'avoir accès à des services de soins présents au sein des établissements pénitentiaires

3.4. Les services de soins.

Dans les établissements pénitentiaires, on retrouve 3 services de soin spécifiques, le SMPR, l'UCSA et le CSAPA, chacun ayant ses objectifs. Cependant, pour les soignants interrogés, ces objectifs ne sont pas clairement définis, et cela dépend également du type de population prise en charge.

Tout d'abord le SMPR, déjà défini dans la situation, est un service médico-psychologique régional, il n'est pas présent dans toutes les prisons, c'est pourquoi ce service accueille des

personnes détenues provenant de différents établissements pénitenciers. Ce sont des patients en demande de soins face à une souffrance psychique aiguë. Les objectifs de ce service vont être la stabilisation psychique du patient, favoriser sa réflexion, sa compréhension de ses difficultés dans son parcours, d'encourager le lien à l'autre et de préparer le retour en détention ordinaire (CHU de Nantes, 2016). Selon les infirmiers du SMPR, c'est un objectif de stabilisation de l'humeur afin de mieux vivre la détention. Au niveau de l'EPM, c'est plutôt un objectif d'accueil puis de suivi afin de les responsabiliser et de leur faire prendre conscience des conséquences de leurs actes.

Ensuite, l'UCSA qui est une unité de consultation de soins ambulatoires, ce service prend en soin des détenus pour des motifs somatiques divers ou des examens simples (prise de sang, consultation médicale, consultation dentaire ou ophtalmologie,...). L'UCSA est présente dans l'ensemble des centres pénitenciers, cependant les soins qui ne peuvent y être dispensés sont effectués à l'extérieur au sein d'une structure hospitalière de proximité (PONCELA P, AYED W, VIENNOT C, Janvier 2009).

Et enfin, le CSAPA est un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. La demande est examinée en réunion d'équipe puis un suivi est mis en route par le biais d'entretiens où chaque patient va pouvoir parler, faire le point sur ses consommations, échanger sur ses questions et réfléchir à un projet de libération (CHU de Nantes, 2016)

Lors des entretiens, les soignants ont exprimé une coordination des différents services afin d'obtenir une prise en charge globale du patient. Cela passe par des réunions et des transmissions avec l'équipe soignante des secteurs. Il y a donc une notion de collaboration pluridisciplinaire avec l'intervention de plusieurs acteurs. Mais cet échange peut être compliqué, notamment en lien avec la localisation des services, qui parfois ne se situent pas au même niveau. Les soignants doivent donc se détacher de leur service pour aller faire leurs transmissions. Par conséquent, le fait d'être situé sur le même pallier facilite la coordination. De même, une équipe peu importante permet à chacun de trouver sa place et d'avoir un rôle bien défini auprès des patients.

Nous avons vu le cadre et l'environnement dans lesquels travaillent les infirmiers, mais qu'en est-il de la relation de soin avec le patient incarcéré ?

4. DISTANCE RELATIONNELLE

4.1. Soin et relation

Le soin selon le dictionnaire des soins infirmiers c'est « l'action ou l'ensemble d'action qu'une personne accomplit pour se soigner ou pour soigner autrui ». Pour moi le soin est la réponse à un ensemble de besoins du patient, et notamment en référence aux 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson (Cf annexe I). Cela sous-entend une écoute active de la part du soignant, mais également de l'observation permettant de déceler des besoins de la personne soignée.

Le soin implique une mise en relation d'un soignant avec un patient. La relation est « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A., 2008). Pour moi, autour de cette rencontre gravite plusieurs facteurs qui peuvent influencer cette relation, notamment la personnalité de chacun, des histoires de vie et croyances différentes. L'infirmier doit donc faire abstraction de ces éléments pour prendre en soin les personnes de manière professionnelle. Le patient est également présent dans la relation avec ses origines, sa culture, ses croyances,... Concernant le soin, le patient est devenu de plus en plus acteur, exprimant ses souhaits.

Cette relation peut être de différents types (CASTELOT, 2015) :

- Relation de civilité : elle concerne toutes les obligations sociales du soignant en lien avec la politesse. Elle s'effectue en dehors du soin.
- Relation fonctionnelle : elle a une fonction précise de quête d'information pour définir la prise en soin. Elle comprend les recueils de données et les investigations de recherche lors des entretiens.
- Relation de soin : elle s'effectue pendant le soin avec le contexte de celui-ci.

Lors des soins en milieu carcéral, l'ensemble de ces relations est touché. En effet par la politesse, lors des entretiens ou alors pendant une prise de sang, ces différents types de relation sont utilisés.

La relation dans les soins se compose de plusieurs valeurs pour moi, tels que le respect, la tolérance, la confiance et l'empathie. Celles-ci permettent de prendre en soins des personnes tout en respectant leurs cultures et leurs croyances. La relation soignant/soigné est

selon moi le fondement de la prise en charge globale d'un patient, mettant en jeu l'ensemble de nos valeurs avec celles du patient.

Pour les professionnels interrogés, il n'y a pas de dissociation entre les valeurs personnelles et professionnelles. Celles qui ressortent le plus sont le respect, le non jugement, la bienveillance, l'empathie, l'esprit d'équipe et particulièrement la tolérance. La création de la relation soignant-soigné passe par ses valeurs. Pour l'infirmier 3 « sans authenticité aussi tu ne peux pas créer un lien vraiment. », et pour l'infirmière 4 « il faut être tolérant et être capable de ne pas porter de jugement sur les personnes qu'on soigne »

Ce sont donc des valeurs communes aux infirmiers et tournées vers le patient, il n'y a pas de prise en compte du contexte carcéral. Cela va faciliter la relation de soin puisqu'il y a une considération importante du patient, qui n'est pas habitué à avoir ce genre d'attention. Ce qui peut mettre en difficulté le soignant, c'est plutôt une confrontation de valeur en lien avec les missions des différents professionnels intervenant dans la prise en charge (éducateurs, surveillants pénitencier...). Mais le respect de la place de chacun est bien présent, et donc le respect des valeurs de chacun.

D'après certaines études, ce sont des valeurs de sécurité qui sont le plus mises en avant (M. ALDERSON, M. SAINT-JEAN, P-Y. THERRIAULT, J. RHEAUME, I. RUELLAND et M. LAVOIE, 2013). En effet, cette notion de sécurité est liée à la réalité du milieu carcéral, c'est-à-dire la prise en compte de la personne en tant que détenu ayant commis une infraction à la loi. C'est pourquoi la profession d'infirmière dans la relation de soin est soumise principalement au code de la santé publique, celui-ci énonce les devoirs de ces soignants. Ils doivent exercer leur profession dans le respect de la vie humaine, c'est-à-dire de respecter la dignité et l'intimité des patients, de la famille et des proches. L'infirmier doit également dispenser des soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement selon l'article R. 4311-5. Il est également soumis au secret professionnel (article R. 4312-4), c'est-à-dire qu'il lui est interdit de divulguer des informations concernant son activité professionnelle et des patients. Ce secret couvre tout ce qui a été vu, lu, entendu, constaté ou compris. Ces devoirs (il y en a bien d'autres) sont également présents dans la pratique infirmière en milieu carcéral. Les professionnels interrogés ont bien conscience de cette réglementation générale qui encadre la profession infirmière.

Au niveau des centres pénitenciers, il y a des lois et règlements qui établissent la place de l'infirmier dans les soins et la relation soignant/soigné. La loi du 18 janvier 1994 a permis aux soignants de s'écarter de l'image d'autorité judiciaire relative le milieu carcéral, et également d'être indépendant de cette administration pénitentiaire. Cette loi a effectivement permis de voir apparaître des locaux aménagés, notamment la création des UCSA et SMPR, et l'extension de la sécurité sociale à l'ensemble des détenus. Cela a eu un impact au niveau des soins, favorisant l'égalité et facilitant l'accès à ces soins. En effet, les détenus ont une autre image du soignant que celle assimilée à l'autorité judiciaire. Ils sont plus amenés à consulter, faire des démarches pour se soigner et construire une relation de soin. (MARMIN, 2005). Il ressort des entretiens une réglementation en lien avec la sécurité de la pratique des soins infirmiers, spécifiquement en milieu carcéral. En effet, il y a un encadrement qui spécifie le droit de faire certains actes ou non (passer son téléphone, faire passer des messages à l'extérieur...).

J'identifie deux milieux dans l'enceinte de la maison d'arrêt où j'ai effectué mon stage, d'un côté le milieu carcéral et de l'autre les soins avec L'UCSA, le SMPR et le CSAPA. Dans cet environnement, l'infirmier se trouve confronté à ces deux milieux, le soin se situant dans l'enceinte carcérale, la place de soignant peut être compliquée à trouver.

Je pense que le premier fondement du rôle infirmier est de soigner sans jugement. Ce dernier peut limiter l'accès aux soins dans le contexte carcéral, et ne concorde pas avec les règles déontologiques qui stipulent de ne faire aucune discrimination.

Le rôle infirmier diverge dans le milieu carcéral selon le service où l'infirmier exerce, l'UCSA ou le SMPR. Les infirmiers interrogés dispensent des soins avec l'accord du patient, comme dans les services généraux, il y a donc aussi la notion de consentement. Le rôle infirmier en milieu carcéral est très axé sur l'écoute et l'observation, tant au niveau de l'UCSA que du SMPR. L'observation va permettre de repérer beaucoup de choses, et notamment la crise suicidaire qui est évaluée régulièrement. Les soignants ont également un rôle d'accueil qui va permettre de connaître le parcours de vie du patient, son environnement social et familial, ses ressources, et donc d'adapter la prise en soin. Pour l'infirmière 4, un grand rôle des soignants de l'EPM est l'éducation à la santé, au niveau de l'UCSA en tout cas.

La mise en relation passe donc par une communication entre le soignant et la personne soignée.

4.2. La communication :

Lors des entretiens, on peut percevoir la notion de communication verbale et non verbale. Au niveau verbal, cela passe par des entretiens ou des médiations, avec notamment la technique de reformulation. Celle-ci va permettre au soignant d'avoir une confirmation des propos du détenu, mais aussi la possibilité pour celui-ci d'apporter des précisions. Pour la communication non verbale, c'est par le contact physique, pour la politesse en serrant la main pour saluer, ou même de l'écoute ce qui permet d'être attentif aux gestes du patient. Cette communication est bien résumée par l'infirmière 1 « on les [les détenus] fait verbaliser sur comment ils vont, c'est d'être à l'écoute. Après c'est surtout l'écoute, la reformulation, la valorisation. ».

La communication s'établit donc par des entretiens qui se déroulent dans un bureau assis, donc à égalité sur le plan horizontal, ce qui facilite la relation de soin. Les soignants remarquent que le fait de suivre une trame durant les entretiens peut entraver la communication. En effet, cela laisse moins la possibilité au patient de s'exprimer librement. Ils sont programmés, cependant il peut y avoir des entretiens effectués de manière informelle.

La relation dans le soin a donc un lien étroit avec la communication. Celle-ci est un « Ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs autres personnes (récepteur), en vue d'atteindre un objectif. » (ANZIEU J-Y et MARTIN D., 1968). Elle fait partie intégrante des compétences infirmières, notamment la 1 (Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier) et la 6 (communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin).

Il existe plusieurs types de communication (CASTELOT, 2014):

- Communication verbale avec le langage
- Communication par le paralangage qui regroupe l'ensemble des signes non verbaux (apparence, façon de se tenir, gestuel, mimiques du visage, regards)

Durant mon stage j'ai pu remarquer beaucoup d'observation du paralangage, qui est très important dans le sens où plusieurs détenus ont du mal à donner certaines informations, qui sont pourtant essentielles dans la prise en charge des patients.

Selon les soignants, la communication permet la mise en place de la relation en établissant un lien, qui va se construire par un processus de connaissance et de sécurisation. Ce climat de sécurité se base sur la confiance mutuelle du patient et du soignant. On voit bien que pour les professionnels, ces attitudes d'écoute et d'empathie vont favoriser cette relation de confiance.

Selon moi, la communication se base aussi par des attitudes du soignant et une capacité à les réajuster en fonction du comportement des patients.

Les infirmiers s'accordent à dire que la communication prend en compte les histoires de chacun, impactant la relation soignant-soigné. L'âge peut être un facteur d'influence également. Mais on voit la nécessité du travail d'équipe, avec cette mixité de professionnels, ce qui permet à certains patients d'avoir un « feeling » ou une confiance particulière avec certains soignants. Elle peut donc être perturbée par différents facteurs environnementaux, sociaux, personnels, et notamment le positionnement spatial.

Ce positionnement peut influencer sur la relation dans un contexte de soin, notamment en termes de distance relationnelle.

4.3. Distance et relation

Pour les infirmiers interrogés, la distance relationnelle se définit comme un bon positionnement de chacun, avec un rôle et une place définis. Elle intègre les valeurs de chacun et se met en place aussi avec la communication. Elle très associée à la distance physique, comme l'indique l'infirmière 2 « Bas à partir du moment où il vient pas s'asseoir sur tes genoux. ». Mais il y a également à la notion de respect de la place, de l'intimité de chacun. Il est donc important de bien garder son rôle de soignant, et le détenu sa place de personne soignée. Lors des entretiens menés, il ressort aussi une notion de distance entre le professionnel que l'on est et la personne en dehors du travail. En effet l'infirmière 4 l'exprime bien « c'est aussi ça la distance, savoir faire la part des choses entre le travail et puis la maison. ». Il peut y avoir une difficulté d'enlever cette « casquette soignante » une fois chez soi et de garder tout ce qui a été dit, vu ou ressenti.

Selon le dictionnaire Le Larousse (2014), la distance est un « intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes ».

Dans le milieu professionnel, la distance relationnelle se définit « comme la limite morale et psychologique à l'expression des valeurs personnelles dans le cadre de l'activité

professionnelle » (INIST – CNRS). Il y a donc une notion d'expression de valeur. Dans le contexte pénitencier, on retrouve une culture propre au milieu carcéral.

La distance relationnelle est pour moi, un écart, un espace qui sépare deux personnes qui se côtoient. Elle intègre donc plusieurs notions comme la relation, la communication et la distance physique. Mais elle comprend aussi le terme de confidentialité, qui fait référence au secret professionnel que doivent respecter les soignants. Selon l'Organisation internationale de normalisation, la confidentialité est « le fait de s'assurer que l'information n'est seulement accessible qu'à ceux dont l'accès est autorisé ». Cela fait donc partie du respect de la personne, dans le sens où les soignants doivent protéger les informations délivrées par le patient.

Cependant au niveau des centres pénitenciers, il y a une notion de secret partagé avec les surveillants pénitenciers. Ce secret partagé est valable concernant la sécurité des soignants ou alors la sécurité du détenu. Dans ce cas certaines informations peuvent être données à ces agents (WARNET, 2013).

Les professionnels ont bien conscience de la réglementation commune à tous les soignants, le secret professionnel. Ici il permet de faciliter la communication par le biais d'une confiance établit. Mais pour les infirmiers il n'y a pas de forme de secret partagé avec le surveillant réellement parlant, plutôt un travail en collaboration pour améliorer la qualité de vie en détention, la prise en soin, et donc de mieux vivre la détention.

Je pense que la relation met en jeu des émotions, ils vont influencer sur la distance de cette relation. L'émotion est une expérience que l'on ressent et peut être agréable ou non. Il existe six émotions primaires, qui sont la colère, la peur, le dégoût, la joie, la tristesse et la surprise. Durant mon stage, j'ai pu faire face à la colère, en particulier des patients qui ne se sentent pas compris ou qui n'obtiennent pas ce qu'ils veulent. Mais c'est une palette d'émotions que perçoivent les soignants, en particulier la colère parfois face à la difficulté de se soumettre aux règles, mais aussi la joie, la tristesse. Ce sont des émotions qui sont beaucoup en lien avec le contexte carcéral, puisqu'il fait partie de leur quotidien et où ils reçoivent un enseignement, des soins... Parfois ces émotions sont exprimées par le détenu, mais d'autres fois elles sont perçues par le soignant qui observe beaucoup le comportement du patient. Donc les émotions peuvent s'exprimer aussi par de la communication non verbale, d'où l'importance de l'observation et de l'écoute du soignant.

Il peut y avoir une certaine peur du travail en solitaire. En effet, les infirmiers ne sont pas toujours accompagnés d'un surveillant pénitencier (M. ALDERSON, M. SAINT-JEAN, P-Y. THERRIAULT, J. RHEAUME, I. RUELLAND et M. LAVOIE, 2013). Mais les infirmiers expriment aussi un sentiment d'utilité qui va favoriser la relation car le soignant se sent impliqué dans cette relation. Pour les professionnels interrogés c'est aussi pouvoir exprimer ses émotions, son ressenti face à des situations qui peuvent être compliquées, et où l'équipe peut prendre le relais. Mais il y peut y avoir une certaine forme de colère des soignants, devant des prises en charges qui ne peuvent pas être adaptées dans ce contexte carcéral. En effet, comme l'indique l'infirmier 3, il y a des patients qui font des allers-retours entre la prison et l'hôpital car il n'y a pas de structure adaptée, et c'est vécu comme un échec sociétal, une insatisfaction pour les soignants.

La confrontation de ces émotions peut amener le soignant à prendre des distances par rapport aux patients.

Cette distance relationnelle sous-entend une distance mesurable, autrement dit une distance physique.

4.4. La distance physique :

Cette distance relationnelle met également en jeu la notion de distance physique.

Pour les soignants, cette distance physique est établit selon plusieurs critères tels que la population et le rapport que l'on a avec, l'âge du patient et du soignant, la représentation du soin par la personne soignée, l'environnement et le sexe du soignant. Ces différents facteurs sont liés, ils vont influencer sur la distance physique et donc construire aussi la distance relationnelle. Cette distance a son importance dans la prise en soin des patients. S'il y a un manque de distance, le lien soignant-soigné ne va pas être établi de manière correcte.

Il existe 4 grands types de distance physique (CASTELOT, 2014):

- Distance intime : 15cm à 45cm. La présence de l'autre s'impose et les perceptions sensorielles sont de ce fait importantes. Il y a une notion de demande d'autorisation pour pouvoir accéder à cet espace.
- Distance personnelle : 45cm à 1m20. Elle concerne la zone des relations sociales et des conversations.
- Distance sociale : 1m20 à 3m50. C'est une distance qui favorise les échanges tout en préservant l'intimité des personnes.

- Distance publique : plus de 3m50. Elle concerne des discours à un ensemble de personnes

Les soins infirmiers se situent généralement au niveau de la distance intime, celle-ci implique des perceptions sensorielles (chaleur, odeur, ...), et donc une autorisation pour y avoir accès. Les infirmiers établissent un contact physique avec un but de politesse, de respect ou un objectif de soin. Cette distance permet aussi de respecter la place, le statut de chacun, elle participe à l'établissement de la distance relationnelle.

Pour moi c'est par le biais de cette distance relationnelle que se fait la relation de soins, impliquant également l'accord du patient.

Cette distance relationnelle est donc liée au concept d'intimité, qui « renvoie à la notion d'espace privé où ne peuvent venir que les personnes qui y sont invitées, elle est impénétrable et fonde l'individualité de chacun » (Le Larousse, 2014). On retrouve cette notion d'intimité dans le discours de l'infirmière 4 « J'irai proposer moins facilement un massage parce qu'ils sont plus dans la pudeur. », on peut sentir une réticence soignante pour le contact physique pour le respect de l'intimité. Il y a également une mise en place d'un écart spatial avec des éléments visibles comme le bureau. Il peut être utilisé comme pour avoir un sentiment de protection, cependant ce bureau est vécu, pour certains soignants, comme une barrière dans la communication et donc dans la relation soignant-soigné.

Cependant, le terme de distance est perçu comme négatif pour certains soignants, qui préfèrent parler de bonne proximité. C'est en effet paradoxal de parler de distance, entendu comme un éloignement, quand le but est d'établir une relation de soin en se rapprochant des patients par les connaissances que l'on a d'eux. Mais c'est aussi un élément positif, dans le sens où la distance physique permet une protection pour avoir une bonne relation et une bonne prise en charge.

La construction de la relation et ces différents types, la distance physique et la communication sont un ensemble d'éléments intégrés dans la distance relationnelle. Chacun de ces éléments peut être perturbé par de multiples facteurs, ce qui va donc impacter la relation soignant-soigné.

5. FACTEURS D'INFLUENCE

5.1. Facteur environnemental :

Il y a un impact sur l'intimité du patient, notamment avec l'établissement qui est un milieu fermé et les cellules. Au niveau de la détention, il est difficile pour les détenus d'avoir de l'intimité. Les cellules ne sont pas disposées de manière à en avoir. En effet, pour commencer, il n'y a pas de rideaux ou de volets aux fenêtres, même si chaque fenêtre ne donne pas sur une autre, mais sur la cour de promenade. Puis, chaque porte des cellules possède un œilleton par lequel le surveillant pénitentiaire peut regarder à tout moment. Il donne une vision sur l'ensemble de la cellule, y compris la salle d'eau. Dans le service HDJ (hôpital de jour) du SMPR, il n'y a que des cellules simples, mais en détention, on peut trouver des cellules double voir triple. Conserver son intimité est d'autant plus difficile avec un ou plusieurs codétenus dans une superficie limitée. La salle d'eau ne fait pas non plus l'objet d'une pièce à part. Par conséquent je remarque bien que la notion d'espace privé n'est pas toujours présente. De même les surveillants ont l'autorisation, par la loi, d'y pénétrer sans demander le consentement des détenus, par exemple avec des fouilles justifiées. Selon les détenus, le manque d'intimité est source de tension, entre eux et surtout entre les détenus et le personnel pénitentiaire. Pour les soignants, l'environnement carcéral peut avoir un impact négatif sur la santé des détenus, notamment avec l'enfermement, la promiscuité avec les autres détenus ou même la rupture familiale qui peuvent être difficiles à vivre.

Cette tension provoquée par ce contexte carcéral peut donc influencer sur la relation avec le soignant et notamment la distance relationnelle. En effet, pour moi, le détenu veut avoir un contrôle sur cette relation en y fixant la distance qu'il souhaite, c'est le seul élément que le patient peut contrôler au sein de la prison. Cette volonté est d'autant plus importante que c'est le seul moyen pour le détenu d'être acteur de la protection de son intimité. De plus ces tensions se reflètent, au travers un agacement voir de la colère, ce qui ne met pas le détenu dans de bonnes dispositions pour le soin. Les infirmiers interrogés signalent que ce lien de soin se construit essentiellement par des entretiens ou des médiations, mais ces activités doivent s'adapter à l'organisation carcérale, ce qui rend la relation discontinue. De même la fréquence des soins n'est pas la même, au niveau de l'EPM, les mineurs sont vus une fois par semaine, tandis que les adultes sont vus une fois par mois, mais seulement s'ils font la demande. Cela peut jouer sur la relation qui va être difficile à établir avec des entretiens seulement une fois par mois. De plus, les adultes doivent faire des demandes par écrit pour une prise en charge, cependant nombre de ces patients ne savent pas écrire, la barrière en

terme d'éducation et d'apprentissage bloque la relation soignant-soigné, avant même qu'elle ne puisse être construite. Parfois, les objectifs du soignants ne concordent pas avec ceux du patient qui vient uniquement pour des remises de peines, cela impact la relation de soin qui ne peut pas être établit si le patient ne vient pas réellement pour un soin. Dans les objectifs soignants c'est aussi de préparer le devenir du patient comme la réinsertion, ce qui est difficile quand le patient doit purger une longue peine.

Cependant les soignantes mettent en avant l'impact positif de l'environnement carcéral sur la relation de soin. D'abords, au niveau de l'EPM, un planning est établit afin de limiter l'encellulement, ce qui évite de rompre le contact social, en particulier avec le soignant que le jeune voit deux fois par semaine. La prison facilite l'accès aux soins avec la gratuité et la disponibilité des soignants. Pour certains, cela leur permet d'avoir conscience de la nécessité de prendre soin de son corps, de soi. Ce milieu carcéral créé de nouveaux besoins chez les détenus, en particulier social. Il favorise donc la relation soignant-soigné, avec l'implication du détenu qui fait cette demande de soin. Ce sont donc des patients qui seront moins réticents aux soins, et avec qui la relation de soin se construira avec une distance naturellement établit.

Un cadre est imposé, mais ce qui permet de respecter la place et le rôle de chacun, et donc d'avoir une distance adaptée pour une prise en charge objective. Ce sont des patients qui n'ont plus de contact avec l'extérieur, et du fait de notre rôle soignant, d'être à l'écoute, d'être soucieux d'eux, cela favorise la relation de soin. L'importance qui est accordée au détenu peut avoir un effet pervers. En effet, en prison ils ont une considération qu'ils ne trouvent pas à l'extérieur, cela les incitent parfois à vouloir rester en prison ou commettre des délits pour y revenir.

Dans les centres pénitenciers, il y a une culture carcérale spécifique à ce milieu. Ces valeurs se confrontent parfois à celles des soignants, notamment avec la présence d'une tiers personne, le surveillant pénitencier.

5.2. Relation triangulaire :

La relation soignant-soigné dans le milieu carcéral est particulière. En effet, on l'a vu l'environnement est un lieu atypique. Il y a également la présence d'autres acteurs, notamment les surveillants pénitenciers. Par exemple pour la distribution des traitements, le

règlement impose la présence des surveillants avec les infirmiers. J'ai donc remarqué l'établissement d'une relation triangulaire entre détenu-soignant-surveillant.

Pour les soignants, le surveillant peut induire une distance dans la relation de soin, en limitant les actions infirmières qui doivent respecter les règles de confidentialité. De même, il est difficile pour le soignant d'évaluer les besoins des patients car ils sont fortement liés à la pénitencière. Comme l'indique l'infirmière 4 « tu es un peu surveillant dépendant des fois ». Il y a donc une différence dans la relation soignant-soigné avec la présence du surveillant. Mais cette présence a un impact différent sur l'EPM car les jeunes les connaissent mieux, cela faciliterait-il un climat de confiance ? Au niveau du centre de détention et de la maison d'arrêt, il y a plus de méfiance de la part des détenus.

Le surveillant accompagne parfois l'infirmier pour certaines activités, telles que la distribution de traitement ou l'activité physique. Seulement je remarque bien une discordance dans les rôles de chacun et de l'image qu'il renvoie au détenu. Le surveillant reste une figure d'autorité et de justice, avec un rôle de maintien et du respect de l'ordre. De ce fait, les détenus sont moins amenés à se confier ou même ne serait-ce que parler aux surveillants. Même si, selon le code de déontologie du service public pénitencière (le 30 décembre 2010), Art. 10 : « le personnel de l'administration pénitencière est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnel... ». Mais les détenus n'ont pas confiance car ils savent aussi que les surveillants ont le devoir de signaler tous agissements prohibés (Art. 13 du code) (Ministère de la justice et des libertés, 2010). Tandis que l'infirmier conserve une image de soignant auquel le détenu peut parler, exprimer son ressenti sur l'incarcération, les autres détenus, et même sur les surveillants.

Il paraît donc difficile d'établir une relation soignant-soigné en présence du surveillant pénitencier. En effet, on a bien vu que cette distance peut être perturbée par des éléments externes, le surveillant en fait partie en ce qui concerne la prise en soin. C'est pour cela que les infirmiers privilégient les entretiens dans des salles prévues à cet effet, assurant ainsi plus d'intimité pour le patient. Cela permet donc d'établir une relation de confiance sur de bonnes bases pour ensuite construire une relation de soin adéquate.

Comme vu précédemment, il y aurait une notion de secret partagé entre les soignants et les surveillants. Cela peut amener une certaine méfiance de la part des détenus dans les informations qu'ils donnent lors des entretiens. Certains patients vont donc volontairement prendre une distance dans la relation par manque de confiance envers le soignant. Cependant, cette relation triangulaire est vue plus sous la forme de relation de collaboration pour les

soignants. Cette relation a des effets bénéfiques sur le patient. En effet, en échangeant avec le surveillant, celui-ci peut adapter son comportement face à certains détenus, ce qui diminue les tensions nuisibles à la relation de soin. Leur présence est donc utile en termes de protection du soignant, mais sans être obligatoire. De même, le patient distingue bien le rôle du surveillant et du soignant, ils sont conscients qu'ils travaillent ensemble, mais cela n'impacte pas la relation qu'ils ont avec le soignant.

Mais pour favoriser cette prise en charge, la présence du surveillant pénitencier peut être amoindrie, ce qui implique au soignant d'adopter un nouveau rôle.

5.3. Rôle infirmier :

L'environnement carcéral favorise deux « rôles » soignants. D'une part, l'infirmier a son rôle de soignant, de prendre en charge toutes personnes en demande de soin. D'autre part, le soignant a un rôle de contrôle social en adoptant une fonction de surveillance et de maintien de l'ordre, pouvant aller jusqu'à une fonction punitive. En effet, les infirmiers vont surveiller les motivations des détenus à se faire soigner, mais également surveiller leur conduite. Certains soignants justifient ce rôle de contrôle afin de se détacher de l'institution carcérale en limitant les interventions des surveillants pénitenciers (D. HOLMES, J-D JACOB, 2012). De manière synthétique l'infirmier à son rôle de soignant avec la prise en charge des patients, mais il a aussi une casquette de surveillant pénitencier la nécessité de poser un cadre et de faire respecter certaines règles sans pour autant faire appel au personnel pénitencier. Dans ce milieu carcéral, il faut aussi conjuguer avec le rôle des autres professionnels. Le temps consacré aux soins est moins important avec la présence d'autres acteurs qui ne sont pas en lien avec le soin. Il faut donc adapter l'organisation pour conserver ce lien avec le patient.

Pour moi, ce rôle de contrôle peut amener le détenu à percevoir le soignant comme une figure d'autorité, ce qui par conséquent peut influencer sur la relation soignant/soigné, notamment l'établissement d'une relation de confiance. Mais d'un autre côté, ce rôle peut favoriser cette relation de confiance en montrant que le soignant ne fait pas constamment appel aux surveillants.

Lors des entretiens, les soignants n'ont pas relevé ce rôle de contrôle social, mais plus un rôle au niveau de la construction de la relation soignant-soigné. Au niveau de l'EPM, en rappelant que le rôle du service et des infirmiers ne sont pas en lien avec la pénitencière,

cela permet d'établir un lien de confiance, ce qui facilite la création d'une relation soignant-soigné.

De même, pour certains soignant, leur rôle comprend une forme d'échange et de partage avec le patient, c'est-à-dire qu'il n'y a pas seulement des activités de proposées, ou recevoir ce que les patients disent, il faut donner aussi de soi pour que le patient puisse accorder sa confiance, comme de donner une sorte de crédibilité en tant qu'être humain.

5.4. Différentes représentations

Pour commencer, les soignants constatent une différence entre la prise en charge d'un patient jeune et d'un adulte. Ils signalent une prise de distance plus importante avec les adultes qu'avec des adolescents, avec lesquels ils vont avoir une relation plus de proximité. Selon les infirmiers, il va y avoir plus d'échange, notamment de choses personnelles avec un jeune pour instaurer une relation de confiance. L'incarcération va influencer sur la relation soignant-soigné, en partie avec le rapport des détenus aux filles. La distance physique a son importance ici, mais elle va impacter la distance relationnelle.

Au niveau des pathologies, les soignants s'attendent à prendre en soin des patients atteints de pathologies psychiatriques actives, telle que la schizophrénie, mais en réalité ce sont plus des pathologies tournées vers des troubles de la personnalité (D. HOLMES, J-D JACOB, 2012). Cependant, certaines pathologies peuvent induire une méfiance des soignants envers certains détenus, telles que des personnalités manipulatrices ou dangereuses... Cette méfiance va moduler la distance relationnelle soignant-soigné. En effet, le soignant va volontairement mettre de la distance (physique et émotionnelle) en justifiant assurer leur protection. C'est un mécanisme de défense souvent utilisé, et pas seulement visible en milieu carcéral. On peut être amené à se demander si cette méfiance n'est pas ressentie comme un manque de confiance du soignant par le patient ? Et donc est-ce qu'il va pouvoir s'exprimer librement et surtout pouvoir faire confiance à l'infirmier en tant que soignant ? Pour être plus clair, la méfiance du soignant peut compliquer sa relation avec le patient dans le sens où celui-ci va également adopter une posture méfiante à son tour. Pour certains soignants interrogés, une méfiance peut être ressentie envers certains patients par peur de représailles s'il n'y a pas de réponses à leurs attentes. Cela influe sur le comportement soignant, ce qui va être dit, et donc va impacter la relation soignant-soigné car prise de distance du soignant. Mais aussi une prise de distance de la part du patient qui

peut ressentir la méfiance du soignant et donc accorder difficilement sa confiance. Donc, un excès de méfiance peut avoir un impact négatif sur la relation soignant-soigné.

On remarque aussi un fossé entre la représentation de la pratique enseignée en formation et la pratique en milieu carcéral. L'infirmier doit se conformer à cette culture carcérale pour la prise en charge du détenu, et donc adapter sa pratique (D. HOLMES, J-D JACOB, 2012). En effet, avec la présence des activités de surveillance ou du nombre important de patients, la construction de la relation de soin semble plus difficile à établir.

Et enfin, il y a également des représentations au niveau des personnes soignées, les détenus. En effet, dans certains services, les soignants ont connaissance du vécu et du motif d'incarcération. Certains motifs sont relativement importants, et comme pour quelques pathologies, le soignant va adopter une posture méfiante, ce qui aura des conséquences au niveau de la distance relationnelle soignant/soigné. Pour certains soignants, ce n'est pas réellement de la méfiance, mais plutôt un sentiment de surprise face à la vision du patient. Il peut donc y avoir une confrontation de valeurs, entre celles du patient et celles des soignants. Cette confrontation peut avoir un impact sur la relation de soin, c'est pourquoi, avoir une vision la plus objective possible permet une prise en charge optimale. Mais peut-on parler de bonne méfiance ? Car cela amène le soignant à se questionner et donc adapter sa prise en soi. La méfiance devient négative lorsqu'elle est trop présente et qu'elle influe sur la relation de soin, mettant une distance entre le soignant et le détenu. Il faut donc sécuriser sa pratique, dans le milieu carcéral il existe des moyens comme l'alarme ou les surveillants.

Mais le soignant peut également être sensibilisé au vécu des détenus, ce vécu n'est pas toujours facile à entendre. Cela implique une posture plus empathique et une attitude plus à l'écoute envers le patient. Cela peut rendre la distance relationnelle plus difficile à trouver, et dans laquelle le soignant peut être impacté de ces histoires de vie, voir même affecté au niveau émotionnel. En effet, les soignants expriment bien la gestion compliquée de certaines situations. Elles peuvent mettre le soignant en difficulté, mais il faut savoir passer le relais à son équipe, qui est une ressource, comme l'indique l'infirmière 2 « t'es pas toute seule, tu bosses en équipe, et ça c'est ta richesse aussi ». La distance relationnelle ne comprend pas seulement un côté spatial avec la distance physique, mais aussi toute une partie émotionnelle. Pour certains, les histoires peuvent affecter mais sans entraver le rôle soignant avec la nécessité d'avoir une bonne distance relationnelle.

6. PROBLEMATIQUE

Le choix de mon sujet et mon questionnement m'ont amené à vouloir faire des recherches sur les facteurs prépondérants dans la distance relationnelle infirmier-patient. C'est pourquoi ma question de départ qui ressort est la suivante : « Quelles sont les facteurs qui influencent la distance relationnelle infirmier/patient en milieu carcéral ? »

Au cours de mes recherches, j'ai pu voir que de nombreux éléments peuvent influencer la distance relationnelle entre le détenu et du soignant.

D'abord, avec tout ce contexte carcéral et juridique, le droit des patients a beaucoup évolué ces dernières années. Celui des détenus également, qui peuvent désormais accéder aux soins plus facilement. La loi du 18 janvier 1994 a permis aux soins de devenir indépendants de l'administration pénitentiaire, avec notamment la création de locaux aménagés. Dans ces locaux se trouvent des services de soins tels que l'UCSA, le SMPR et le CSAPA. Ces services se coordonnent afin d'optimiser la prise en charge des patients, même si cette coordination n'est pas toujours facile du fait qu'ils ne se situent pas tous au même niveau.

Au niveau soignant, on connaît la réglementation générale qui encadre les soins infirmiers, mais il y a aussi une réglementation en termes de sécurité et d'obligation soignante dans la pratique en milieu carcéral. En effet, certains soins impliquent la présence d'un autre acteur, le surveillant pénitencier. Cet agent a également sa réglementation, l'infirmier doit alors concilier son organisation avec celle du surveillant.

Ensuite, la construction de la relation a été mise en lumière. Elle se base sur différents éléments, notamment les valeurs soignantes. Celle qui ressort le plus est le respect, qu'il soit tourné vers le patient ou les autres acteurs présents en milieu carcéral tels que les surveillants pénitenciers, les enseignants, les éducateurs... On voit l'importance d'établir un lien de confiance pour construire cette relation soignant-soigné. Cette confiance est en lien aussi avec le secret professionnel auquel est tenu l'infirmier. Le patient est conscient de cette obligation soignante ce qui facilite la relation de soin. Celle-ci va être mise en place par la communication, deux types sont décrits dans le cours de Mr CASTOELLOT (2014), la communication verbale et le paralangage. Ce climat de sécurité et de confiance bien établi, la relation soignant-soigné peut se faire. Par la suite, un travail de soin peut débuter pour répondre aux besoins des patients. Cependant ces besoins sont aussi très liés à la

pénitentiaire, ce qui amène le surveillant à pouvoir les relever. On voit ici l'importance d'un travail en collaboration avec ces agents.

Le positionnement du soignant et du patient met en lumière le terme de distance relationnelle. Elle comprend les notions de relation, de communication, de distance physique, mais aussi d'émotions qui influent sur la relation de soin et sur la prise en charge des patients. Je trouve plusieurs types de distance physique (intime, personnelle, sociale et publique), qui se basent sur plusieurs critères. Elle a surtout pour but d'établir une relation de civilité en serrant la main du patient pour le saluer. Cette distance permet un respect de l'intimité mais aussi du statut soignant et du statut patient.

La notion de distance reste assez paradoxale dans le sens où le but du soignant est d'établir une relation de soin, et pour cela il faut une certaine proximité avec le patient. On voit apparaître alors le terme de bonne distance, qui est moins négatif.

Et enfin, différents facteurs d'influence ont été relevés. Au niveau environnemental, avec un cadre pénitencier qui va avoir un impact sur la relation de soin puisqu'il influe sur l'intimité des détenus, l'organisation des soignants et fait surtout prendre conscience au détenu de prendre soin d'eux. Comme l'indique l'infirmière 4 : « je dirai que l'organisation pénitentiaire n'est pas toujours favorable aux soins. ».

Il y a aussi la relation triangulaire avec la présence du surveillant qui n'est pas vécue comme intrusive, mais jugée nécessaire. Elle n'impacte pas la relation de soin, dans la mesure où le patient connaît bien le rôle de chacun de ses deux acteurs.

Justement au niveau du rôle infirmier, j'avais relevé dans mes lectures, deux rôles soignants, avec d'un côté, le soin et de l'autre, l'autorité. Mais lors des entretiens, c'est uniquement le rôle soignant qui ressort, soucieux d'établir une relation de confiance tout en gardant une bonne distance.

Différentes représentations ont été mises en avant, cela a permis de montrer l'impact sur relation de soin. La prise en charge diverge selon l'âge du patient, s'il est jeune, le soignant va plutôt avoir une relation de proximité afin de gagner sa confiance. La pathologie de certains détenus va amener une certaine méfiance des soignants, qui peut être positive car elle amène l'infirmier à se questionner et donc à adapter sa prise en charge. Les motifs d'incarcération ou les histoires de vie compliquées, très présentes en milieu carcéral, sont souvent difficiles à vivre pour les soignants, qui sont affectés. On voit ici l'équipe soignante comme une réelle ressource, et qui peut être utilisé comme relai. Cette équipe pluridisciplinaire inclut également le surveillant pénitencier.

Au centre de l'ensemble de ces facteurs, un acteur reste présent non loin du soignant, c'est le surveillant pénitencier. En effet, ces agents sont présents autour de la relation de soin. Et comme le précise l'infirmière 4 « tu es un peu surveillant dépendant des fois ». Autant leur présence que leur absence est nécessaire dans la prise en charge des détenus. Les infirmiers évoquent un réel travail d'équipe avec ces agents. Cela amène un questionnement au lien avec le travail d'équipe, entre le surveillant et l'infirmier, sur la prise en soin du détenu. L'ensemble des soignants soulignent le travail en collaboration avec le surveillant. Et particulièrement l'infirmière 2 « Si tu ne te coordonnes pas avec la pénitencière, toute seule tu ne peux pas faire grand-chose. Il y a une notion quand même de travail en collaboration ». Ce travail d'équipe est donc à prendre en compte dans la prise en charge du patient. En effet, quel est l'impact du travail en collaboration, entre le surveillant pénitencier et l'infirmier, sur la prise en soin du détenu ?

7. CONCLUSION

Les facteurs qui influencent la relation soignant-soigné sont nombreux. Celle-ci prend en compte l'institution dans lequel se déroule le soin. Ici, c'est le milieu carcéral avec toute l'administration pénitentiaire. C'est un cadre spécifique qui régleme encore plus la pratique des soins infirmiers par des règles, notamment de sécurité, à suivre. La relation de soin s'établit par la mise en relation de personnes, c'est-à-dire la communication. Qu'elle soit verbale ou non-verbale, elle a son importance dans la prise en charge des détenus. Elle permet notamment de détecter les différents besoins du détenu et aussi de déceler les émotions qui gravitent autour de cette relation de soin. Les émotions, de la personne soignée et du soignant, peuvent être difficiles à gérer pour les professionnels. Le positionnement infirmier découle de l'ensemble de ces facteurs. A travers cette posture soignante, des valeurs sont mises en lumière, principalement le respect. Il est présent au travers la relation de l'infirmier avec le patient, mais aussi avec les autres acteurs du milieu carcéral (surveillant pénitentier, médecin, infirmier, assistante sociale, éducateurs). Parmi ces acteurs le surveillant joue un rôle important dans la relation de soin. En effet, le soignant doit adapter son organisation à celle de l'agent pénitentier, ce qui influe forcément dans la distance relationnelle avec le patient. De même, c'est le seul acteur de cette institution qui côtoie les détenus au quotidien, ils sont donc conscients de leurs besoins. Un travail en collaboration avec eux paraît alors nécessaire pour l'amélioration de la prise en soin du patient. Les motifs d'incarcération ou les histoires de vie sont parfois difficiles à entendre pour les soignants. Mettre une distance avec le détenu peut prendre la forme d'une protection, mais impacte la relation avec la personne soignée.

Par conséquent, trouver la juste distance n'est pas une chose aisée puisqu'il faut prendre en compte l'ensemble de ces facteurs. Avant, effectuer ce travail dans ce milieu n'était pas envisageable. Les histoires de vie, les motifs d'incarcération et tout ce contexte carcéral sont pour moi des éléments qui amènent le soignant à prendre une distance dans la relation de soin. La prise en soin des détenus me paraît alors difficile.

C'est pourquoi, effectuer ce travail m'a permis de mieux comprendre le rôle infirmier et savoir comment il établit une relation de soin efficace.

Trouver la distance dans la relation de soin, quel que soit le lieu d'exercice, c'est donc de prendre en compte les facteurs qui peuvent influencer cette relation, et adapter sa posture en conséquence. Cela m'a permis de prendre conscience que cette distance n'est pas fixe, elle

s'adapte en fonction de la personne soignée aussi, toujours dans l'optique d'avoir une prise en charge optimale.

A ma grande surprise ce travail m'a permis de me projeter en tant que future soignante dans ce milieu. En effet, il m'a apporté un autre regard sur les détenus et sur le milieu carcéral en général. J'ai pu voir que mes compétences relationnelles seraient réellement mises au profit du soin que l'on peut apporter aux patients. Le respect et la tolérance sont des valeurs qui me semblent importantes, et je les retrouve également à travers l'exercice infirmier en milieu carcéral. De plus, je trouve que le travail en collaboration peut être vraiment intéressant, puisqu'il a pour but d'optimiser la prise en charge des patients. Le travail d'équipe a une grande importance pour moi et se retrouve dans l'ensemble des services que j'ai pu rencontrer. De plus, la présence d'un autre acteur dans cette équipe, avec une vision différente du soin, me semble bénéfique pour une prise en soin globale des patients.

REFERENCES

Bibliographie :

- ANZIEU J-Y et MARTIN D. (1968). *La dynamique des groupes restreints*. Paris.
- BOURIAUD, A. (2014). UE 1.3 S1 Législation, éthique, déontologie. "Le droit"., (p. 59).
- CASTELOT, A.-S. (2014). UE 1.1 S1 : "Psychologie, sociologie et anthropologie". Dans *Communication et relation de soins*.
- CASTELOT, A.-S. (2015). UE 1.1 S2 : "Psychologie, sociologie et anthropologie". Dans *La relation soignant/soigné et ses aspects*.
- CHU de Nantes. (2016). Livret d'information CSAPA.
- CHU de Nantes. (2016). Livret d'information S.M.P.R service médico-psychologique régional.
- D. HOLMES, J-D JACOB. (2012). Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. Dans *Recherche en soins infirmiers* (p. 57 à 66). Article de recherche.
- FORMARIER, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.
- M. ALDERSON, M. SAINT-JEAN, P-Y. THERRIAULT, J. RHEAUME, I. RUELLAND et M. LAVOIE. (2013). La pratique infirmière en milieu carcéral : des détenus pour patients. *Recherche en soins infirmiers*, p. 95 à 106.
- MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A. (2008). *La relation soignant soigné*. Lamarre.
- MARMIN, G. (2005). Soigner en prison : un paradoxe ? Dans *Objectif soins n°139*.
- Ministère de la justice et des libertés. (2010). "*Code de déontologie du service public pénitentiaire*".
- PONCELA P, AYED W, VIENNOT C. (Janvier 2009). *Droits et devoirs de la personne détenu*. Avec la collaboration de la direction de l'administration pénitentiaire.
- WARNET, S. (2013). Regards croisés sur la pratique infirmière en milieu carcéral. *La revue de l'infirmière n°188*.

Site internet :

- Le code de la santé publique, partie réglementaire, 4^{ème} partie, livre III, titre Ier "Profession d'infirmier ou d'infirmière". Dernière mise à jour le 4 décembre, www.legifrance.gouv.fr
- Le Larousse, www.larousse.fr, mise à jour en 2014.

ANNEXES

1.	Tableau de V. Henderson.....	I
2.	Grille d'entretien.....	II
3.	Entretien infirmier 1.....	IV
4.	Entretien infirmier 2.....	X
5.	Entretien infirmier 3.....	XVI
6.	Entretien infirmier 4.....	XXIII
7.	Grille d'analyse des entretiens.....	XXVIII
8.	Résumé de l'article de recherche.....	L
9.	Liste des abréviations.....	LIII

Tableau de V. Henderson

Besoins	Habitudes de vie	Manifestations d'indépendances	Manifestations de dépendance	Source de difficultés
1. Respirer				
2. Boire et manger			Repas apporté par le surveillant.	
3. Eliminer				
4. Se mouvoir et maintenir une bonne posture			Déplacements régulés par les surveillants.	
5. Dormir et se reposer				
6. Se vêtir et se dévêtir				
7. Maintenir la température du corps dans les limites de la normale				
8. Etre propre soigné et protéger ses téguments			Demande d'autorisation pour accéder aux services de soin.	
9. Eviter les dangers				
10. Communiquer avec ses semblables			Rupture des liens familiaux. Parloirs sous conditions.	
11. Agir selon ses croyances et ses valeurs				
12. S'occuper en vue de se réaliser			Activités selon organisation de la pénitentiaire.	
13. Se recréer				
14. Apprendre			Accès à l'enseignement sous réserve de l'autorisation pénitentiaire.	

Grille d'entretien

Présentation de la personne :

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service, au sein de l'institution carcérale ?
- Avez-vous eu une formation spécifique pour travailler dans ce milieu ?

Thème : milieu carcéral

<u>Sous thème :</u>	<u>Question</u>
Détention	<ul style="list-style-type: none">• Comment décririez-vous le milieu carcéral ?
Etablissements pénitenciers	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous me parler des différentes structures carcérales (maison d'arrêt, centre de détention, établissement pour mineur) ? <p>Question de relance : quels sont leurs fonctionnement ?</p>
La population incarcérée	<ul style="list-style-type: none">• Quels principaux besoins des détenus percevez-vous ?• Quelles sont les différents types de pathologie que vous rencontrez ?
Les services de soin	<ul style="list-style-type: none">• Comment se coordonne les différents services (UCSA, SMPR, CSAPA) ? <p>Question de relance : Est-ce qu'il y a des réunions, des transmissions ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous me parler des objectifs de votre service ?

Thème : distance relationnelle.

<u>Sous thème</u>	<u>Question</u>
Soin et relation	<ul style="list-style-type: none">• Quels sont vos valeurs personnelles et professionnelles ?• Comment sont-elles confrontées/adaptées au milieu carcéral ? Question de relance : Notez-vous une divergence dans vos valeurs et celles du milieu carcéral ? <ul style="list-style-type: none">• Avez-vous une réglementation spécifique qui encadre votre profession soignante ?• Quel est votre rôle au sein de votre service ?
La communication	<ul style="list-style-type: none">• Quels éléments mettez-vous en place pour communiquer avec le patient ? Question de relance : Parlez-moi de vos attitudes, des types de communications que vous mettez-en place lors des prise en soin des détenus ?
Distance et relation	<ul style="list-style-type: none">• Qu'est-ce qu'évoque pour vous la distance relationnelle ?• Y-a-t-il une réglementation particulière en terme de confidentialité ? Question de relance : Existe-il une forme de secret partagé avec les surveillants pénitenciers ? Si oui les détenus sont-ils au courant de ce partage d'information et quelles informations cela concerne ? <ul style="list-style-type: none">• Quelles émotions avez-vous ressenti lors de votre pratique ?• Quelles principales émotions percevez-vous chez les patients ?
La distance physique	<ul style="list-style-type: none">• Comment établissez-vous la distance physique entre vous et le patient ?• Qu'est-ce qu'elle permet selon vous dans la relation soignant-soigné ?

Thème : facteurs d'influence.

<u>Sous thème</u>	<u>Question</u>
Facteur environnemental	<ul style="list-style-type: none">• Selon vous en quoi le milieu carcéral peut-il être limitant ou favorisant la relation soignant/soigné ? Question de relance : est-ce que les locaux (salle d'entretien, cellule,...) vous semble appropriés pour établir une relation soignant/soigné ?
Relation triangulaire	<ul style="list-style-type: none">• Comment ressentez-vous la présence des surveillants pénitenciers ?• Notez-vous une différence ou non dans votre relation soignant/soigné avec la présence des surveillants ?
Rôle infirmier	<ul style="list-style-type: none">• L'environnement carcéral influe-t-il sur votre rôle soignant selon vous ?• Notez-vous une différence dans vos fonctions par rapport à celles apprises ou vécues lors de votre formation ou précédent lieu d'exercice ?
Les différentes représentations : pathologie, population soignée	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous ressentir de la méfiance envers certains patients ? (Racontez moi par rapport au des expériences vécues)• Voyez-vous une différence notable entre la théorie enseignée et la pratique dans ce milieu ? Pouvez-vous m'en parler ?• Vous êtes-vous senti affecté par certaines histoires de vie ou certains dossiers judiciaires ?

Entretien IDE 1

Lieu de l'entretien : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Le vendredi 3 mars à 15h30.

Durée : 42min 01s.

Présentation faite avant le début de l'entretien. Donc Mme R. infirmière au SMPR de la Maison d'arrêt.

Etudiante : « Je te laisse te présenter et savoir quel est ton parcours professionnel ? »

IDE 1 : « Mon parcours, j'ai eu mon diplôme en 94, j'ai fait différents services, des petits remplacements, un peu de soins généraux. Après j'ai travaillé 3ans à l'hôpital de Fresnes, l'hôpital pénitentiaire de Fresnes. J'ai ensuite, j'ai fait 3ans de libéral. Ensuite, j'ai fait 7ans à l'hôpital St Jacques en intra. Et depuis 9ans je suis au SMPR de la Maison d'arrêt. »

Etudiante : « D'accord donc du coup ça fait 9ans que tu travailles dans l'institution carcérale, toujours au SMPR de la Maison d'arrêt ? »

IDE 1 : « Alors non, au SMPR de la Maison d'arrêt ça fait 4ans que j'y suis. Avant j'étais au centre de détention, parce qu'il y a eu la nouvelle maison d'arrêt, et l'hôpital de jour qui était au centre de détention, est venu dans la maison d'arrêt. On a déménagé en fait, ça fera 5ans qu'on est sur la maison d'arrêt. »

Etudiante : « D'accord. Est-ce que tu as eu une formation spécifique pour travailler dans ce milieu-là ? »

IDE 1 : « Non, non, en fait le fait d'avoir sur l'hôpital de Fresnes ça a aidé, la psychiatrie en intra ça m'a aidé aussi. »

Etudiante : « D'accord. Du coup au niveau du milieu carcéral, comment est-ce que tu décrirais ce milieu-là ? »

IDE 1 : « Alors c'est un milieu où il y a des personnes incarcérées, qui sont soit en attente de jugement soit jugés, et alors nous on leur propose des soins à un moment donné pour des personnes qui en ont besoin, plus spécifiquement à l'hôpital de jour. »

Etudiante : « D'accord. Au niveau des établissements pénitenciers, est-ce que tu peux me parler des différentes structures carcérales ? »

IDE 1 : « Donc il y a la MA, donc là on a dit que c'était des personnes en attentes de jugement, ou jugées mais en attente de transfert, ou jugées mais pour des petites peines. Le centre de détention c'est des personnes qui sont jugées, mais pas pour de trop longues peines, la plupart du temps c'est plus basé sur la réinsertion, par rapport aux centrales où là c'est des très longues peines. Tu n'avais pas notion de ça ? »

Etudiante : « Non je pensais qu'il y avait un centre de détention, pour justement les longues peines, en fait il y a un autre établissement c'est ça ? »

IDE 1 : « Alors pas sur Nantes, mais il y a des centrales pour les très longues peines. »

Etudiante : « Ah d'accord. »

IDE 1 : « Alors ça arrive en centre de détention, on avait une personne qui avait pris 25ans, d'emblée qui était affectée au centre de détention. C'est pas fréquent, ce n'est pas toujours évident parce que, le centre de détention il y a des gens qui sont amenés à être libérés et commencé par ça c'est pas facile. Après il était venu je pense qu'on son affectation avait été accordé parce qu'il se rapprochait de la famille et puis il y des formations informatiques, je pense que c'est pour ça. Après il y a l'EPM, la prison pour mineur. »

Etudiante : « Oui d'accord, et spécifiquement jusqu'à 18ans, après ils sont transférés au centre de détention ? »

IDE 1 : « Oui. »

Etudiante : « Au niveau de la population incarcérée, est-ce que tu vois des besoins particuliers des détenus ? Quel type de besoin ? »

IDE 1 : « au niveau psychique ? »

Etudiante : « Des besoins généraux, en fait, dans la structure, dans le service ? »

IDE 1 : « Et bien j'aurais envie de dire, c'est un peu comme des personnes extérieures, il peut aussi bien y avoir des problèmes psychiques que somatiques. Après nous, au SMPR, c'est plus pour des problèmes psychiques. C'est plus des gens qui vivent mal la détention, qui sont en état de crise, là c'est plus au niveau de la pathologie psychiatrique en fait. »

Etudiante : « Oui, ils ont beaucoup de besoin en santé en fait ? »

IDE 1 : « Après oui il y a beaucoup de problèmes liés au stress. »

Etudiante : « De la prison ? »

IDE 1 : « Ouais, je pense des problèmes de stress. »

Etudiante : « D'accord, et du coup au niveau des types de pathologies rencontrées ? »

IDE 1 : « Alors nous sur l'hôpital de jour du SMPR, on compte... Alors c'est soit des personnes qui vivent mal l'incarcération, des angoisses autour de ça. Il y a des psychotiques, qui sont délirants à un moment donné et qui ont besoin en peu plus de soin. »

Etudiante : « D'accord... »

IDE 1 : « Après il peut y avoir tous types de pathologie. »

Etudiante : « Quand c'est des personnes psychotiques en phase délirante, il reste dans le service où ils peuvent être hospitalisés ? »

IDE 1 : « Alors nous sur l'hôpital de jour, c'est des patients qui acceptent les soins, sinon c'est en SDRE sur l'hôpital Saint Jacques. »

Etudiante : « Oui d'accord... »

IDE 1 : « Voilà. Il peut y avoir des problèmes liés aux addictions aussi... Des gens qui sont très déprimés, des idées suicidaires. Et puis des gens, ça peut être des patients qui ont une pathologie un peu paranoïa, sentiment de persécution, accentuée à un moment donné, avec l'enfermement. »

Etudiante : « Oui, il y a des pathologies qu'ils ont déjà avant mais qui peuvent s'accroître avec l'emprisonnement ? »

IDE 1 : « Oui oui, l'enfermement n'aide pas. Ça favorise parfois les tensions. Il y a l'enfermement, le fait de la promiscuité avec les détenus, l'éloignement familial aussi. »

Etudiante : « Oui. Ils ne sont pas forcément tous dans un centre de détention proche de leur famille en fait ? »

IDE 1 : « Pas forcément non. Et puis parfois ils ont peu de contact avec les familles, les familles en ont un peu marre de l'incarcération. Parfois il y a une rupture aussi avec les liens familiaux ouais. Et pour ça, ça fait qu'ils ont besoin de soin d'autant plus. »

Etudiante : « Oui. Du coup au niveau des services de soin, il y a l'UCSA, le SPMR et le CSAPA. Et du coup, comment ils se coordonnent ces différents services ? »

IDE 1 : « Alors SMPR et UCSA, nous on a ça au CD, à l'EPM et la maison d'arrêt. Le CSAPA est amené aussi à aller dans tous les services, dans tous les sites. »

Etudiante : « D'accord, donc dans tous les établissements en France ou certains ? »

IDE 1 : « Ah non non, certains, parce qu'il y a des petites Maisons d'arrêt où pour le SMPR, il y a un psychologue qui vient une fois par semaine. »

Etudiante : « L'UCSA est toujours présente ? »

IDE 1 : « L'UCSA est toujours présente par contre, je pense qu'il y a toujours un UCSA dans tous les établissements, il me semble. »

Etudiante : « D'accord. Du coup vous avez des réunions c'est ça ? »

IDE 1 : « Ouais, on a deux réunions par semaine, de transmissions avec l'UCSA. Et puis avec le CSAPA on est sur le même lieu donc, je ne suis pas sûr qu'il y ait une réunion. On a des réunions ambu et le CSAPA est là. »

Etudiante : « Est-ce que tu pourrais me parler des objectifs de l'HDJ au niveau SMPR ? »

IDE 1 : « Alors franchement je ne sais pas trop quel est l'objectif principal. On a des objectifs de soins, mais principal je ne sais pas... »

Etudiante : « C'est plus tourné autour du soin donc ? De la prise en charge ? »

IDE 1 : « Alors oui, c'est plus stabiliser l'humeur. Pour vivre mieux la détention, c'est à un moment donné, ils ont besoin de soin comme à l'extérieur on peut avoir besoin d'être hospitalisé. Ça peut être une mal vie de l'incarcération et... stabiliser l'humeur ouais c'est plus ça. »

Etudiante : « Oui c'est pas évident. Du coup, là c'est plus le thème de la distance relationnelle. Au niveau des soins et de la relation, quelles sont pour toi tes valeurs personnelles et professionnelles ? »

IDE 1 : « Ouais, alors c'est le respect déjà de la personne, le non jugement en prison. Le fait d'être bienveillant, l'empathie... après euh je ne sais pas si je réponds à ta question ? »

Etudiante : « Oui oui complètement. Du coup c'est des valeurs professionnelles que tu retrouves aussi dans tes valeurs ? »

IDE 1 : « Alors oui, c'est des valeurs professionnelles qui sont pour moi importante, ça reste mes valeurs aussi. »

Etudiante : « Et du coup ces valeurs, comment elles sont confrontées ou comment elles s'adaptent au milieu carcéral ? »

IDE 1 : « Alors, j'aurais envie de dire, on est face à des patients, pour moi je ne fais pas trop de distinction entre le monde professionnelle de la psychiatrie où je travaillais avant et le milieu carcéral au niveau distance, au niveau des valeurs. Pour moi un patient a aussi bien besoin de soin et de bienveillance en prison qu'en psychiatrie en fait. »

Etudiante : « Donc le lieu ne change rien pour toi ? »

IDE 1 : « Non ça change pas. »

Etudiante : « D'accord. Est-ce qu'il y a une réglementation spécifique qui encadre la profession dans le milieu carcéral ? »

IDE 1 : « Franchement je ne sais pas, maintenant on fait partie du CHU depuis 94, avant l'UCSA dépendait de la pénitentiaire. »

Etudiante : « Et du coup vous avez des règles à suivre ? »

IDE 1 : « Alors oui il y a toutes les règles de sécurité. Le fait de... On a pas le droit de rentrer avec notre portable, on n'a pas à informer les patients sur quand ils ont des examens, on peut pas leur dire une semaine avant qu'ils ont tel examen à l'hôpital, c'est au dernier moment. Voilà c'est des règles de sécurité comme ça. »

Etudiante : « Au niveau de la tenue, vous n'avez pas de choses particulières ? »

IDE 1 : « Alors tenue, on est habillé en civil, on a pas de réglementation bien précise. La pénitentiaire, ils doivent faire une enquête je pense, avant d'embaucher quelqu'un, je crois. Mais ça j'avais ça en tête mais je ne sais pas si ça se fait toujours, à l'époque on m'avait dit ça. »

Etudiante : « Oui d'accord. Du coup quel est ton rôle au sein du service ? »

IDE 1 : « Donc on fait des entretiens, des activités, on distribue les médicaments. »

Etudiante : « C'est principalement ça ? »

IDE 1 : « Oui oui. »

Etudiante : « D'accord. Au niveau de la communication, du coup, quel élément tu mets en place pour communiquer avec le patient ? Enfin comment tu fais ? »

IDE 1 : « Comment je fais ? »

Etudiante : « Par rapport aux attitudes, aux types de communication, verbales, non verbales ? »

IDE 1 : « Bas après on les fait verbaliser sur comment ils vont, c'est d'être à l'écoute. Après c'est surtout l'écoute, la reformulation, la valorisation. »

Etudiante : « Dans un lieu spécifique ? »

IDE 1 : « Alors oui dans un bureau d'entretien. Il y a l'entretien avec l'infirmière, il y a aussi l'entretien où il y a le médecin. Donc on peut être à trois quand il s'agit de faire un contrat de soin. Voilà, et puis les activités. La communication, c'est comme dans un service normal en fait, ça ne change parce qu'ils sont détenu en fait, il n'y a pas de prise de distance. Je dirai que c'est exactement la même chose qu'en psychiatrie, comme en service. »

Etudiante : « Oui, il n'y a pas de communication par le contact ? »

IDE 1 : « Oui c'est vrai le toucher, ça je ne fais pas, comme je ne ferai pas forcément en psychiatrie. »

Etudiante : « Oui ça dépend des gens aussi. Du coup au niveau de la distance qu'est-ce que ça t'évoque pour toi du coup la distance relationnelle ? »

IDE 1 : « Avoir le bon positionnement, ça veut dire qu'on va pas être copine avec le patient. On va avoir une juste distance, ça sera être à l'écoute, les valeurs que j'ai dit. Comme dans toutes relations de soin en fait, avec toutes les méthodes de soin et de communication. C'est un peu de façon informel. »

Etudiante : « Oui d'accord. Est-ce qu'il y a une réglementation particulière en termes de confidentialité ? »

IDE 1 : « Alors oui, on est soumis au secret professionnel. Ça on leur rappelle quand il arrive, que la détention n'est pas au courant de ce qui se dit en entretien. C'est vrai qu'ils l'ont pas toujours en tête ça. »

Etudiante : « Ça les aide à venir et échanger plus facilement ? »

IDE 1 : « Alors je ne sais pas si ça les aide mais en tout cas on leur dit. Mais sûrement qu'ils peuvent se livrer plus facilement, c'est important de leur rappeler et de mettre les choses au clair parfois, ils en ont besoin. Pour certains ils l'ont bien en tête, mais pour d'autres c'est pas toujours clair. »

Etudiante : « Est-ce que il y a une forme de secret partagé avec les surveillants pénitentiaires ? »

IDE 1 : « Bas je ne pense pas qu'il y ait de secret partagé, j'ai pas ça en tête. Après on fait des réunions avec les surveillants, une fois par semaine, c'est plus les surveillants qui nous parlent de comment ils perçoivent les patients. Après je pense pas qu'il y ait de secret partagé réellement. »

Etudiante : « D'accord. Ils sont au courant un peu, pas du contenu des entretiens mais de ce que vous faites en activité ? »

IDE 1 : « Non c'est plus pour la vie un peu globale. »

Etudiante : « D'accord, donc c'est plus eux qui donnent leur avis et leur ressenti sur les détenus ? »

IDE 1 : « Oui c'est ça. Et quand les détenus ont des demandes, on peut faire remonter auprès des surveillants. C'est plus des demandes globales, pas individuelles. »

Etudiante : « Donc les patients sont informés de ce que vous faites remonter ? »

IDE 1 : « Oui. Parfois aussi on peut avoir des surveillants qui comprennent mal un patient, et là on va pouvoir dire oui mais là c'est la maladie qui peut aussi faire qu'il soit comme ça ou comme ça. Ça atténue un peu les tensions, sans en dire beaucoup. »

Etudiante : « Oui expliquer la maladie de manière générale ? »

IDE 1 : « Exactement. »

Etudiante : « Du coup quel émotions tu as ressenti, enfin tu as pu ressentir dans ta pratique ? »

IDE 1 : « Alors quel émotion je ne sais pas mais je trouve que c'est assez valorisant de travailler en prison, parce que quoi qu'on apporte en activité, ils sont assez preneur et on sent que ça leur fait vraiment du bien et... c'est un sentiment d'utilité je trouve et ça c'est fort. »

Etudiante : « Ils s'expriment souvent la dessus ? »

IDE 1 : « Ils disent souvent, ça ça fait du bien. Sur des petites choses c'est marrant. Style faire un gâteau, l'énorme bien que ça peut leur faire, ça leur rappelle à la maison les odeurs, les gaufres enfin on sent que ça les fait parler. Donc on se sent assez valorisé dans notre travail. Et puis il y a aussi le fait qu'à l'hôpital de jour, ils viennent pendant une période de crise, et on voit leur arrivée et l'évolution, et ça c'est assez gratifiant. »

Etudiante : « Et au niveau des émotions des patients, qu'est-ce que tu as pu voir ? Comme la joie quand ils font de la cuisine. »

IDE 1 : « Ouais alors toutes les émotions y passent chez le patient, que ce soit la joie, la colère la tristesse... Je pense que là j'ai pu voir toutes les émotions. Je peux pas toutes les citer parce que il y en a pas mal, comme toutes les émotions que chacun peut ressentir. »

Etudiante : « D'accord. Par rapport justement avec les surveillants, tu m'as dit que ça provoqué des tensions un peu parfois. »

IDE 1 : « Et bien oui parfois accepter les règles c'est pas toujours évident, donc ouais parfois il y a des tensions. On est à l'écart de ce qui se passe avec la pénitencière. »

Etudiante : « Vous ressentez aussi ces tensions, quand le patient viens par exemple en entretien ? »

IDE 1 : « Oh oui. Ils en parlent, ça leur prends beaucoup d'énergie. Après il y a des choses parfois qui ne sont pas facile à accepter de la part des détenus, que ce soit au niveau matériel, enfin tout est lié au surveillant, que ce soit les sorties, au niveau sommeil, alimentation. Enfin tous leurs besoins est liés à la pénitencière. Le sommeil ils peuvent être réveillé parce qu'ils sont dans un moment où on les surveille plus. Donc là on leur demande de bouger toutes les deux heures, donc le surveillant passe. Pour l'alimentation, ils se plaignent souvent des repas. En fait ceux qu'ont pas d'argent, ils ne peuvent pas cantiner, donc c'est parfois un peu compliqué, ils peuvent avoir faim. Les sorties ça peut être parfois compliqué, que ce soit des sorties trop longues. Le fait de vouloir téléphoner. Ils sont vraiment liés aux surveillants dans la vie en détention, donc il faut pouvoir gérer leur frustration. Et puis il y a des surveillants qui leurs parlent plus ou moins bien, ils se sentent déconsidérés aussi, on les tutoie, on les appelle par leur nom sans dire monsieur. »

Etudiante : « Oui d'accord, au niveau du respect... »

IDE 1 : « Bas ils ont le sentiment d'être considéré ... comme des moins que rien donc défavorisés. »

Etudiante : « Du coup comment établies-tu la distance physique entre toi et le patient ? »

IDE 1 : « Alors quand je vois les patients on se sert la main, voilà. On se fait appeler nous par notre nom de famille. Et puis, l'entretien, on a un bureau, en activité... je sais pas quoi te dire. »

Etudiante : « Mais il y a quand même la notion de contact physique du coup quand vous serrez la main. »

IDE 1 : « Ouais, ouais pour se dire bonjour, après comme dans un service de psychiatrie en intra. »

Etudiante : « Oui pas de différence avec un autre service ? »

IDE 1 : « Non. »

Etudiante : « Du coup pour toi qu'est-ce qu'elle permet cette distance physique dans la relation soignant-soigné ? »

IDE 1 : « Qu'est-ce qu'elle permet cette distance... Et bien que chacun soit à sa place, d'avoir une juste distance. D'être à l'écoute mais à la fois pouvoir renvoyer des choses. Le respect. »

Etudiante : « Oui de définir la place de chacun ? »

IDE 1 : « Oui. »

Etudiante : « Oui c'est intéressant. Du coup là c'est plus au niveau des facteurs d'influence sur la relation. J'avais vu un facteur environnemental, du coup en quoi le milieu carcéral peut être limitant ou favorisant la relation soignant-soigné ? »

IDE 1 : « Alors en quoi ça peut être limitant ? Bas c'est vraiment contraint aux conditions de détention. Tout est soumis vraiment à la pénitencière. Parfois c'est compliqué donc nous aussi on est un peu pris là-dedans, et il y a beaucoup d'enjeu, les sorties, les libérations, les affectations. Enfin ils ont pleins de choses en tête les patients, et c'est comment les accompagner. Non c'est vrai que les conditions de détention font qu'ils ont peut-être leur maladie à gérer mais en plus des contraintes en plus par rapport à la famille, à l'extérieur. »

Etudiante : « Du coup vous aussi vous dépendez, d'une certaine manière, des surveillants. Les cellules pour les ouvrir, vous avez besoin des surveillants ? »

IDE 1 : « Oui oui tout à fait... c'est quoi tu question déjà ? »

Etudiante : « Les facteurs limitants et favorisant la relation... »

IDE 1 : « Oui il y a tout ça aussi. On ne peut pas, on est vraiment soumis au niveau des horaires, si on y va le midi c'est l'heure du repas, donc on peut pas. On a des horaires bien délimités dans le temps, et puis ils ont aussi des temps de promenades, des temps de parloirs... »

Etudiante : « Oui vous devez respecter tout ça. »

IDE 1 : « Oui. Alors ça limitant et les facteurs favorisant. Alors ce qui est favorisant c'est qu'ils ont peu de contact avec l'extérieur, et forcément qu'on est des personnes d'extérieures. On va être soucieuses d'eux et de leur état de santé, donc forcément on est plutôt bien perçu, on est plutôt les bons objets. En général, il y a la pénitencière qui assure la sécurité, nous on a le bon rôle et ça favorise la relation. »

Etudiante : « Oui ils ont connaissance de votre rôle du coup ils savent que... »

IDE 1 : « Oui oui donc ça c'est assez favorisant. »

Etudiante : « Du coup il y a cette relation un peu triangulaire avec le surveillant pénitencier, du coup, comment tu ressens la présence de ce surveillant ? »

IDE 1 : « Alors je ne dirai pas que c'est une relation triangulaire parce que pour moi chacun est à sa place, et le surveillant n'est pas là aux entretiens, aux activités. Il est là à l'ouverture des cellules quand on distribue les traitements le matin, ce qui est dit c'est vraiment une première prise de contact. Alors là ça peut être un peu gênant parfois, mais on peut différer à un autre moment s'ils veulent parler. »

Etudiante : « Vous arrivez à savoir quand ils ont envie de parler mais que du coup il y a la présence du surveillant... »

IDE 1 : « Oui c'est pas à ce moment-là qu'on engage une conversation, c'est plus un premier contact et puis s'il y a besoin de plus, on se voit en entretien. Voilà et après aux entretiens, les surveillants ne sont pas là, et en activité non plus. »

Etudiante : « D'accord. Oui donc il y a une différence dans la relation soignant-soigné, quand il y a le surveillant et quand il n'est pas là ? »

IDE 1 : « Alors, ce qui se dit est peut être différent, on va pas parler du... c'est juste le traitement à prendre et puis... »

Etudiante : « Des choses assez basiques ? »

IDE 1 : « Oui oui. »

Etudiante : « Du coup pour approfondir c'est plus en entretien ? »

IDE 1 : « Voilà. »

Etudiante : « Du coup au niveau du rôle infirmier, est-ce que l'environnement carcéral il influe sur ton rôle soignant ? »

IDE 1 : « ... »

Etudiante : « Le fait que ce soit un milieu fermé, enfin tout ce contexte carcéral, avec les surveillants ? »

IDE 1 : « Ah bas je pense qu'il influe oui sûrement. Après ça fait tellement longtemps que j'y suis que j'ai du mal à m'en rendre compte mais oui. Il y a un certain... »

Etudiante : « Par rapport au rôle que tu as pu avoir en secteur psychiatrique, est-ce que tu sens quand même une différence ? »

IDE 1 : « C'est plus régler, les liens avec la famille,... On a moins de liens avec les familles, déjà on les voit pas physiquement, ça peut être au téléphone. Ils vont demander des nouvelles, mais comme à l'hôpital j'ai envie de dire on va pas donner de nouvelles. On va voir avec le patient, en disant votre mère a appelé, qu'est-ce que vous voulez que je lui dise ? »

Etudiante : vous demandez l'accord au patient de ce que vous pouvez dire ? »

IDE 1 : « Oui. Alors forcément ça influe parce que toutes ces contraintes, de temps, d'organisation. On ne peut pas l'accompagner à l'extérieur, à la sortie, chose qu'on faisait en intra. »

Etudiante : « Oui d'accord. Est-ce qu'il y a une différence dans tes fonctions par rapport à celles que tu as vues ou apprises à l'école, en formation ? »

IDE 1 : « Une différence entre ce qu'on apprend et ce qui se pratique ? »

Etudiante : « Oui. »

IDE 1 : « Bas après non les formations que j'ai pu faire c'était plutôt un échange, un intervenant mais chacun pouvait parler. La pratique des soins... après ce que j'ai appris à l'école c'est assez loin. Et puis après il y a ce qui se fait en psychiatrie et en somatique, c'est deux mondes différents. Quand j'étais à l'hôpital pénitencière de Fresnes, on était vraiment cantonné aux soins somatiques, que là c'est plus de la relation d'aide, c'est plus sur des lieux de stage, des différences de service, c'est pas pareil. Après sûrement que les choses ont évolué. »

Etudiante : « D'accord. Au niveau des différentes représentations, dans le milieu carcéral. Est-ce que tu ressens une méfiance envers certains patients ? Par rapport à tes expériences ? »

IDE 1 : « Ouais, leur motif d'incarcération ? »

Etudiante : « Oui par exemple. »

IDE 1 : « Alors ça peut arriver, des patients avec une problématique un peu complexe. Parfois c'est leur façon de voir qui peut nous surprendre. Ça peut arriver ouais. Il y a des patients qui n'ont pas la notion d'altérité. »

Etudiante : « Du coup tu ressens plus une méfiance par rapport à des patients comme ça ? »

IDE 1 : « Alors c'est pas une... ça peut choquer quoi. »

Etudiante : « Oui c'est plus au niveau des valeurs ? »

IDE 1 : « Oui. »

Etudiante : « Est-ce que tu t'es déjà sentie affectée par certaines histoires de vie ou le motif d'incarcération ? »

IDE 1 : « Oh oui il y a des histoires de vie qui affectent, qui m'ont affecté. Ouais j'ai en tête un... il y a des personnes qui marquent. J'ai en tête un monsieur âgé qui était incarcéré, j'avais vu à son arrivée, et en fait il avait tué sa femme. Sa femme était malade d'une grave maladie et sa femme qu'il avait accompagnée depuis très longtemps, qui était malade depuis très longtemps. Et un jour il l'a trainé jusque dans le puit, il a jeté sa femme et a sauté aussi dans le puit. Sa femme est morte et lui est resté toute la nuit dans le puit. La soignante est venue le lendemain, enfin c'est assez bizarre. L'auxiliaire de vie qui venait chez eux les a retrouvés le lendemain. C'est quelqu'un qui était assez touchant, et qui pouvait faire penser à une histoire où ça pouvait être mon grand-père. Et il avait l'air, enfin on sentait qu'il avait été, à un moment donné, dépassé par sa femme malade. Il était démuni quoi, donc choc arrivé en prison, marqué. Donc ça c'est une histoire qui m'a marqué, il y a des histoires comme ça qui touchent plus que d'autres, j'en ai plusieurs moi et ça peut impacter ouais. »

Etudiante : « Du coup comment tu fais pour extérioriser ? »

IDE 1 : « Après, je partais en vacances le soir, je m'en souviens. Après j'en avais parlé, il y avait des collègues qui étaient là, les médecins étaient là. Et puis voilà, j'ai repensé à cette histoire-là et puis c'était passé. Après on en parle avec les collègues. »

Etudiante : « D'accord, c'est l'équipe qui est le principal outil ? »

IDE 1 : « Oui oui. »

Etudiante : « Voilà j'ai terminé, donc merci. »

IDE 1 : « Ah d'accord, c'était rapide. »

Entretien IDE 2

Lieu de l'entretien : dans un café d'une zone commerciale.

Le vendredi 10 mars à 16h30.

Durée : 39min56s.

Présentation faite avant le début de l'entretien. Donc Mme B. infirmière à l'EPM au niveau SMPR.

Etudiante : « Alors du coup, quel est ton parcours professionnel ? »

IDE 2 : « Alors parcours professionnel. Diplômée de juin 94, diplôme psy, dernière promotion. 10 ans en région parisienne d'exercice au sein d'une unité fermée accueillant des OH et des HDT. Arrivée en 99 au CHU, j'ai commencé par des services fermés et ensuite je suis allée assez rapidement sur l'hospitalisation maman-bébé, 2ans en hospit. Et ensuite sur le centre de la parentalité pendant pratiquement une dizaine d'années. Ensuite, suite au centre de la parentalité, je suis arrivée en détention, au niveau du centre de détention. Dans un premier temps en ambulatoire et très rapidement, au bout de 6mois d'exercice, j'ai fait 50% chez les adultes et 50% l'établissement pour mineur. »

Etudiante : « Ça fait combien de temps que tu es en centre de détention ? »

IDE 2 : « Depuis... je suis arrivée en 2010-2011, je crois. Avec une alternance sur les deux lieux. »

Etudiante : « D'accord. Est-ce que tu as une formation spécifique pour travailler dans ce milieu-là. »

IDE 2 : « Pas du tout, aucune formation spécifique à part ma formation d'infirmière psy, puisque j'ai le diplôme d'origine. Et après une formation en pédopsychiatrie où en fait j'ai côtoyé les auteurs de violences sexuelles mais qui n'étaient pas incarcérés, qui étaient à domicile. Voilà, sinon non, formée sur le tas. »

Etudiante : « D'accord ok. Du coup au niveau du thème milieu carcéral, comment est-ce que tu décrirais le milieu carcéral ? »

IDE 2 : « Bas quand t'exerces en tant qu'infirmière dans le milieu carcéral, il faut te dire que tu n'es pas à l'hôpital. Donc tu fais du soin mais tu dépends de la pénitencier, c'est-à-dire que tous tes actes, tous tes déplacements, tous tes entretiens enfin toute ta planification aussi dépend en fait d'un autre ministère, qu'est le ministère de la Justice, en plus du ministère de la santé. Donc ça a des codes différents, et du coup tu peux pas non plus faire ce que tu fais d'habitude à l'hôpital quoi. Donc il faut t'adapter. »

Etudiante : « D'accord. Est-ce que tu peux me parler des différentes structures carcérales ? »

IDE 2 : « alors le centre de détention en fait il se situe boulevard Einstein, il est conçu pour les longues peines, donc pour les gens qui sont condamnés et condamnés à des longues peines. Tout a sachant que parfois on a des personnes qui viennent quand même pour des courtes peines, ce qui ne devrait pas être le cas. On a tout type de population, et sur le CD de Nantes on est plus particulièrement exposé à recevoir des auteurs de violences sexuelles. Ensuite la maison d'arrêt, donc la Maison d'arrêt de Carquefou en fait c'est une Maison d'arrêt classique, qui accueille toutes les personnes qui sont en attentes de jugement et qui vont être condamnées, et qui peuvent y rester quelques temps aussi. Il y a beaucoup d'aller-retour. Après sur l'établissement pour mineur, on accueille les mineurs de 13 à 18ans voir au-delà des 18ans. »

Etudiante : « Au-delà de 18ans ils restent parfois un peu, le temps de trouver une place ? »

IDE 2 : « Voilà, alors quand ils leur restent pas beaucoup de peine, ils peuvent la finir en accord avec la directrice sur l'EPM. On a aussi beaucoup de X, qui sont plus âgés mais qui ont une carte d'identité qui les met mineur. Donc on se retrouve avec des mineurs incarcérés, qui ne sont plus mineurs, donc ça c'est une grande difficulté aussi. Et puis après on a de 13 à 18ans, donc des adolescents incarcérés à l'EPM, pour tous types d'affaires et de condamnation. Soit ils sont condamnés, soit ils sont prévenus, on a les deux en fait. »

Etudiante : « Du coup, quels sont les principaux besoins des détenus que tu as pu percevoir ? »

IDE 2 : « Je pense qu'à la base le SMPR est fait pour offrir un espace au détenu où ils peuvent venir exposer leurs problèmes, leur problème de détention, leur problème de vie à l'extérieur, de parler. Et puis aussi ce qu'on propose aussi, c'est de les suivre dans le cadre de leur détention par rapport aux faits qu'ils ont pu commettre. C'est vrai qu'on a des ouvertures différentes en fonction de qui on a en face de nous, et des propositions différentes. »

Etudiante : « Oui vous vous adaptez aux besoins de chacun ? »

IDE 2 : « Voilà, on s'adapte et puis faut savoir qu'en détention on a tout type de profil, c'est des personnes qui sont en grande détresse psychique, qui n'ont rien à faire en détention mais qui maintenant la plupart du temps sont chez nous plutôt que d'être hospitalisés en psychiatrie. Ça aussi ça met en difficulté. »

Etudiante : « D'accord oui. Quels sont les types de pathologies que tu rencontres le plus souvent ? »

IDE 2 : « Alors, faut savoir qu'en détention on a n'a pas des pathologies, des patients qui souffrent de pathologies. On peut avoir la psychose, la schizophrénie, la dépression, enfin tous types de pathologies. »

Etudiante : « Même sur l'EPM ? »

IDE 2 : « Sur l'EPM on est moins dans la pathologie. On a quand même des adolescents qui souffrent du trouble du comportement, mais c'est pas la majorité des ados qui sont incarcérés chez nous. »

Etudiante : « Donc c'est plus en centre de détention que tu vas en avoir ? »

IDE 2 : « Oui centre de détention et maison d'arrêt où tu retrouves de pathologies psychiatriques. »

Etudiante : « D'accord. Du coup au niveau des services de soins, comment ça se coordonne les différents services, UCSA, SMPR, CSAPA ? »

IDE 2 : « Alors je peux parler de ce que je connais, donc sur l'EPM c'est vrai qu'on est sur le même pallier donc c'est vrai que la coordination se fait plus simplement je dirai. C'est-à-dire que le soin psychique et le soin somatique, bas on essaie de faire en sorte que ça soit une même entité, même si on est bien différencié au niveau des locaux. On se parle beaucoup, notamment depuis l'arrivée des deux nouvelles infirmières. Parce que avant il n'y avait qu'une personne qui intervenait à temps plein, et là on a deux infirmières qui sont dans une autre dynamique et qui sont plus alliées du côté SMPR. Donc chacun fait son boulot mais on en parle, et c'est ça aussi qui permet de pas être clivé et de pas retrouver le jeune à dire des choses d'un côté, et des choses de l'autre. On essaie de bosser ensemble, à la fois niveau infirmier et aussi psychiatre et médecin généraliste. Donc ça c'est plutôt un axe d'amélioration qui s'est fait depuis quelques mois-là. Après sur le centre de détention, au niveau de l'UCSA, disons qu'il y a de la communication mais de là à dire qu'on travaille ensemble c'est un grand bien mot. Je pense que l'UCSA fait son boulot au niveau somatique, le SMPR essaie de faire son boulot au niveau psychique, après des fois on se rencontre pour certaine situation, mais c'est chacun son côté. Où quand ils sont en difficulté, ils font appel au SMPR mais voilà. »

Etudiante : « Et avec le CSAPA du coup ? »

IDE 2 : « Avec le CSAPA, bas il intervient sur le centre de détention, notamment, avec à la fois un infirmier qui fait des consultations, un psychiatre qui s'occupe de tout ce qui est la prescription de traitement, voilà. Et puis sinon aussi il y a un psychologue qui est là une fois par semaine et qui s'occupe de ça. L'articulation se fait plutôt pas mal, avec l'ambulatorio en général, ça se passe bien, le médecin est pratiquement là à 100%, donc ça aide. »

Etudiante : « Est-ce que tu peux me parler des objectifs de ton service ? »

IDE 2 : « Alors les objectifs au niveau de l'EPM... Je dirai qu'on est là pour, surtout au niveau du soin psychique et physique pour accueillir l'adolescent. Lui dire aussi qu'il y a un espace dans lequel il peut venir déposer des choses. Qu'on fait partie du centre hospitalier universitaire et qu'on est tous des infirmiers, et que donc on n'a pas de rapport éducatifs des choses à faire, de ce côté-là. On n'a pas de lien hiérarchique avec la justice mais qu'on est là pour lui offrir un confort d'écoute, un confort de soin aussi parce que dans la plupart du temps ils arrivent quand même dans des conditions somatiques un peu précaires, et je pense que ça ils l'entendent assez rapidement. C'est un peu, le soin c'est un peu un écrin où tu peux venir pour te faire « coucouner » parce que on a quand même des exigences par rapport à eux, que ce soit au niveau somatique ou au niveau psychique. Et puis dès qu'on sent qu'ils sont prêts c'est vrai qu'ils y a un travail psychique qui est demandé au niveau psycho, psychiatre et même infirmier pour les faire avancer aussi dans le pourquoi de leur détention et le pourquoi de leur délinquance et des faits qui sont judiciairisés. Au niveau des adolescents aussi qui sont des... on a des faits judiciairisés de ce qui se passe aussi chez les adultes, faut pas croire qu'ils sont là que pour des vols. »

Etudiante : « Ils y a une différence au niveau de la prise en charge, adulte et adolescent ? »

IDE 2 : « Ouais elle est différente. On n'aborde pas de la même manière un adolescent qu'un adulte. Au niveau du centre de détention, on fonctionne par un entretien d'arrivant. On leur dit que le soin peut être possible, ils doivent faire un courrier pour demander une prise en charge au SMPR. Au niveau des adolescents, on ne les voit déjà pas une seule fois mais deux fois en entretien arrivant. Et puis le soin en fait ce n'est pas une prescription, mais on insiste énormément sur la prise en charge avec le psychiatre et l'infirmière, et sur la groupalité. On les voit plus régulièrement, au niveau du centre de détention, on les voit une fois par mois, qu'au niveau de l'EPM c'est toutes les semaines. »

Etudiante : « Ils sont moins nombreux aussi à l'EPM ? »

IDE 2 : « Tout à fait, puis un adolescent si tu le laisse pendant un mois en détention de toute manière tu ne le reverras plus, donc le soin faut qu'il aille vers lui. Puis on propose des modalités qui sont différentes, donc ça peut être attractif. »

Etudiante : « D'accord. Du coup au niveau de la distance relationnelle, quelles sont tes valeurs personnelles et professionnelles ? »

IDE 2 : « Alors mes valeurs personnelles, elles diffèrent entre l'adulte et l'adolescent. C'est vrai que l'adolescent, au niveau de l'équipe de l'EPM, on est 3 IDE et on aborde l'adolescent différemment. Et c'est aussi ta personnalité et ta façon de voir les choses, de questionner, d'aller le chercher ou non qui font que l'adolescent reviendra ou ne reviendra pas. Après tu es plus, ... Même si on garde « le monsieur » au niveau des adolescents, même si ça ne leur plaît pas. Je pense que tu es dans une relation individuelle qui est plus proche avec les adolescents tout en gardant la distance parce que aussi il te nomme « madame » ou

« monsieur », que au niveau du centre de détention je pense qu'on est plus, la distance faut la mettre, c'est important, c'est des adultes et tu réagis différemment en fait dans ta relation avec eux. Au niveau adolescent tu peux être dans des choses de proximité que tu ne peux pas être au niveau des adultes. Et en plus tu as besoin aussi, les adolescents pour les approcher si besoin, qu'ils te voient faire des activités, et donc quelque part te mettre un peu en danger. Que ce soit au niveau du sport, que ce soit au niveau de n'importe quelle médiation en fait. Il faut énormément donner de soi, si tu ne donnes pas de toi de toute manière ils n'adhèrent pas et après ils te questionnent énormément. Donc il faut être à l'aise avec ça aussi, sur ton âge, sur qu'est-ce que tu peux en dire, sur ta profession. Ils sont plus demandeur, qu'au niveau adultes ce n'est pas des questions sur lesquels tu vas pouvoir y répondre, en tout cas moi c'est mon positionnement. »

Etudiante : « Et du coup tes valeurs à toi, tu les retrouves dans le milieu carcéral ? »

IDE 2 : « Par rapport aux autres professionnels, on fait tous différemment. Je pense qu'avant tout on essaie d'avoir une cohésion d'équipe, après tu ne peux pas bosser avec tout le monde c'est clair. Par contre les gens avec qui tu bosses et que t'arrivent à mettre en place des médiations, des relais, je pense qu'on est tous sur la même longueur d'onde. »

Etudiante : « Du coup, est-ce que tu notes une différence entre les valeurs du milieu carcéral et celle que tu as ? »

IDE 2 : « Bas c'est vrai, que la pénitencier, de la PJJ, ... chaque ministère a ses prérogatives, on n'est pas tout seul et pas les mêmes missions. Après avec certains tu t'y retrouves, avec d'autres c'est plus compliqué. Je pense que tout dépend de la représentation que tu as du travail de l'autre. Après c'est comme partout, il y a des surveillants qui comprennent ce que tu fais, des surveillants qui ne comprendront jamais ce que l'on fait. Pareil au niveau de l'éducation nationale, des éducateurs de la PJJ, c'est la réalité du terrain. »

Etudiante : « La PJJ c'est ? »

IDE 2 : « La PJJ c'est tout ce qui est éducateur. Donc chacun a des missions différentes aussi, chacun à une place différente en détention et chacun à son histoire aussi. »

Etudiante : « Est-ce que il y a une réglementation spécifique qui encadre la profession soignante ? »

IDE 2 : « Oui bien sûr, il y a des textes de lois, après te les citer comme ça. Il y a toute une réglementation par rapport au travail carcéral et notamment en tant que soignant et en activité et des différents lieux de détention, il y a des choses à respecter. Tu signes un protocole en arrivant, qui te dit de respecter, notamment, de ne pas fournir quoi que ce soit au détenu, au niveau des courriers ne pas servir d'intermédiaire, voilà. Il y a quand même des choses différentes du CHU, qu'il faut que tu aies bien en tête. Il faut être au clair avec ça, c'est important pour toi au niveau de ta profession, de ta sécurité de pouvoir fonctionner en détention. »

Etudiante : « D'accord. Du coup c'est quoi ton rôle au sein du service ? »

IDE 2 : « Moi mon rôle au sein du service, je dirai que en tant qu'infirmière, mes premières missions au niveau de l'EPM c'est l'accueil du jeune délinquant, du jeune détenu par des entretiens d'arrivant. C'est le repérage de la crise suicidaire, en tout cas de savoir dans quel état il se présente en détention, ça c'est une de nos premières missions chez le jeune. Au niveau du centre de détention c'est un repérage qui est fait mais bon comme ils ont déjà fait pas mal de lieu de détention, bon bas voilà. »

Etudiante : « Ils sont transférés souvent ? »

IDE 2 : « Bas c'est-à-dire que quand ils arrivent au centre de détention, ils ont déjà fait au moins une maison d'arrêt. Donc du coup la crise suicidaire, on est plus dans ces prémices là, mais ça n'empêche qu'il y en a qui sont fragiles. En tout cas au niveau de l'EPM, on est très vigilant à ça. Souvent il y a des primo incarcération, c'est là aussi que tu peux repérer des choses, par rapport à l'isolement, à l'enfermement. Et puis si ils arrivent en début de semaine ou fin de semaine, dans quel état psychique ils sont. Si ils ont de la famille, enfin pleins de choses comme ça. Donc on est très, très à l'écoute de tout ça, donc au repérage on fait très attention. Et donc on est amené à participer à des commissions, notamment la commission de suicide pour évaluer et dire nos inquiétudes en même temps que nos partenaires, c'est ça hyper important au niveau du travail infirmier. Après c'est l'accueil, par rapport à un entretien d'arrivant c'est se faire un descriptif de la personne que tu as en face de toi, notamment pourquoi il est incarcéré, pour quel motif et tout ça. Mais c'est aussi tout l'environnement familial, social, pour les adolescents c'est leur chemins de vie, leur parcours. Est-ce qu'ils viennent directement du domicile ? Est-ce qu'ils ont été placés ? A quel âge ? La plupart du temps on est dans des histoires assez dramatiques. Et puis après les ressources qu'ils peuvent avoir ou ne pas avoir. On fait vraiment, on interroge très large. Et puis voir s'il est coopérant et puis très rapidement on propose le soin, on est moins réactif au niveau du CD. »

Etudiante : « Oui la démarche est différente. »

IDE 2 : « Oui voilà, au CD c'est eux qui font une demande. Et puis c'est des longues peines, donc on a du temps pour les prendre en charge. C'est vraiment une dynamique complètement différente. »

Etudiante : « D'accord. Au niveau de la communication, quel élément tu mets en place pour communiquer avec le patient ? »

IDE 2 : « Les entretiens infirmiers, tout ce qui est groupalité, ça c'est important parce que en fonction de qui tu as en face de toi, tu verras bien comment ça va se passer. Des prises en charge individuelle avec des partenariats, notamment la psychomotricienne, la psychologue... »

Etudiante : « Et au niveau de ta posture par exemple quand tu fais un entretien ? »

IDE 2 : « Ça dépend qui tu as en face de toi en fait. Après le but du jeu c'est de rester toi en tant que soignant, enfin tu te présentes déjà, tu essaies de sécuriser au maximum en disant que tu fais partie du centre hospitalier et que effectivement tout ce qui va se dire dans ce bureau restera dans ce bureau, à moins d'avoir des révélations qui font que tu es dans l'obligation de dire des choses. Donc déjà plutôt un climat de sécurité. Et puis après en fonction de qui tu as en face de toi, faut évaluer, c'est à toi de faire une évaluation pour savoir qu'est-ce que tu vas lui proposer, qu'est-ce que tu peux lui poser comme questions. Et puis c'est pas parce que tu as un fichier entretien d'arrivant que tu es obligé de suivre nom, prénom... c'est toi qui module et qui fait en sorte d'avoir toutes les informations sans qu'il s'en aperçoive vraiment, et d'instaurer un climat de confiance. C'est un entretien infirmier que tu composes. »

Etudiante : « Qu'est-ce qu'évoque pour toi la distance relationnelle ? »

IDE 2 : « La distance relationnelle ? Bas à partir du moment où il ne vient pas s'asseoir sur tes genoux. C'est une distance relationnelle suffisamment bonne. »

Etudiante : « Tu l'associe du coup à une distance physique ? »

IDE 2 : « Une distance physique, et puis aussi le respect de la personne, en tant que soignant, le fait de m'appeler madame, ça fait partie aussi de la distance. Et puis tout ce qu'on doit respecter dans un entretien, on doit se présenter, au niveau de l'hygiène, au niveau vestimentaire, au niveau du langage. On peut entendre des choses mais après voilà il y a des choses qui sont inacceptables. Après c'est aussi le respect des autres, c'est-à-dire qu'on ne vient pas dans ce bureau pour critiquer les éducateurs ou la pénitencière, voilà des choses comme ça. Et puis, après, c'est le respect du cadre, de plein de choses, ça leur apprend aussi qu'on n'est pas dans un lieu où l'on s'habille n'importe comment avec un langage qui n'est pas forcément adapté. Donc c'est tout ça, c'est dans la globalité. Après ce qui n'empêche qu'on les connaît bien, qu'on peut plaisanter avec eux. On sait ce qui se passe en détention, il faut leur montrer qu'on n'est pas déconnecter de la détention, on sait ce qu'il se passe quand ils vont au quartier disciplinaire, à la commission de discipline. On est là aussi sur ces temps-là, on ne fait pas que du soin magique dans un bureau où il se passe rien. Mais ce n'est pas pour ça que tu n'établis pas une relation de confiance. Et pareil chez les adultes aussi. »

Etudiante : « Est-ce qu'il y a une réglementation particulière en terme de confidentialité ? »

IDE 2 : « Oui il faut la respecter. C'est compliqué, il y a des textes, après tu as le secret de l'entretien effectivement, le secret que tu partages avec certains partenaires, que ce soit au niveau des soins. Après il y a des choses que tu gardes pour toi, pour progresser avec le détenu, il y a ce que tu partages avec les autres au niveau du soin et parfois aussi on a des collaborateurs en fonction de la situation et de comment ça se passe aussi. En tout cas il y a des informations... on est en lien avec eux, comme ils sont en lien avec nous. On ne peut pas fonctionner uniquement au niveau du soin dans une détention, ce n'est pas possible. Parce qu'on intervient dans des situations, on intervient dans la détention, si tu ne coordonne pas avec la pénitencière, toute seule tu ne peux pas faire grand-chose. Il y a une notion quand même de travail en collaboration, après les détenus savent très bien comment ça fonctionne. »

Etudiante : « Oui d'accord. Quelles émotions tu as ressenti lors de ta pratique ? »

IDE 2 : « Quels émotions ? Bas je pense que pour les détenus ... On est un peu tout quoi, maman, compagne, en fonction de son âge on peut être petite sœur. On renvoie des images en fait complètement différentes. Il y a des situations qui ne sont pas simple, des situations de crises, d'agitations ou des situations de tristesse, de détresse. Et en fonction de ça c'est aussi à toi, en tant que soignant, de t'adapter, je te cache pas qu'il y a des fois il y a des situations qui sont plus compliquées parce que ça te renvoie des choses. Après ton positionnement, t'es pas toute seule, tu bosses en équipe, et ça c'est ta richesse aussi, ce qui fait que tu te retrouves pas seule face à une situation. Quand tu es en difficulté, parce que tu peux te retrouver en difficulté face à un détenu, parce que voilà ils ne sont pas là pour des corps au pied. Ils peuvent te faire des propositions, que ce soit du côté intime ou te demander des trucs. Tu vois bien à l'EPM, on est sollicité 24 sur 24 pour ramener du shit ou des trucs comme ça. Et je pense aussi, à titre perso, quand tu réponds à ce genre de choses, tu réponds avec une équipe derrière toi. »

Etudiante : « Oui tu n'es pas seule face à ces situations. »

IDE 2 : « Voilà. Et il faut pouvoir en parler, et ne pas se dire je suis exceptionnelle donc je vais toujours m'en sortir. Quand c'est trop compliqué, il faut que tu en réfères et mette en place des choses, des entretiens à deux, avec le psychiatre pour remettre les choses en place. C'est ça qui fait la richesse d'une équipe aussi, c'est ça qui fait la force d'une équipe. »

Etudiante : « D'accord. Comment tu établis la distance physique entre toi et le patient ? »

IDE 2 : « La distance physique ouais. Chez les adultes, certains tu as le bureau, moi j'aime pas trop le bureau. Après je pense que la distance physique elle se fait par ce que tu peux lui répondre, ce que tu peux lui

montrer aussi. Et très rapidement ils savent ce qu'ils peuvent faire ou pas. Avec les adolescents parfois c'est un peu plus compliqué parce qu'ils... voilà déjà on n'a pas de bureau, il n'y a pas besoin de ça avec eux. Des fois on rappelle des règles, comme quoi on ne s'allonge pas sur le canapé, sur le fauteuil. Très rapidement ils respectent ça, après ils essaient toujours de t'appeler par ton prénom, de te demander ton âge, de dire bah voilà vous habitez où. Mais après à force de leur dire les choses, ils savent à qui ils ont à faire. »

Etudiante : « c'est comme les autres enfants, ils testent en fait ? »

IDE 2 : « Oui voilà ils testent. Ça marche, ça marche et ça marche pas, ça marche pas. Et puis après ils vont dans d'autres relations. Au début ils essaient tous, voilà. »

Etudiante : « Et pourquoi tu n'apprécies pas le bureau ? »

IDE 2 : « Le bureau tu sais, je pense que tu t'en sers quand vraiment... pour moi c'est comme une barrière en fait. Et c'est vrai que d'être derrière un bureau tu te sens protégée peut être par rapport au détenu, mais honnêtement moi je l'utilise très très peu parce que j'en ai pas besoin et que je trouve que la distance se fait très simplement, chacun sur un fauteuil. Et après le bureau peut servir des fois dans certaine situation où c'est très compliquée. Mais moi dans ma profession d'infirmière j'en ai très peu besoin. »

Moi : « D'accord. Qu'est-ce qu'elle permet selon toi cette distance physique dans la relation soignant soigné ? »

IDE 2 : « Déjà le respect, et puis voilà faut pas tout confondre on est dans un lieu de soin. Je ne suis pas leur maman, leur petite copine, je suis vraiment la soignante. Et de se dire pourquoi je suis là, après au début il y en a beaucoup que tu dises pour les remises de peines, les RPS, notamment au centre de détention, chez les adultes. Chez les jeunes c'est un peu moins ça, eux ils me disent bas ça me sort de cellule, ça fait du bien de venir vous voir, je suis pas dans ma cellule. Bon voilà après tous les prétextes sont bons. Voilà je pense que c'est le principal. »

Etudiante : « D'accord. Du coup au niveau des facteurs d'influence, au niveau environnemental, selon toi, en quoi le milieu carcéral peut être limitant ou favorisant la relation soignant-soigné ? »

IDE 2 : « Bas limitant parce qu'en fait on leur dit de venir dans le service de soin pour avoir des remises de peines, on a beau se battre contre ça et bien ça fait partie quand même des choses. Et s'ils veulent des certificats pour passer en commissions ils doivent venir au centre. Après il y en a qui sont honnête, d'autres qui sont moins honnête en te disant que oui oui ils ont envie de travailler sur eux... enfin déjà si ils disent travailler sur eux, déjà ça tilt un peu. Et voilà je pense que dans le milieu carcéral on peut psychologiquement travailler avec eux, c'est possible. C'est vrai que le cadre est inhabituel, en tant que soignant, mais le cadre aide certain à s'y mettre, à s'y confronter alors que peut être à l'extérieur ils l'ont jamais fait. Et même si au début c'est voir la soignante, sortir de cellule et gagner des jours comme ils disent, et bien au fur et à mesure tu te rends compte qu'il y a vraiment une relation qui s'installe et puis il y a un vrai travail psychique. Et nous on peut, alors on ne va pas tout résoudre, mais on peut bosser sur certaines choses qui font que la vie les as emmené en détention quoi. Pour certain c'est l'occasion de... comme le quartier disciplinaire convient à certain, le fait de les cadrer. »

Etudiante : « D'accord. Au niveau de la relation triangulaire, comment tu ressens la présence des surveillants pénitentiaire ? »

IDE 2 : « Ça me pose pas de souci moi parce que je suis claire avec eux et ils sont clairs avec moi. Je sais ce que je fais, je sais leur dire quand leur présence n'est pas nécessaire et je sais très bien qu'on en a besoin. Donc j'ai pas de souci avec eux. Et voilà si on bosse en pleine intelligence, donc il y a pas de souci, après il y a toujours ceux qui sont... un peu plus compliqué à gérer, dans ces cas là je pense qu'il faut pas hésiter à dire les choses, je suis plutôt cash donc voilà, il n'y a pas de souci avec eux. »

Etudiante : « Est-ce que tu notes une différence ou pas dans la relation avec le patient quand ils sont là ? »

IDE 2 : « Oui c'est différent, ça c'est clair. Après plus au niveau du centre de détention, chez les adultes. Après chez les adolescents, tu sais comme c'est des binômes éducateurs et surveillants, ils sont habitués en fait à les voir, ils sont max 40 et ils les connaissent. Donc c'est vrai qu'ils ont un lien avec les surveillants que n'ont pas les autres détenus au niveau de la maison d'arrêt ou au niveau du centre de détention. »

Etudiante : « Le fait de les côtoyer souvent, ils sont plus naturels ? »

IDE 2 : « Voilà. »

Etudiante : « Ok. Au niveau du rôle infirmier, est-ce que l'environnement carcéral influe sur ton rôle soignant ? »

IDE 2 : « Pas du tout. Je suis soignante comme je l'étais à l'extérieur. »

Etudiante : « Et est-ce que tu notes une différence dans tes fonctions par rapport à celle que tu as apprise à l'école ou dans d'autres... ? »

IDE 2 : « Oui oui c'est différent parce que tu n'as pas que l'hôpital. A l'hôpital c'est que des soignants, ça s'adresse aux soignants, que là au niveau de la pénitentiaire, ça s'adresse aux soignants, à la pénitentiaire, aux éducateurs ... Donc tu as pleins de ministère en fait qui sont représentés et que effectivement on ne peut pas bosser comme à l'hôpital. Le but du jeu c'est quand même des gens qui viennent pour être incarcérés, qui

ont fait des trucs voilà, tu as beau dire j'oublie pourquoi ils sont là, bas non. C'est pas des patients basiques de l'hôpital, et donc tu as un rôle en tant que soignante et il y a plein d'autres acteurs aussi, donc il faut faire avec. Et toi effectivement tu es dans le soin, après il y a celui qui s'occupe de ça, celui qui s'occupe de ça, et je pense que s'il y a un respect mutuel de tout ça on devrait bosser en bonne intelligence. Mais il y a toujours des enjeux de chacun, c'est jamais simple. »

Etudiante : « D'accord. Et au niveau des différentes représentations, est-ce que tu as pu ressentir de la méfiance envers certain patient ? »

IDE 2 : « Vis-à-vis de moi ? »

Etudiante : « Enfin est-ce que toi tu t'es sentie méfiante ? »

IDE 2 : « Ah mais de toute façon il faut toujours faire attention. T'arrives pas non plus cool la vie. Même si tu as l'air détendu il faut toujours être vigilante, comme on l'est en psychiatrie. En psychiatrie tu vas pas me dire que tu vas bosser en service fermé, comme j'ai pu faire pendant des années, voilà tu arrives tu sais ce que tu as à faire comme boulot, c'est pas sans risque donc il faut toujours que tu aies ça en tête. Après faut pas non plus que ça soit omniprésent et que tu ne penses qu'à ça. En tout cas voilà je sais pourquoi ils sont incarcérés, je connais aussi les profils, et puis ça dépends lesquels où effectivement je fais plus attention. Mais après c'est de la vigilance soignante qui est tout à fait normale en milieu carcéral. C'est tout, et après tu sais très bien que ça peut partir en vrille assez rapidement quand ils sont agités, qu'ils viennent pour revendiquer, qu'ils se sont scarifiés où tu dois intervenir en cellule pour une injection ou une hospitalisation. Après tout est codifié, et donc normalement tu peux aussi t'appuyer sur des codes, à la fois du côté soignant que du côté pénitentiaire. »

Etudiante : « En terme de sécurité tu as quoi comme moyen ? »

IDE 2 : « Bas du coup tu as l'API, c'est comme en psychiatrie en fait l'alarme. Tu as des coups de poings aussi dans les salles d'entretien. Après au niveau des déplacements, la plupart du temps tu es accompagnée d'un surveillant. Je pense qu'on est plus en sécurité en fait en détention, qu'on ne l'est en psychiatrie. »

Etudiante : « D'accord ok. »

IDE 2 : « Après si tu vas bosser avec la peur au ventre, tu arrêtes tout de suite quoi. »

Etudiante : « Oui c'est sûr. Est-ce que tu vois une différence notable entre la théorie enseignée à l'école et la pratique ? »

IDE 2 : « Bas c'est-à-dire que c'est un milieu assez particulier. Effectivement moi, quand j'ai été diplômée, j'ai commencé à bosser en psychiatrie et voilà c'est en adéquation avec la formation que j'ai pu avoir. Après je suis arrivée j'avais pas 20ans en détention, je suis venue j'avais 40ans. Tu as quand même un cursus derrière toi, ce qui fait que tu appréhende les choses différemment. Mais on te prépare pas à exercer en milieu carcéral, après c'est à toi de te former sur le terrain avec l'expérience que tu as aussi. C'est ça qui fait que tu as les assises pour bosser en détention. Et puis c'est pas un choix que tu fais sur un coup de tête quoi, voilà je sais pourquoi je suis venue bosser là. »

Etudiante : « D'accord. Est-ce que tu t'es déjà sentie affectée par certaines situations ou histoires de vie ? »

IDE 2 : « Oui mais voilà tu sais toutes les histoires de vie sont compliquées, après sur certaines histoires tu te dis bon lui il a cumulé. Je pense qu'en tant que soignant tu as la distance pour pas t'écrouler, parce que si tu t'écroules à chaque situation compliquée bas tu changes de boulot. Je ne dis pas que ça ne m'affecte pas, effectivement je l'ai en tête mais après il ne faut pas rester là-dessus. Faut se dire aussi que si tu veux que le détenu puisse progresser, évoluer et puis sortir de ça, bas toi en tant que soignant il ne faut pas rester bloquer là-dessus. Il y a l'histoire, il y a ce qu'il s'est passé mais tu peux proposer des solutions pour qu'il puisse s'en sortir. C'est voir qu'il y a des possibilités pour autre chose. Il faut faire la bascule entre leur histoire, ce qui les emmène en détention et puis après aussi comment on les accompagne vers autre chose, tout en sachant qu'on va pas tous les sauver, faut être clair au niveau soignant. On ne fait pas des trucs miraculeux. »

Etudiante : « Ok bas c'est bon pour moi. »

Entretien IDE 3

Entretien fait par téléphone le lundi 27 mars à 18h.

Durée : 55min 14s.

Présentation faite avant le début de l'entretien. Donc Mr T. infirmier au SMPR de la maison d'arrêt.

Etudiante : « Ecoute du coup je vais te demander d'abord de te présenter un peu avec ton parcours professionnel. »

IDE 3 : « Ouais. Bas écoute moi je suis infirmier depuis 2010. J'ai fait du somatique pendant 2ans et demi, avec des petites coupures mais bon voilà en gros. Donc j'ai fait de l'hématologie de nuit pendant 1an, j'ai fait pendant 4mois et demi de la suppléance sur le pôle ostéo-articulaire au CHU. Auparavant j'ai travaillé un peu en CDD dans des hôpitaux locaux, plutôt des services gériatriques, unité de soin longue durée et puis médecine gériatrique quoi. Et puis après je suis arrivée du coup en psychiatrie, il y a 3ans et demi maintenant, donc en 2013, voilà. Et du coup voilà ça fait depuis fin octobre que je suis en hôpital de jour à la maison d'arrêt. »

Etudiante : « D'accord ok. Et tu as eu une formation spécifique pour travailler dans ce milieu-là ? »

IDE 3 : « Pas du tout, non non. Moi j'avais fait, en fait j'ai fait deux stages de comparaison, un au CSAPA et un en hôpital de jour, donc c'était il y a à peu près 2ans. Et puis, du coup ils m'ont contacté directement après pour proposer le remplacement en fait de plusieurs mois, d'une collègue qui était partie en formation en fait. Dans ce cadre-là. »

Etudiante : « Oui d'accord. Du coup j'ai un thème sur le milieu carcéral. »

IDE 3 : « Ouais. »

Etudiante : « Comment tu décris le milieu carcéral toi ? »

IDE 3 : « Au niveau du soin tu veux dire ou de manière générale ? »

Etudiante : « Euh en général, sur la structure ? »

IDE 3 : « Bas la prison du coup ouais, toujours la prison. Milieu carcéral c'est vrai que c'est... le terme prison est un peu plus brutal on va dire que milieu carcéral. Mais oui oui, bas du coup euh... Bas un endroit fermé... fermé et puis assez confiné en fait, je trouve. Et puis euh... ouais c'est spécifique parce qu'effectivement on rentre dans une autre institution étatique avec la pénitentiaire. Donc voilà, moi je vois un peu... et puis du coup l'hôpital, enfin l'hôpital, le service de soin est intégré dans une institution qui est autre que celle du soin, qui est la pénitentiaire quoi. Après moi personnellement, je me suis facilement adapté je pense. C'est une spécificité effectivement la prison, dans sa population rencontrée, mais voilà... ça m'a pas posé trop de souci en fait pour m'intégrer dans ce dispositif là. »

Etudiante : « Oui parce que tu ne rentres pas pareil, en prison qu'à l'hôpital.. »

IDE 3 : « Voilà, il y a effectivement toutes les accréditations, le fait de pouvoir être bloqué pour x raison parce que c'est le moment de transfert ou les parloirs ou machins. Donc voilà, mais oui oui, moi ça me pose pas trop de souci en tout cas. »

Etudiante : « D'accord ok. Est-ce que tu pourrais me parler des différentes structures carcérales qu'il y a ? »

IDE 3 : « Euh bas moi je connais pas forcément trop le centre de détention, j'y suis allé deux fois dans le cadre de réunion multi-site. Une fois en stage par comparaison en CSAPA, dans l'addicto. Donc bon si le CD, le centre de détention j'y suis allé et je trouvais ça limite plus impressionnant en fait, parce que les détenus circulent assez librement dans les couloirs. C'est, c'est différent et puis psychologiquement généralement c'est des peines relativement longues, c'est des gens qui ont déjà été condamnés. Après c'est des sentiments comme ça sur des rencontres assez brèves de ces structures là en fait. Je ne suis pas allé à l'EPM encore, donc je ne sais pas du tout ce que ça donne. La maison d'arrêt moi je suis très beaucoup, enfin moi comme je suis sur l'HDJ, du coup on est quand même beaucoup sur le lieu de soin SMPR. Donc là effectivement c'est différent parce qu'on est dans la maison d'arrêt quand on est au SMPR, dans le bâtiment de maison d'arrêt, d'incarcération. Du coup il y a beaucoup plus d'interférences par les surveillances, pour des questions pratiques d'ordre pénitentiaire. Du coup c'est beaucoup plus difficile de tenir une activité dans la durée parce qu'ils peuvent t'interrompre comme ça, en rentrant dans la salle pour x raison. Ce qui se fait très très rarement dans le SMPR en activité. »

Etudiante : « Ok. »

IDE 3 : « Voilà. »

Etudiante : « Justement au niveau de la population qui est incarcérée, enfin quels types de besoin tu as identifié ? Des besoins généraux vraiment ? »

IDE 3 : « Besoins généraux euh... Beaucoup de besoin, de besoin social. »

Etudiante : « Ouais. »

IDE 3 : « Euh... besoin euh... dans l'accompagnement aussi, dans l'acceptation entre guillemets de l'incarcération. Surtout. Après au niveau personnalité ... beaucoup de troubles de la personnalité chez les patients... »

Etudiante : « D'accord, au niveau des pathologies c'est beaucoup de troubles de la personnalité ? »

IDE 3 : « Ouais je trouve c'est surtout ça, après il y a de la psychose, bien sûr des psychotiques etc... Mais il y a beaucoup, enfin moi je trouve qu'il y a beaucoup de ... ouais de troubles de la personnalité. »

Etudiante : « Oui d'accord. Au niveau des besoins c'est plus des besoins... enfin qu'est-ce que tu entends par besoins sociaux ? »

IDE 3 : « Bas souvent c'est des gens qui sont un peu, même bien désinséré, des gens qui sont dans la précarité. Des gens qui ont des parcours plutôt chaotiques avec des zones, des périodes d'errances, des SDF. Des choses comme ça, ou des problèmes d'addictions aussi beaucoup. Ouais donc des gens qui ne sont pas stabiliser socialement parlant quoi. Donc avec des problèmes de logement, de travail, des problèmes d'insertion, des problèmes de séparation entre guillemets aussi au niveau de la famille, ils ont du mal aussi à être séparé de leur famille. Donc voilà. »

Etudiante : « Ils sont un peu coupés de tout ça un fois incarcéré en fait ? »

IDE 3 : « Voilà c'est ça. Il y a une rupture social qui se fait, et euh... familial aussi généralement. Et c'est aussi l'origine de trouble, d'angoisse, de mal être effectivement, de perturbation de la dynamique familial on va dire. Et fluctuant aussi selon la peine ou les délits aussi forcément qui ont été commis et qui influe sur leurs peines qui peuvent être plus ou moins longues. »

Etudiante : « Oui bas oui d'accord. Au niveau des services de soin du coup, comment ils se coordonnent les différents services SMPR, UCSA et CSAPA ? »

IDE 3 : « Bas en fait le CSAPA c'est plutôt de manière assez informel parce que les gens, c'est vrai qu'il y a l'ambulatoire, l'hôpital de jour et le CSAPA. En sachant qu'il y a une réunion le vendredi, avant le week-end, et le lundi, après le week-end. On reparle des situations de certains patients, qui sont parfois pris en charge de manière, plus ou moins coordonné, entre l'UCSA, le CSAPA et le SMPR. Et tu peux retrouver en transversalité des addictions, voilà, des troubles du comportement, voilà. Tu peux donner des triples prises en charge médicale. Donc tu as des gens qui vont en addicto avec un médecin addictologue, et un suivi UCSA plus en somatique. »

Etudiante : « Ouais d'accord. »

IDE 3 : « Par exemple la méthadone est donnée exclusivement par l'UCSA, ils peuvent être suivi par le CSAPA mais c'est l'UCSA qui distribue la méthadone. Euh ... du coup ouais c'est deux réunions la vendredi et le lundi qui permettent de parler des différents incarcérés patient, et qu'ont des problématiques ou des transmissions à faire par rapport à leur mal être ou des changements de traitements ou des demandes spécifiques. Donc c'est deux réunions un peu de régulation.»

Etudiante : « Oui d'accord, où vous transmettez les infos nécessaires. »

IDE 3 : « Voilà, tels problèmes, tels patients a changé de méthadone, ou tel patient va pas bien, est-ce qu'il peut être revu par un médecin. Voilà. »

Etudiante : « D'accord ok. Et au niveau des objectifs de ton service du coup, est-ce que tu peux m'en parler ? »

IDE 3 : « Sur l'hôpital de jour ? »

Etudiante : « Ouais. »

IDE 3 : « Euh... l'hôpital de jour, les objectifs c'est... Bas premièrement une des grandes indications de l'HDJ c'est des gens qui supportent peu l'incarcération, une incarcération compliquée avec ce qu'on a dit tout à l'heure avec les ruptures familiales par exemple. Le choc de l'incarcération, pour certains c'est une première détention. Et du coup c'est une sorte de... Enfin moi je vois l'objectif c'est de ré-humaniser un petit peu les échanges, les échanges sociaux en général. Parce que bon la spécificité de la prison c'est effectivement que les gens deviennent des numéros d'écrous et c'est très très déshumanisant et très dépersonnalisant comme régime, puisque qu'il y a une masse de détenu et qu'il y a beaucoup moins de considération humaine entre guillemet. Donc le service il a un peu de sous pape de ré-humanisation où les gens sont re-narcissés quelque part dans nos services, parce que nous on a un rapport... nous on vient de l'extérieur, on n'est pas de la pénitentiaire, et du coup on aborde forcément des choses par les médiations

thérapeutiques. Mais même dans les rapports humains en général, ils se sentent reconsidérés quoi. Du coup ouais les objectifs de l'hôpital de jour, ouais c'est la ré-humanisation des rapports humains, je pense. »

Etudiant : « Oui d'accord, revaloriser un peu en tant qu'être humain quoi ? »

IDE 3 : « Voilà, et c'est souvent, ils sont souvent assez sensible à ça. Ça leur permet aussi par la suite, de beaucoup plus supporter l'incarcération. En sachant qu'ils ont toujours l'hôpital de jour, ici par contrat renouvelable, c'est ponctuel même certains restent un peu plus longtemps. C'est une prise en charge en cas par cas, personnalisée. Mais la porte est toujours là, s'ils sortent de l'hospitalisation en hôpital de jour, ils peuvent toujours redemander, après sous couvert d'acceptation du médecin, mais ils peuvent toujours redemander de revenir par la suite s'ils se sentent pas très bien. Et aussi parfois, quand les gens ont été... ils existent aussi des hospitalisations séquentielles, où les gens si tu veux, régulièrement reviennent. Ils peuvent venir trois semaines, ... c'est des contrats de trois semaines et ils repartent en détention et reviennent. Il y a des choses comme ça. Des gens qui demandent un peu plus d'étayage. Après il y a des gens qui ne reviennent pas, ça dépend. Ils redemandent après une situation qu'ils vivent mal. Après il y a des indications, enfin... Il y a beaucoup de mise en protection pour des gens qui sont vulnérables, qui sont maltraités en détention classique, et du coup il y a une possibilité de mise à l'abri en hôpital de jour. Après en creusant un peu il y a d'autres problèmes qu'on trouve en fait, et du coup on attaque d'autres choses aussi. Voilà. »

Etudiante : « D'accord. Du coup après c'est plus autour de la distance relationnelle. Pour toi quelles sont tes valeurs personnelles et après quelles sont tes valeurs professionnelles ? »

IDE 3 : « Alors les valeurs personnelles par rapport à la distance... »

Etudiante : « Euh... Tes valeurs personnelles enfin en terme général, dans les soins et tout ça ? »

IDE 3 : « Dans les soins, bas moi je trouve que... Bas qu'on n'est pas à l'hôpital, on est en prison. Un petit peu en parallèle de l'hôpital, on a des gens qui sont hospitalisés assez longuement. Et qui sont coupés un peu du monde dû par rapport à leur situation de santé. Moi j'ai toujours vu le métier d'infirmier comme nous on vient de l'extérieur donc on ramène un peu cette fraîcheur de l'extérieur. Et je pense qu'on apporte pour les gens incarcérés comme ça, c'est un peu de l'énergie de l'extérieur, et voilà. On présente un peu une rupture avec eux ce qu'ils vivent au quotidien, c'est-à-dire l'enfermement et ... ouais l'enfermement. »

Etudiant : « et toi du coup toi tu arrives avec tes valeurs personnelles dans ton travail à.. »

IDE 3 : « Oui oui, moi je considère que... quelque part, j'arrive de l'extérieur donc je me dois d'arriver avec une certaine énergie de l'extérieur qui leur ai bénéfique. Voilà mais ça ... que ce soit en prison ou à l'hôpital. Je ressentais ça plus en somatique avec des gens alités tu vois, qui peuvent pas sortir de l'hôpital pendant des semaines et des semaines. Après au niveau de la distance, j'ai travaillé dans le social au niveau de mes études, donc je travaillais plutôt avec des adolescents... donc en fait c'est ça c'est l'équilibre un peu pour créer, parce que le but c'est de créer du lien et du lien de confiance. Et pour ça on peut pas entre guillemets se blinder et ne rien donner de soi. Donc à partir de là il faut donner avec parcimonie les choses personnelles, mais de manière adaptée et sélectionné... euh... et contrôlée. Du coup moi, je me permets parfois de parler de choses personnelles et généralement ça peut créer effectivement une sorte de confiance parce que les patients, en général, sont assez sensibles à ça. Euh... Quand ils voient que tu parles de ta vie... »

Etudiante : « Ça te fait un peu comme un échange du coup ? »

IDE 3 : « Ouais un peu. C'est une horizontalité, enfin moi je trouve qui est assez importante, que les gens sentent t'es pas au-dessus d'eux, que toi aussi tu as des intérêts, que tu as une vie de famille, à l'extérieur avec des passions à titre de voyage ou des choses comme ça. Et de partager ça, ça peut créer un lien de confiance pas inintéressant pour travailler. »

Etudiante : « Du coup pour toi la confiance c'est important ? »

IDE 3 : « Ah bas oui, moi je pense que sans confiance, sans authenticité aussi tu ne peux pas créer un lien vraiment. Ah ah, je ne vois pas si tu veux ce que je veux dire. Après c'est pas dire tout et n'importe quoi tu vas pas parler du repas de famille avec tes grands parents, tu sélectionnes. Mais il y a des moments effectivement ils sont assez sensibles à ça. »

Etudiante : « Et du coup tes valeurs, elles sont confrontées comment... »

IDE 3 : « Bas moi mes valeurs principales, c'est des valeurs en tant que toi soignant, pour moi. Un patient c'est une personne à part entière, et à partir de là il n'y a aucun jugement à avoir, ni en prison, ni dans un centre de soin, ni dans un hôpital. Donc c'est vraiment la personne à part entière et digne de respect si tu veux. De respect et forcément dans cette personne là il y a forcément des choses positive, et il faut savoir en tirer pour pouvoir avancer. Quand c'est plus compliqué, avec des contre transferts négatifs tu sais, peut être un peu lui... C'est pas que je l'aime pas mais j'ai du mal, ça peut être plus compliqué. Et c'est de sortir un peu de ça qui peut être piégeux pour le prendre soin, et de trouver toujours des choses positives. Quelques

éléments positifs dans les personnalités des gens que tu rencontres, et à partir de là normalement avec les gens c'est du positif pour du positif. »

Etudiant : « Et ça s'adapte bien au contexte carcéral tout ça ? »

IDE 3 : « Ah bas oui, ouais... ouais ouais. Et c'est vrai que même la psychose après ou les psychotiques qui sont super sensitifs généralement, ils sont très sensibles à ça. Je trouve que généralement c'est quelque chose qui marche plutôt bien ça. Ils le ressentent ça, et à partir du moment où ils sentent qu'ils sont un peu sur le même pied d'égalité quelque part avec toi, bas ça permet de dépasser les préjugés et ils te voient pas comme une instance supérieur à eux. »

Etudiante : « D'accord. Et est-ce que tu as une réglementation spécifique qui encadre la profession dans le milieu carcéral ? »

IDE 3 : « Euh... ouais il y a des choses que tu peux pas... alors attends parce que c'est pas trop frais... des choses que j'ai un peu découvertes au fur et à mesure. Ouais bas par exemple, dans le milieu carcéral tu ne peux pas donner des choses aux patients comme ça, tu ne peux pas donner des cadeaux, bon ce qu'on ne fait pas non plus à l'hôpital. »

Etudiante : « Mais c'est vraiment rappeler du coup ? »

IDE 3 : « Ouais, tu vois les échanges, des téléphones portables, bon nous on n'a pas le droit de le rentrer à l'intérieur. Mais il y a une réglementation qui fait qu'il y a certaines choses que tu ne peux pas faire. Par exemple je suis en entretien, si un patient me demande de téléphoner à sa famille directement, dans certaines conditions ça peut se faire mais autrement de ton propre chef non c'est pas faisable. »

Etudiante : « Ouais. Et du coup toi ton rôle au sein du service exactement ça va être quoi ? »

IDE 3 : « A l'hôpital de jour on a des références au niveau des patients, donc après c'est l'accueil du patient. Après c'est le suivi, qu'on soit avec le médecin, on a un gros travail de partenariat avec les médecins, on peut se répartir un peu la charge des entretiens. Et puis ré évaluer aussi le besoin d'entretien. Donc c'est assez partager, après le médecin reste le médecin avec ses spécificités de prescriptions et de conduite d'entretien médicale. Nous du coup ça nous permet aussi, d'explorer parfois ce qui ne peut pas être exploré en entretien médical, par manque de temps. Et après bas oui, c'est vrai que nous on n'est pas sur la vie quotidienne parce que c'est vrai qu'elle est gérée par la pénitencière. Donc il y a pas de repas partagé... enfin si le repas thérapeutique mais c'est une fois par mois. Mais tout ce qui est vie quotidienne classique, nous on a très peu d'interactions avec ce qui se passe, dans leur cellule etc... on est beaucoup moins interventionniste qu'à l'hôpital, on n'a pas une surveillance la nuit. Donc nous notre rôle soignant c'est l'accompagnement, créer un projet de soin en lien avec les objectifs du patient. Et puis après voilà, c'est suivre les objectifs, évaluer, ré évaluer, prendre la décision aussi lors des réunions cliniques hebdomadaire, on choisit des médiations qui nous paraisse intéressante par rapport au profil des patients. Après on fait aussi de la surveillance de la douleur pour les personnes qui peuvent avoir des problèmes somatiques, style dentaires. Mais après c'est vrai que généralement on leur conseille d'écrire à l'UCSA, on fait bien la différenciation entre problèmes psychiques et somatiques. On prend pas de prise de sang, on prend parfois la tension mais on ne fait pas de gestes techniques a proprement parlé, on peut faire un pansement comme ça vite fait, mais autrement c'est l'UCSA. Toutes les demandes pour UCSA ou même l'assistante sociale, ils doivent faire un courrier écrit. »

Etudiante : « Et du coup quels éléments tu mets en place pour communiquer avec le patient, au niveau de tes attitudes et tout ? »

IDE 3 : « Alors du coup ce qui est un peu compliqué, ce qui change beaucoup par rapport aux services de soin classiques, c'est comme ce que je disais tout à l'heure, il y a pas de vie quotidienne. Donc il y a très peu de moment informel, tout se passe exclusivement en entretien et en médiation. Tu as du lien dans quelque chose qui est très normée avec un cadre qui est très définit. En sachant que bon les entretiens... il y a pas de moment informel comme dans les services. Et après si il y a quand même des espaces de soin où on prend les tensions et des poids, et là ça peut être aussi un vecteur, un peu comme un service de soin classique, mais de paraître un peu moins formel qu'en entretien. C'est les trois axes vraiment où l'on peut créer du lien en fait. Après ça demande, des entretiens, de savoirs ce que tu vas aborder, ce que tu vas ré évaluer... »

Etudiante : « Oui, les entretiens se passe dans un bureau ? »

IDE 3 : « Ouais, dans les bureaux ou comme je te disais moi ça m'arrive de faire un entretien un peu informel autour d'une prise de tension. C'est de l'entretien mais moins... c'est pas formaliser par le bureau. C'est surtout ça, mais c'est vrai que tu peux passer deux jours sans voir le patient. Alors le matin c'est pareil, on donne le traitement mais les surveillants sont présents, bon tu peux discuter un peu mais après, c'est pas dans le cadre du secret médical parce que tu as un tiers qui est là donc c'est un peu délicat.

Faut faire attention, quand les discussions commencent à devenir un entretien sur une problématique médicale, du coup généralement tu interromps et tu dis bas non vaut mieux qu'on se voit dans un bureau. »

Etudiante : « Ouais il y a une réglementation particulière du coup en terme de confidentialité ? »

IDE 3 : « Ah bas oui ça reste un secret médical. Tu vois les surveillants sont pas à même d'entendre théoriquement ce genre de chose. C'est entre le soignant et le patient quoi. »

Etudiante : « Il y a pas de forme de secret partagé avec les surveillants pénitenciers ? »

IDE 3 : « Non, non, théoriquement il y en a pas du tout. Après ça c'est un peu la difficulté aussi, c'est qu'on peut avoir des interactions négatives entre certains surveillants et certains patients. Tu peux avoir des surveillants, effectivement qui ne sont pas soignants et qui ne sont pas censés connaître la pathologie et la clinique. Du coup on peut avoir un peu des réactions en miroir par rapport à de la persécution par exemple, et de la confrontation un petit peu direct avec le patient. C'est relativement rare parce que les surveillants qui travaillent en hôpital de jour, sont un peu sélectionnés entre guillemets, il y a pas de formation spécifique, mais ils sont un peu sélectionnés entre guillemets pour leur capacité d'écoute et une certaine ouverture d'esprit, pour ne pas avoir des gens trop rigides. Mais du coup, parfois tu es obligé d'expliquer un peu la physiopathologie de la pathologie un peu... on sous-entend un peu genre vous prenez pas trop la tête avec lui parce que en ce moment il est pas bien. Après c'est avec parcimonie et tu ne rentres jamais trop dans le détail quoi. Après euh... sur le devenir bas c'est pas forcément... les surveillants savent qu'ils vont à l'USA par exemple, unité de soin adapté je crois. Et parfois ils sont en connaissance du devenir du patient, mais après ils sont pas trop dans le détail de la prise en charge, de ce qui se passe dans la médiation quoi. On évite d'étaler forcément, et puis c'est une histoire de confiance aussi avec les patients, si les patients se rendent compte que tu racontes leur vie aux surveillants bon... je pense que ça va pas très loin après quoi. »

Etudiante : « Ah oui ok. Hum... du coup dans ta pratique, quelles émotions tu as pu ressentir toi ? »

IDE 3 : « Des émotions dans ma pratique... bas parfois de la peine, il y a des situations touchante hein. De la peine parce qu'il y a des histoires de vie compliquées, il y a quand même beaucoup de misère, de misère affective, de misère sociale. Des gens avec vraiment des parcours de vie compliqués. Et d'où aussi ne pas juger trop rapidement les gens, euh... même parfois par rapport au délit qu'ils ont commis. »

Etudiante : « Ouais tu as tout le contexte autour. »

IDE 3 : « Bas oui parce que après ils ont une peine à faire et ça reste tout à fait justifié. Mais ça reste quand même toujours un échec sociétal quelque part, tu vois, ils sont enfermés. Et puis on a quand même pas mal de jeune aussi, des jeunes bien perdus et sans réels repères, et c'est vrai que la prison c'est le dernier maillon de la chaîne un peu comme l'hôpital. Donc bas des exclus... *il rit* ... des exclus. Donc de la peine hein quand même, de la peine et puis quoi d'autres... de la colère parfois aussi. »

Etudiante : « Toi en tant que soignant ? »

IDE 3 : « Ouais, un peu de la colère, enfin de la colère raisonnée quoi. Il y a des gens qui ne devraient pas être en prison quoi donc. »

Etudiante : « Une forme d'agacement quoi ? »

IDE 3 : « Ouais d'agacement, parce qu'on revient un peu dans un système où les gens qui dérangent ou qui sont pas comme les autres, et bien on essaie de les mettre de côté quoi. Et il y a des profils effectivement, où la prison je pense prend le relais de l'asile qui n'existe plus en France si tu veux depuis plusieurs années. Mais il y a des patients que moi j'ai rencontré à l'hôpital en service fermé et je les ai retrouvés en prison quoi. Et en fait ils font des allers-retours entre l'hôpital et la prison quoi. Il y a plus d'établissement adapté... de prendre en soin adapté pour ces gens là quoi. Donc voilà quoi une insatisfaction de ce côté-là. Il y a des dysfonctionnements un peu... donc forcément ça met un peu en colère parfois. »

Etudiante : « Ouais bien sûr. Et au niveau des émotions des patients que tu as pu percevoir ? »

IDE 3 : « Bas euh... du désespoir, du coup la dépression. Du coup des gens qui sont cassés moralement, très dans l'auto-dévalorisation, très dans la culpabilité dans ce qu'ils ont fait parfois, mais parfois il y a un sentiment de culpabilité. La colère aussi hein forcément, de la tension intrapsychique beaucoup. Des gens qui peuvent se faire du mal, grosse souffrance psychique effectivement. Ouais grosse angoisse aussi forcément, des angoisses aussi massives, et puis beaucoup dans l'auto destruction effectivement. »

Etudiante : « D'accord. Et comment tu établis toi la distance physique entre toi et le patient ? »

IDE 3 : « Physique ? »

Etudiante : « Ouais. »

IDE 3 : « Bas physique, on se tape pas dans le dos, *il rit*. Non mais c'est vrai que... c'est un peu du cas par cas donc il y a un peu une forme de tolérance, c'est-à-dire que moi, on se fait toujours appeler par nos noms de famille, mais collègues c'est pareil. Certains patients dans certaines activités peuvent nous appeler par nos

prénoms, c'est relativement rare. Donc soit on réagit en disant non je préfère que vous m'appeliez comme ça, ou soit on peut laisser passer tu vois. Exceptionnellement, on va créer un lien de proximité comme ça. On peut faire semblant de pas avoir entendu. Après au niveau physique il y a quand même une distance, dans le sens on se sert la main tout ça mais ça va pas plus loin quoi. Bon en plus là, la prison... il y a pas de moment informel comme je te disais tout à l'heure, discuter sur un bac tu vois. Là c'est forcément en médiation ou en entretien, mais les rôles sont bien définis quoi. Il y a que le sport, la médiation sport où tu peux te retrouver un petit peu en horizontal parce que tu fais du sport avec eux. Mais après il y a pas besoin de trop repréciser, les patients te voient comme un infirmier, ils savent d'eux même créer la distance quoi. Donc généralement, ils sont relativement respectueux de ça, donc il y a pas besoin de les recadrer je trouve. »

Etudiante : « Et du coup qu'est-ce qu'elle permet selon toi dans la relation soignant-soigné, cette distance physique ? »

IDE 3 : « bas c'est le statut que tu as hein, ils te voient comme un infirmier. Je pense que le statut de soignant c'est quelque chose que tu retrouves un peu en transversalité dans les autres structures où j'ai pu travailler aussi. Tu as un respect du statut quoi. Et du coup ouais, tu as un respect assez naturel, en sachant qu'en plus ils viennent en hospitalisation libre en service de soin, donc s'il y a un manque de respect ou... un manque de distance, parce que le manque de distance c'est aussi un manque de respect, bon bas forcément au bout d'un moment ça peut faire capoter aussi le projet de soin hein. Mais c'est quand même super rare. Ça arrive plus avec des jeunes, parfois. Tu vois ils peuvent te tester et le test passe par la familiarité quoi. Après tu peux avoir à une familiarité mais qui est due aussi à la pathologie, des gens qui sont un petit peu désinhibés que tu peux trouver ça dans les troubles bipolaires ou comme ça, mais ça c'est facilement recadrable. Voilà. Ou sinon ouais je trouve que les gens sont assez respectueux. Après bas il y a des profils qui sont effectivement... qui vont peut-être essayer de mettre à mal ça en étant très familier mais c'est quand même relativement rare. C'est aussi ce qu'on dégage aussi, si on arrive à avoir une constance. Alors c'est toujours la complexité de la chose, c'est-à-dire qu'il faut être distant, en fait j'aime bien le terme aussi de bonne proximité tu vois, souvent on parle de bonne distanciation et on pourrait parler de bonne proximité aussi quelque part. Parce que la distance si tu veux c'est qu'on met déjà l'autre à distance, enfin tu vois ce que je veux dire. »

Etudiant : « Oui oui. »

IDE 3 : « On le met à distance c'est-à-dire qu'on l'éloigne, c'est quelque chose d'extériorisée. Alors que quelque part nous notre boulot c'est de créer du lien, et c'est plutôt l'inverse, c'est plutôt d'avoir la bonne proximité qui fait que après on peut travailler. Mais c'est je sais pas si c'est bon ce que je te dis. »

Etudiant : « Ouais si si c'est intéressant. »

IDE 3 : « Mais du coup ça veut dire aussi se protéger. Et là c'est vrai qu'il y a un patient il y a pas longtemps qui ne comprenait pas effectivement, qu'on ne soit pas plus proche, et que on soit pas ami et que si on était ami du coup peut être on pourrait travailler voilà. Mais là effectivement, tu es obligée de redire, bas non c'est mon travail, je suis infirmier, si je devais devenir ami avec tous les gens que je rencontre ici en tant que patient, on pourrait pas s'en sortir et moi je pourrai pas travailler. Il faut avoir effectivement une certaine distance pour ne pas être dans la fusion non plus. Tu trouves ça beaucoup chez les gens qui ont des troubles de la séparation, des troubles de la personnalité à type d'état limite. C'est une réévaluation toujours continuelle de ton rapport à l'autre, de ta distance et de ta bonne proximité en fait. Parce que du coup quand tu commences parfois à être un peu plus proche, où tu vas parler un peu de toi, les gens peuvent confondre ça tu vois, et du coup se mettre dans un rapport avec toi un peu plus ambigu quoi. »

Etudiante : « Du coup au niveau, mon dernier thème c'est plus les facteurs d'influence, en quoi le milieu carcéral il peut être limitant ou favorisant la relation soignant-soigné pour toi ? »

IDE 3 : « Bas limitant parce que forcément comme je te disais, ce qu'on peut connaître à l'hôpital en général, c'est tous les moments informels, les sorties extérieurs euh... voilà. Et du coup aussi la peine qu'ils ont, parce que du coup le soin est prison c'est quand même très particulier. Au niveau du devenir bas... on peut faire des formations en prison mais quand on a pris 20ans c'est un peu compliqué quand même de se projeter sur un avenir plutôt gay et sympathique quoi. Donc il y a ça, et en même temps paradoxalement, il y a des gens qui arrivent à entamer un travail, alors là on va plus parler de profil névrotique hein. Du coup du travail psychothérapeutique où parfois ils peuvent, ils peuvent à faire, oui un vrai travail psychothérapeutique avec un psychologue, où ils peuvent démêler certaines choses, un problème familiale, de l'attachement, de la séparation etc... Mais ouais je trouve que c'est beaucoup plus compliqué, en sachant que la prison n'est pas un lieu de soin à l'origine euh... voilà. Après ce qui est chiant parfois, c'est que je pense que paradoxalement les gens sont plus pris en charge de manière générale, mieux en prison qu'à l'extérieur. Donc ça a un effet

assez pervers, les gens se sentent du coup plus considérés en prison, parce qu'ils peuvent aller voir un médecin rapidement, un dentiste, psy ou assistante sociale. Du coup il y a des gens qui ont du mal à sortir de prison ou qui reviennent rapidement en prison. »

Etudiante : « Le fait qu'il y ai un cadre comme ça... »

IDE 3 : « Ouais, après les gens réalisent dans la prison, ils connaissent les codes, ils ont leur fonctionnement, c'est une micro société aussi la prison quoi. Ils ont un statut ici, qu'ils n'ont pas du tout à l'extérieur, c'est vrai qu'à l'extérieur ils ne sont rien, bas tout ce qui prise en charge sociale et d'accompagnement sociale et de soin, c'est de plus en plus compliqué. Et on retrouve souvent des gens en grande difficulté parce qu'ils disent ouais mais si j'ai pas de logement à la sortie, bas je vais recommencer et me retrouver en prison quoi. »

Etudiante : « et au niveau de la présence des surveillants pénitenciers, enfin tu le ressens comment leur présence toi ? »

IDE 3 : « Bas au début ça peut poser question, parce qu'on parler de secret médical etc... je me demandais quel attitude je vais avoir et puis aussi le regard que peuvent avoir les détenus par rapport à notre entente entre guillemets avec les surveillants... parce qu'on peut penser que s'il nous voit rigoler avec le surveillant avec lequel il s'est pris la tête la vieille, ça se trouve que c'est un mec qui est pas fiable, pourquoi je lui dirai des choses sur moi ... tu vois la confusion pourrait être là. »

Etudiante : « Pour toi ça pourrait nuire à la relation soignant-soigné ? »

IDE 3 : « Voilà. Mais du coup moi je ... bon j'ai des rapports assez cordiaux avec les surveillants, je suis un peu vigilant à pas me fendre la gueule quand je suis avec eux en ouvrant la porte, voilà. Après je pense qu'ils font quand même bien la part des choses, c'est pas des gens stupides et ils savent bien que nous, on est obligé de travailler avec les surveillants, mais que notre rôle c'est pas de leur parler du tout quoi. »

Etudiante : « Et l'environnement carcéral, est-ce qu'il influe sur ton rôle soignant à toi ? »

IDE 3 : « Euh... je pense qu'il influe forcément... comment dire ça, que je réfléchisse un peu. »

Etudiante : « est-ce que tu sens qu'il y a une différence dans tes fonctions en milieu carcéral et en milieu... »

IDE 3 : « Ah si si, ça influence forcément parce que comme tu les as pas sous les yeux comme dans un service d'hospit classique où on peut les voir quand ils veulent, s'ils ont des questions et tout ça. C'est assez parlant parce que tu peux être vite détaché du lien que tu as avec tes patients. Tu peux ne pas voir le patient pendant deux jours, ce qui est énorme et ce qui n'arrive jamais à l'hôpital. Donc là après c'est à toi de te réorganiser, et du coup ouais au début ça m'a fait un peu cogité et puis après tu t'organises en fait. Mais après je pense que ça influence pas tant que ça, on a quand même une logique soignante, comme je disais tu es sur tes fondamentaux un peu qui sont de créer du lien et c'est de travailler avec tes patients pour qu'ils aillent mieux. Donc à partir, de là voilà... c'est ton objectif principal, prison pas prison. Faut rester dans cet axe là. »

Etudiante : « Ouais. Et tu peux ressentir de la méfiance envers certains patients ? »

IDE 3 : « De la méfiance... Bas après tu vois par rapport au CD, j'en ai parlé avec une infirmière, ça faisait 20ans qu'elle était dans le milieu carcéral, et elle m'a dit tu peux avoir de la confiance mais faut toujours être sur ses gardes. C'est-à-dire que moi, je veux pas tomber dans quelque chose de trop méfiant, parce que si tu es méfiant, la personne en face de toi elle peut sentir que tu es méfiant et du coup elle te fais pas confiance, enfin tu vois c'est assez pervers. Mais ouais ça m'arrive à certains moments où je me dis faut pas que je sois trop en confiance, toujours se dire que ça peut mal se passer, certains moments faut prendre ses précautions, tu vas prendre un API pour un entretien, mais il y a 99,9% de chance qu'il se passe rien, c'est ce que je pense. Mais en même temps faut pas être trop confiant tu vois. J'ai l'impression que rien peut m'arriver, j'ai rarement peur si tu veux, j'ai rarement de l'appréhension avant de faire un entretien. Mais ça peut déborder donc protège toi quoi. Mais je suis pas quelqu'un de méfiant, je fais attention mais je suis méfiant. »

Etudiante : « D'accord. Et est-ce que tu t'es déjà senti affecté par certaines histoires de vie ou certains dossiers judiciaires ? »

IDE 3 : « est-ce que je me suis senti affecté euh... Ouais, ça m'ait arrivé une fois effectivement... ouais ouais du coup il y a des choses ou des gens comme ça qui affectent. On peut se demander pourquoi eux et tout ça. On va pas être mis réellement à mal mais ça fait réfléchir ouais... »

Etudiante : « D'accord ok. Et bien écoute j'ai fini pour ma part. Je te remercie beaucoup d'avoir accepté cet entretien et de t'être rendu disponible. »

IDE 3 : « D'accord. Et bien de rien, c'était intéressant, j'espère que j'ai pu répondre à tes questions. Je te souhaite une bonne continuation. »

Etudiante : « Merci beaucoup, au revoir. »

Entretien IDE 4

Entretien fait par téléphone le mercredi 29 mars 2017 à 13h30.

Durée : 38min39s.

Présentation faite avant le début de l'entretien. Donc Mme R. infirmière à l'EPM au niveau UCSA.

Etudiante : « Et bien déjà je vais te demander de te présenter un peu avec ton parcours professionnel. »

IDE 4 : « Ouais. Alors du coup euh ... J'ai 35ans, je suis infirmière diplômée depuis 2005. J'ai un parcours principalement gériatrique, en fait j'ai travaillé pendant 3 mois au début de ma carrière en soin de suite gériatrique. Après j'ai été en EHPAD, j'ai été 1mois en chir maxillo-facial, 2mois chez les brûlés en soin intensif. Et après j'ai réintégré les EHPAD du CHU, donc j'ai fait à la fois, jour, nuit et suppléance. Et j'ai travaillé pendant 4ans à l'unité cognitive et comportementale spécialisé dans les maladies Alzheimer et apparentées. Voilà là je suis arrivée sur l'UCSA de l'EPM en octobre où je suis à 75%. »

Etudiante : « D'accord, auparavant tu n'avais jamais travaillé dans le milieu carcéral ? »

IDE 4 : « Du tout, non. »

Etudiante : « Et tu as eu une formation spécifique pour travailler dans ce milieu-là ? »

IDE 4 : « Non du tout, c'est enfin sur l'expérience et puis sur le tas qu'on se forme quoi. »

Etudiante : « D'accord. Comment tu décrirais le milieu carcéral toi, au niveau de la structure, tout ça ? »

IDE 4 : « Au niveau de la structure bas... l'EPM c'est un petit peu différent, c'est une petite structure. Bas c'est un milieu hostile, c'est pas évident d'associer le soin à la détention et de travailler en collaboration avec la pénitentiaire parce qu'il y a un certain barrage par rapport à ce qu'on peut voir à l'hôpital. Des soins qui sont, qui pour nous font partie de la vie courante. Quand tu arrives en détention, il y a des choses qui paraissent simple à mettre en place, mais qui sont compliquées. Du coup c'est pareil au niveau collaboration, ça m'est arrivée au début quand je suis arrivée, d'intervenir dans une situation d'urgence. Quand tu intervies dans une situation d'urgence à l'hôpital ou dans un service hospitalier, tu as tes collègues qui sont là pour t'aiguiller, enfin te relater les faits, que là tu es obligée d'aller à la pêche aux informations, c'est un peu plus compliqué. Euh... Et puis ce que je trouve un peu compliqué aussi au début, en tout cas pour trouver la place, c'est la place du secret professionnel, jusqu'où tu... Bas qu'est-ce que tu peux divulguer ou pas aux surveillants en fait, et aux éducateurs. On est tenu au secret professionnel, mais à la fois c'est les éducateurs et les surveillants qui sont avec les jeunes la plupart du temps, et des fois ils ont besoin d'informations... Enfin ce qui est compliqué c'est jusqu'où tu peux aller dans la transmission d'information. Parce que des fois ils sont plus demandeurs que ce qu'ils devraient savoir. Et ça au début c'est un peu compliqué. »

Etudiante : « Il y a une forme de secret partagé avec les surveillants pénitenciers ? »

IDE 4 : « Bas chacun à son petit jardin secret entre guillemet. Après c'est un peu différent sur l'EPM parce que nous on assiste aux commissions arrivant, donc c'est une commission qui se fait avec la pénitentiaire, des éducateurs, des moniteurs de sport, du coup il y a le pôle santé mais il y a que l'UCSA qui y va, il y a pas le SMPR. Il présente la situation du jeune, que ce soit sur le plan familial, sur le plan judiciaire, donc la différence c'est que nous on sait pourquoi ils sont là. C'est pas forcément pareil sur le CD ou sur la maison d'arrêt, où c'est plus les gens qui livrent ce qu'ils ont envie de livrer. Nous ici, on est au courant de ce qui les amenait, des faits qui les ont amenés en détention. Après ça n'influe aucunement sur notre prise en charge mais du coup c'est à ce moment-là en fait, lors des commissions arrivant, où ils essaient d'avoir plus d'informations qu'ils devraient en avoir. C'est à ce niveau-là que c'est un petit peu plus compliqué au début. »

Etudiante : « Ouais c'est un peu différent. Et du coup tu connais particulièrement toi, l'établissement pour mineur. Est-ce que tu pourrais m'expliquer un peu comment il fonctionne du coup ? »

IDE 4 : « Alors, ils ont une capacité normalement de 40 places ou une quarantaine de places. Ce ne sont que des cellules individuelles réparties en cinq unités. Donc en fait, il y a une unité arrivant où ils restent pendant 7 à 10j. Et après il y a quatre unités, qu'ils appellent unité de vie, ils doivent être neuf ou dix par unité. Sur chaque unité, tu retrouves un binôme éducateur surveillant. Du coup euh... il y a l'intervention de l'éducation nationale, donc les jeunes vont en cours tous les jours. Il y a des séances de sport avec les moniteurs de sport, à raison de deux fois par semaine. Donc nous niveau du pôle santé, on les voit soit quotidiennement, soit deux fois par semaine ou une fois par semaine. On propose aussi des activités, on a nutrition santé où on fait de la prévention et de l'éducation au niveau alimentaire, et un autre sur les addictions et les conduites addictives. Voilà, après par le biais des éducateurs, ils ont aussi des ateliers qui peuvent être proposés. Euh... Ils ont accès à la bibliothèque. Je réfléchis pour oublier personne... Et ils ont une conseillère d'orientation aussi qui est à leur disposition. Du coup leurs journées sont par le majeur leur établit un planning à la semaine, du coup ils ont leur planning pour la journée dans leur cellule, le but de limiter au maximum l'encellulement. Euh... par rapport aux unités de vie, ils ont des moments de collectifs, notamment pour les repas. Voilà ce à quoi je pense. »

Etudiante : « Au niveau des besoins des détenus, qu'est-ce que tu as pu percevoir toi, quels types de besoin ? »

IDE 4 : « Euh... Besoin de prévention et d'éducation à la santé par rapport à certains thèmes, ça c'est certain. Des jeunes qui n'ont pas toujours l'accès aux soins. Euh... Du coup on a souvent des questions sur des thèmes récurrents qui reviennent, comme les problèmes de peaux, de sommeil, les troubles de l'alimentation parce que... nous en plus ici ils ont pas le droit de fumer dans l'EPM, donc on a un gros travail sur le sevrage de tabac et la prise de poids qui est, pas liée qu'à ça, mais qui en découle aussi. Euh... Bas du coup on a toute la problématique du sevrage addictif parce que comme je te disais, ils ont pas le droit de fumer. Il y a les consommations de stupéfiant à l'extérieur. Donc c'est des prises en charge par rapport à ça. En fait ils ont beaucoup d'idées reçues sur la santé et qui ne sont pas forcément toujours les bonnes, et par contre c'est un temps durant l'incarcération qu'ils prennent pour... davantage prendre soin d'eux, on a pu constater. Par contre ce qu'on peut constater aussi c'est que le moindre... Alors autant à l'extérieur ils sont pas trop à l'écoute de leur corps, que là le moindre petit signe d'alerte, enfin prend des proportions beaucoup plus importantes. Par exemple ils ont un bouton ça y ai c'est panique à bords. Ils sont plus à l'écoute de leur corps. Besoin relationnel aussi, apporté à la fois par le SMPR et l'UCSA. Besoin qu'on leur porte attention. »

Etudiante : « D'accord. Au niveau des types de pathologies, qu'est-ce que tu as pu rencontrer au niveau de l'EPM du coup ? »

IDE 4 : « Bas nous en fait ils ont pas forcément des pathologies... Enfin ils sont jeunes quoi, donc les problématiques c'est pas forcément les même que les adultes euh... Qu'est-ce qu'on peut rencontrer ? Bas les traumatismes liés à des accidents ou du sport, enfin il y en a pas mal qui ont des antécédents de fracture. Des asthmatiques, des allergies, en termes de pathologie on a pas... »

Etudiante : « Ouais c'est différent du centre de détention. »

IDE 4 : « Ouais c'est différent du centre de détention ou de la maison d'arrêt, où ils sont plus vieux et c'est pas les mêmes problématiques. Après il y a des pathologies psy mais bon c'est pas la majorité. Excuse-moi, juste j'y pense, on a un gros rôle dans le dépistage et la vaccination. Du coup on en profite pour mettre les vaccinations à jour et leur proposer le dépistage, chose qu'ils ne font pas forcément à l'extérieur et du coup le faire là ça permet de ... Et puis, du coup ils nous questionnent parce que tout ce qui est maladie sexuellement transmissible, le sida, certains ont des connaissances mais pas forcément tous, donc on a un gros travail là-dessus aussi. »

Etudiante : « D'accord. Et du coup au niveau des différents services, UCSA, SMPR et je crois que le CSAPA intervient pas trop... »

IDE 4 : « Euh non, nous ils interviennent juste sur le groupe addiction qu'on fait, du coup ils viennent une fois par mois. »

Etudiante : « Et du coup il se coordonne comment ces différents services ? »

IDE 4 : « Bas en fait on a... Donc c'est un pôle santé qu'on a sur l'EPM, donc c'est tout un étage qui est réservé au SMPR et à l'UCSA. On est peu nombreux parce que du coup on est deux infirmières sur l'UCSA, SMPR ils sont trois, bon après il y a les médecins, la dentiste, la psychologue et le psychiatre, mais c'est une petite équipe donc on travaille facilement en collaboration. Voilà on fait appel les uns aux autres assez facilement. »

Etudiante : « Oui d'accord et il y a des réunions ou des transmissions qui sont faites parfois ? »

IDE 4 : « Euh oui le lundi après-midi, on a une réunion systématique UCSA et SMPR. Sinon bas comme on est à proximité, on se retrouve à la salle de pause et puis on discute facilement d'une situation qui a pu nous interpeler. »

Etudiante : « D'accord. Est-ce que toi tu peux me parler des objectifs de ton service ? »

IDE 4 : « Euh... ouais alors du coup je ne sais pas si on a quelque chose de très formelle. Du coup nous c'est un peu les actions qu'on met en place. Du coup c'est de l'éducation à la santé, c'est un lieu d'écoute aussi, euh... Bas les objectifs c'est d'accompagner le jeune pour que sa détention se passe au mieux et qu'il reste en bonne santé physique et psychologique. On a un gros sur... ouais un travaille pas mal sur le sommeil. Après nous aussi c'est toute la prise en charge somatique, donc on a de la distribution de traitement, de la gestion des urgences, euh... Après il y a de la bobologie aussi. On a peu de soin technique hormis la vaccination, les prises de sang, prélèvement urinaire. Après c'est, ouais, soigner les douleurs diverses parce que parfois aussi c'est le somatique qui parle, enfin c'est plus leur corps qui parle qu'eux. Souvent il y a des plaintes somatiques, qui reflète un mal être psychologique mais qui n'est pas formulé en tant que tel. Ouais nous c'est de maintenir une bonne santé physique et psychologique. »

Etudiante : « D'accord ok. Quelles sont tes valeurs personnelles et après quelles sont tes valeurs plutôt professionnelles ? »

IDE 4 : « Euh ... là c'est un peu compliqué, *rit*, ... Bas mes valeurs professionnelles c'est d'être à l'écoute des patients dans le respect et la tolérance de chacun. Après je dirai dans... Personnelles je dirai la tolérance, le respect. »

Etudiante : « Oui c'est des valeurs que tu retrouves autant au niveau personnel que professionnel ? »

IDE 4 : « Oui, ouais. »

Etudiante : « Et elles s'adaptent bien au milieu carcéral tes valeurs ? »

IDE 4 : « Ouais, bas je pense qu'elles sont indispensables, étant donné qu'en plus sur l'EPM, on est... Et puis même en milieu carcéral en général, je pense qu'il faut être tolérant et être capable de ne pas porter de jugement sur les personnes qu'on soigne, dans les sens où il y a des personnes qui ont commis des actes gravissimes et que bas... Moi c'est vrai que c'est quelque chose j'arrive... Enfin il faut savoir prendre du recul par rapport aux situations et voilà rester tolérant et ne pas être dans le jugement de la personne soignée quoi, que tu saches ou non pourquoi il est là. »

Etudiante : « D'accord. Il y a une réglementation justement spécifique qui encadre la profession soignante ? »

IDE 4 : « En milieu carcéral... je ne sais pas. Je ne serai pas te répondre. »

Etudiante : « Par rapport à des services généraux, il y a peut-être des choses que vous n'avez pas le droit de faire. »

IDE 4 : « Bas après, c'est plus par rapport à la pénitencière où comme je te disais, des choses qui peuvent être simple dans un hôpital, deviennent tout de suite beaucoup plus compliqué. Tu vois si il y a un jeune qui a besoin d'aller aux urgences, bas c'est plus compliqué que s'il était dans un service de soin d'extérieur, ou ne serait-ce que pour passer des radios. En fait c'est plus par rapport aux barrières pénitencières je dirai. Surtout au début quand tu arrives, que tu passes d'un service ordinaire que là c'est un service au sein de la prison donc tu es soumise aux règles pénitencières. Même sur la diffusion d'image, je vois là, il y a une collègue qui fait des ateliers et qui prend des photos et qui aime bien donner une photo aux jeunes, et c'est tout de suite compliqué parce que ... Bas c'est hyper réglementé quoi. C'est plus au niveau du cadre de la pénitencière. »

Etudiante : « Ouais d'accord. Au niveau de la communication, du coup tu mets quoi en place pour communiquer avec le patient ? Au niveau de tes attitudes ? »

IDE 4 : « Bas euh... A la fois de l'empathie et un cadre, parce que on peut vite, enfin... Il y a certains jeunes qui peuvent vite se montrer manipulateur donc faut être à la fois empathique parce qu'ils ont besoin aussi d'une écoute et puis d'une personne rassurante et de confiance en face d'eux donc c'est de la mise en confiance, après tout en respectant, voilà... En étant ferme et en imposant un cadre. Après, moi je m'adapte en fonction des situations, euh... Bas c'est comme pour tout patient, il y en a qui ont besoin d'être recadré plus fermement que d'autres. Après moi ouais j'essaie d'être à leur écoute, enfin j'adapte en fonction de l'interlocuteur, l'empathie, il faut de la fermeté. »

Etudiante : « D'accord, ça ils le ressentent eux et du coup il entre plus facilement en communication ? »

IDE 4 : « Bas ça dépend desquels en fait, il y en a qui vont plus se livrer... Enfin je pense que comme c'est des jeunes qui ont des parcours de vie difficiles, je pense que soit en fonction de la sensibilité de chacun ou de la mise en confiance ils vont plus parler avec un interlocuteur qu'avec un autre. Là moi je vois par exemple, avec un jeune, avec moi il parle pas beaucoup et il semblerait qu'avec ma collègue il s'ouvre un peu plus. Je pense qu'après ça dépend du feeling et puis de la confiance. Par rapport à ma collègue, je suis un peu plus jeune donc peut être que par rapport à l'âge, bas il y a des fois où ils préfèrent peut-être aborder certains sujets avec moi et d'autres plus avec ma collègue. C'est pour ça quand je vois qu'avec un jeune il y a un peu d'accroche, j'essaie de questionner ma collègue pour savoir si ça passe mieux ou pas, voilà si elle le perçoit différemment de moi et savoir comment ça se passe quand elle, elle l'a en entretien. Alors après il y a des jeunes qui se montrent pareil avec l'une ou avec l'autre, euh... Après les jeunes ils font aussi la part des choses, entre les lieux d'écoute parce qu'ils ont aussi le SMPR, donc je pense qu'ils s'approprient les lieux et les interlocuteurs en fonction de leur demande. »

Etudiante : « Au niveau plutôt de la distance relationnelle, ça t'évoque quoi pour toi ce terme de distance relationnelle ? »

IDE 4 : « La distance relationnelle euh... Bas à la fois la distance physique je dirai et puis ... comment je pourrai dire ça... Ouais rester dans une relation soignant-soigné, voilà pas faire de cop... Parce que là en l'occurrence ils sont jeunes. Bas respecter un cadre et pas faire de copinage et pas voilà être euh... Là par exemple nous on reste dans le vouvoiement, alors eux ça les surprends et ça c'est quelque chose qu'ils nous renvoient souvent en fait en disant bon c'est bon je suis pas, je suis pas un papa ou je suis pas vieux, vous pouvez me tutoyer, vous pouvez m'appeler par mon prénom. Après nous on part du principe que ça permet de poser un cadre et une distance de soignant et soigné. Parce que je pense que si on passe au tutoiement ça aurait une conséquence sur la relation où ils se permettraient plus de choses. Enfin par exemple nous demander plus de choses ou plus de manipulations aussi. »

Etudiante : « Tu trouves, qu'au niveau de la distance relationnelle à mettre, tu trouves que ça serait différent des adultes ? »

IDE 4 : « Euh... ouais et puis même je pense que d'un service de pédiatrie où ils doivent les appeler par leur prénom, les tutoyer. Là c'est vrai que je pense que ça a son importance, pour instaurer un respect mutuel, de rester dans un vouvoiement. »

Etudiante : « Au niveau du côté plutôt émotionnel, enfin quels types d'émotion tu as déjà pu ressentir au cours de ta pratique. »

IDE 4 : « Euh... Bas moi j'ai tendance à être assez empathique, *elle rit*, donc moi c'est vrai qu'il y a certaines situations bas qui te laissent pas indifférente. Quand je suis arrivée, j'en ai discuté avec mon cadre et ma collègue, j'avais l'impression de repartir avec les jeunes chez moi, enfin j'avais du mal à décrocher en fait, parce que c'est des histoires de vie en général assez complexe, des actes qui ne sont pas anodins, et du coup j'avais du mal à prendre le recul nécessaire et couper entre le travail et la maison. Bas en fait j'ai appris à le faire au fur et à mesure donc ça a dû me le faire pendant deux trois semaines à peu près. Et puis bas maintenant, je me montre empathique, à l'écoute et puis il y a des situations qui t'affectent plus que d'autres, il y a des jeunes qui te touchent différemment que d'autres. Enfin je pense que c'est aussi ça la distance, savoir faire la part des choses entre le travail et puis la maison. Mais c'est vrai qu'au début c'était pas forcément évident. Il y a pu avoir des sentiments, alors je sais pas si ça irait jusqu'à la peur mais de méfiance à certains jeunes. »

Etudiante : « Tu as déjà senti de la méfiance envers certains patients ? »

IDE 4 : « Ouais. De la méfiance, je dirai par peur d'une atteinte physique quoi, parce que il y a des fois si on réponds pas à leurs attentes bas ils peuvent monter un peu en pression. Ouais il y a une fois où, avec un voir certains je me montre un peu plus pas sur la défensive parce que je leur montre pas mais ouais me dire de rester méfiante quoi, de rester sur mes gardes parce que je me sentais moins protéger, enfin protéger je ne sais pas si c'est le terme, moins en confiance qu'avec d'autres. Je ne sais pas si c'est clair, *elle rit*. »

Etudiante : « Si si complètement. »

IDE 4 : « ça va alors. »

Etudiante : « Et au niveau des émotions du patient du coup, quand ils viennent vous voir, vous ressentez peut être des choses qu'ils ressentent. »

IDE 4 : « Alors oui par rapport aux modes de communication tu as aussi la communication non verbale quoi, parce que c'est vrai qu'il y a des fois où ils te parlent pas mais tu sens bien que il y a de la tristesse, que le moral n'y est pas ou au contraire qu'ils sont plus enthousiaste que d'autres fois parce que ils savent qu'ils vont être libérés ou tout simplement s'ils ont eu des bonnes nouvelles. »

Etudiante : « C'est beaucoup en lien avec la pénitentiaire ? »

IDE 4 : « Alors oui la pénitentiaire, elle a un impact émotionnel sur le jeune, c'est pas anodin et ... Ouais. Ça joue quand même beaucoup sur leur moral. »

Etudiante : « Tu m'as parlé tout à l'heure de distance physique, comment tu l'établis toi la distance physique, justement entre toi et le jeune ? »

IDE 4 : « Du coup on... Enfin autant on leur sert la main après quand on les voit en consultation bas c'est chacun d'un côté du bureau. Après en fonction du pourquoi ils viennent ça arrive qu'il y ait plus de contact... parce que ils ont mal au dos et faut les masser, ce genre de chose, euh... Après j'ai envie de dire ça reste comme dans un service de consultation... Sauf qu'ils sont pas dans des lits quoi. »

Etudiante : « D'accord ok. Et elle permet quoi du coup dans la relation soignant-soigné cette distance physique ? »

IDE 4 : « Bas là, après c'est peut-être du fait de la population aussi, des jeunes mais euh... Par rapport à mon expérience passée je dirai que s'il y a besoin d'un massage ou d'un contact physique euh... Comment dire... Je ne suis pas vieille et que je n'ai pas le même rapport... J'irai proposer moins facilement un massage parce qu'ils sont plus dans la pudeur, ils ont pas la même approche du soin. Euh... Ouais au niveau de ... Je pense que j'irai plus facilement proposer un massage à un petit papy qui me dit qu'il a mal à la cheville que au jeune, je lui propose mais c'est peut-être moins. Après c'est aussi par rapport à la situation, ils sont incarcérés, ils ne sont qu'entre hommes, donc la relation aux filles est un peu différente aussi du coup. Après c'est peut-être une idée que je m'en fais, ça m'est arrivée de faire des massages aux jeunes. Il y a ce sens-là aussi où ça reste des adolescents. Et je pense que c'est important de garder de la distance.

Etudiante : « D'accord ok. Après c'est plus au niveau des facteurs d'influence, selon toi, en quoi le milieu carcéral il peut être limitant ou favorisant la relation soignant-soigné ? »

IDE 4 : « Et bas limitant du coup, euh... Comme je te disais, bas par rapport à la pénitentiaire parce que du coup c'est eux qui nous font venir les jeunes sur le pôle santé. Du coup ça peut être limitant parce que des fois il va y avoir un jeune qui a besoin de parler pendant plus longtemps qu'une autre fois, parce que ça va pas ou qu'il a une mauvaise nouvelle, et bas des fois, il y a les surveillants qui t'appellent pour te demander si tu as fini parce que derrière eux ils ont leur fonctionnement aussi. C'est pareil il y a des jeunes qui auraient besoin de revenir plusieurs fois dans la journée parce que, je sais pas tu l'as vu le matin et tu n'avais pas le

traitement donc faudrait qu'il revienne l'après-midi, mais par rapport à l'organisation pénitentiaire c'est compliqué. Ça met des barrières un peu en fait.

Etudiante : « L'organisation pénitentiaire fait que ça peut bloquer un peu ? »

IDE 4 : « Ouais je dirai que l'organisation pénitentiaire n'est pas toujours favorable aux soins. Parce que c'est eux qui nous font venir les jeunes, il y a des fois où, on a eu le cas hier, un jeune qui a refusé de venir parce qu'on l'a appelé juste après sa séance de sport, enfin le surveillant l'a appelé. Du coup lui il voulait aller prendre une douche et comme il a dit qu'il ne viendrait pas avant d'avoir pris sa douche bas du coup ça a été considéré comme un refus, du coup il a pas été vu alors que finalement il aurait pris sa douche et serai venu après quoi. Du coup ça met quand même pas mal de frein et de barrière. Après je pense que c'est favorisant dans le sens aussi où c'est des jeunes, qui à l'extérieur ne prenaient pas forcément soin d'eux, et qui du coup pendant la détention se posent et accèdent aux soins, et pour certains y adhèrent bien. Donc ça peut être favorisant, c'est un moment où ils se posent dans leur vie, ça leur permet de prendre soin d'eux, ce qu'ils ne faisaient pas à l'extérieur. »

Etudiante : « La présence des surveillants tu la ressens comment toi ? »

IDE 4 : « La présence, euh... alors ils sont pas avec nous pendant la consultation, ils sont à l'extérieur. Bas comme je te disais, il y a des fois où ça peut être un peu pressant, si tu vas pas assez vite, question d'organisation tu es un peu surveillants dépendants des fois. A la fois rassurante, parce que tu sais aussi qu'en cas de souci tu as quelqu'un aussi pour intervenir. Après ils empiètent pas sur ... en tout cas pas physiquement, ils n'empiètent pas sur le soin quoi. »

Etudiante : « Et tu sens une différence quand ils sont là et avec le jeune »

IDE 4 : « Euh... Ouais, enfin de toute façon le jeune il se comporte pas de la même manière, on a pas le même rapport entre soignant et surveillant. Nous on a un rapport qui est quand même posé, c'est calme, qu'avec le surveillant ils sont plus sur la défensive, c'est pas du tout le même rapport. Je vois parfois, il y a des jeunes en consultation, bas la consultation c'est passé sans problème et puis après avec le surveillant ça peut partir en cacahuète, alors que juste avant ça aller quoi. On est pas du tout dans le même rapport. »

Etudiante : « D'accord. Et par rapport plutôt à la formation que tu as eu, tes précédents lieux d'exercice, tu sens une différence dans tes fonctions ? »

IDE 4 : « Alors du coup j'ai un peu fait le grand écart, *elle rit*, passer des personnes âgées aux adolescents. Moi je redécouvre tout le travail éducatif, après c'était mon choix de venir en milieu carcéral, depuis mes études j'accorde une très grande importance aux soins relationnels donc je me retrouve tout à fait dans ce que je fais. Et bien je redécouvre le travail sur le soin éducatif que j'avais peu avec la personne âgée. »

Etudiante : « Oui d'accord. Et tu vois une différence notable entre la théorie qu'on nous a enseigné à l'école et puis la pratique dans ce milieu-là ? »

IDE 4 : « Euh... Oui du coup là t'es obligée de t'adapter au mode pénitentiaire, c'est pas tout à fait pareil et puis la population soignée aussi, parce que là on a quand même des jeunes, certains en grande précarité. Donc oui une grande différence, mais à la limite je dirai de manière générale, entre la théorie et la pratique, entre ce qu'on nous apprend à l'école et la pratique sur le terrain il y a quand même une différence quoi. Bon après tu as les principes, les bases mais c'est vraiment en état sur place, sur le terrain que tu fais ton expérience et que tu apprends le plus. »

Etudiante : « D'accord. Et bien moi écoute je n'ai plus de question pour toi. »

IDE 4 : « D'accord, d'accord. »

Etudiante : « Je te remercie beaucoup en tout cas. »

IDE 4 : « De rien, bon courage. »

Etudiante : « Merci, au revoir. »

IDE 4 : « Au revoir. »

<u>Thème</u>	<u>Sous-thème</u>	<u>IDE 1</u>	<u>IDE 2</u>	<u>IDE 3</u>	<u>IDE 4</u>	<u>Lien avec notion ou concept</u>	<u>Réflexion personnelle</u>
	Détention	« c'est un milieu où il y a des personnes incarcérées [...] et alors nous on leur propose des soins »	« il faut te dire que tu n'es pas à l'hôpital [...] tu dépends de la pénitencier, c'est-à-dire que tous tes actes, tous tes déplacements, tous tes entretiens enfin toute ta planification aussi dépend en fait d'un autre ministère »	« Le milieu carcéral c'est vrai que c'est [...] fermé et puis assez confiné en fait je trouve. » « le service de soin est intégré dans une institution qui est autre que celle du soin, qui est la pénitencier quoi. »	« C'est un milieu hostile, c'est pas évident d'associer le soin à la détention et de travailler en collaboration avec la pénitencier »	Incarcération Dépendance Milieu clos	Dans la détention distinction du domaine pénitencier et du domaine des soins, mais chacun dépendant de l'autre. Il y a des personnes qui sont incarcérées dans un milieu où les soins sont disponibles. Mais c'est un lieu qui reste clos, fermé ce qui peut compliquer la mise en place des soins avec ce milieu considéré parfois comme hostile.
Milieu carcéral	Etablissements pénitenciers	« Donc il y a la maison d'arrêt [...] des personnes en attentes de jugement, ou jugées mais en attente de transfert, ou jugées mais pour des petites peines. Le centre de détention, c'est des personnes qui sont jugés [...] c'est plus basé sur la réinsertion, par rapport aux centrales où là c'est des très longues peines. [...] Après il y a l'EPM, la prison pour mineur. »	« Le centre de détention [...] conçu pour les longues peines [...]. Ensuite la maison d'arrêt [...] qui accueille toutes les personnes qui sont en attentes de jugement et qui vont être condamnées, et qui peuvent y rester quelques temps aussi [...]. Après sur l'établissement pour mineur, on accueille les mineurs de 13 à 18ans voir au-delà des 18ans. »	« le centre de détention [...] généralement c'est des peines relativement longues, c'est des gens qui ont déjà été condamné. »	<u>EPM :</u> « une capacité normalement de 40 places [...] Ce ne sont que des cellules individuelles réparties en cinq unités. [...] Sur chaque unité, tu retrouves un binôme éducateur -surveillant. [...] il y a l'intervention de l'éducation nationale, donc les jeunes vont en cours tous les jours. [...] Il y a des séances de sport. [...] une conseillère d'orientation aussi qui est à leur disposition.	Maison d'arrêt. Centre de détention. Etablissement pour mineur. Les centrales.	La description des différents établissements est quasiment similaire pour tous les infirmiers interrogés. Elle concorde également avec mes recherches effectuées dans ma partie théorique. Un établissement est cependant cité et dont je n'avais pas connaissance, c'est la centrale. Ce sont des structures qui accueillent les détenus pour les très longues peines. Le fonctionnement de l'EPM est plus précis, on voit bien l'ensemble des choses mises à disposition pour le jeune (éducation physique,

					[...] le major leur établit un planning à la semaine. »		éducation et instruction, soins, atelier, espaces, équipements).
	La population incarcérée	<p><u>Besoins :</u> « [...] c'est un peu comme des personnes extérieures, il peut aussi bien y avoir des problèmes psychiques que somatiques [...]. Des problèmes liés au stress. » « [...] les sorties, au niveau du sommeil, alimentation. »</p> <p><u>Pathologie :</u> « [...] c'est soit des personnes qui vivent mal l'incarcération, des angoisses autour de ça. Il y a des psychotiques [...]. Des problèmes liés aux addictions aussi... des gens qui sont très déprimés, des idées suicidaires. [...] un peu paranoïa, sentiment de persécution, accentué à un moment donné, avec l'enfermement. [...] L'enfermement n'aide pas. Ça favorise les tensions. [...] la promiscuité avec les</p>	<p><u>Besoins :</u> « [...] venir exposer leurs problèmes, leur problème de détention, leur problème de vie à l'extérieur, de parloir. [...] des personnes qui sont en grande détresse psychique, qui n'ont rien à faire en détention [...] ça aussi ça met en difficulté. »</p> <p><u>Pathologie :</u> « [...] On peut avoir la psychose, la schizophrénie, la dépression, enfin tous types de pathologies. [...] des adolescents qui souffrent du trouble du comportement. »</p>	<p><u>Besoins :</u> « [...] Beaucoup de besoin, de besoin social. [...] dans l'accompagnement aussi, dans l'acceptation entre guillemets de l'incarcération. » « [...] des gens qui sont dans la précarité. [...] des problèmes d'addictions. [...] problèmes de logement, de travail, des problèmes d'insertion, des problèmes de séparation entre guillemets aussi au niveau de la famille [...]. [...] une rupture sociale »</p> <p><u>Pathologie :</u> « Beaucoup de troubles de la personnalité chez les patients. » « [...] de la psychose, bien sûr des psychotiques »</p>	<p><u>Besoins :</u> « Euh... Besoin de prévention et d'éducation à la santé [...]. Des jeunes qui n'ont pas toujours accès à la santé. »</p> <p><u>Pathologie :</u> « [...] des problèmes de peaux, de sommeil, les troubles de l'alimentation. [...] la problématique du sevrage addictif. [...] ils sont pas trop à l'écoute de leur corps. » « Besoin relationnel aussi [...]. Besoin qu'on leur porte attention. » « Bas nous en fait ils ont pas forcément des pathologies... Enfin ils sont jeunes quoi, donc les problématiques c'est pas forcément les même que les adultes euh... [...] les traumatismes liés à des accidents ou du sport</p>	<p>Notion de problème. Pathologies psychiatriques (Angoisse, psychotiques, addictions, dépression, schizophrénie, psychose). Enfermement et promiscuité. Age</p>	<p><u>Besoins :</u> En termes de besoin c'est principalement celui de la santé qui ressort dans les discours des soignants. Mais assimilation des besoins avec les problèmes (en santé ou autres) des détenus, donc difficulté de recueil de données. Des besoins d'écoute</p> <p><u>Pathologie :</u> Au niveau des pathologies, on retrouve des pathologies psychiques, psychoactives ou non. Et aussi des pathologies somatiques. Il faut prendre aussi en compte l'âge, car on ne trouve pas les mêmes pathologies prévalentes sur l'EPM et sur le CD ou la MA. Sur l'EPM on trouve plutôt des troubles du comportement au niveau psychique et des traumatismes liés au sport au niveau somatique.</p>

		détenus, l'éloignement familial. »		« [...] des angoisses aussi massives, et puis beaucoup dans l'autodestruction. »	[...]. Des asthmatiques, des allergies. « [...] c'est différent du centre de détention ou de la maison d'arrêt, où ils sont plus vieux et c'est pas les mêmes problématiques. »		
Les services de soin	<p><u>Coordination :</u> « [...] on a deux réunions par semaine, de transmissions avec l'UCSA. Et puis avec le CSAPA on est sur le même lieu donc je ne suis pas sûr qu'il y ait une réunion [...]. »</p> <p><u>Objectifs :</u> « On a des objectifs de soin, mais principal je ne sais pas... » « [...] c'est plus stabiliser l'humeur. Pour vivre mieux la détention [...] »</p>	<p><u>Coordination :</u> « [...] l'EPM c'est vrai qu'on est sur le même pallier donc c'est vrai que la coordination se fait plus simplement je dirai. [...] On se parle beaucoup. [...] chacun fait son boulot mais on en parle, et c'est ça aussi qui permet de pas être clivé. »</p> <p><u>Objectifs :</u> « Alors les objectifs au niveau de l'EPM [...] accueillir l'adolescent. [...] on n'a pas de rapport éducatif [...]. On n'a pas de lien hiérarchique avec la justice. » « [...] les faire avancer aussi dans le pourquoi de leur détention et le pourquoi de leur délinquance [...]. »</p>	<p><u>Coordination :</u> « Bas en fait le CSAPA c'est plutôt de manière assez informelle [...]. En sachant qu'il y a une réunion le vendredi, avant le week-end, et le lundi, après le week-end. [...] On reparle des situations de certains patients, qui sont parfois pris en charge de manière, plus ou moins coordonné, entre l'UCSA, le CSAPA et le SMPR. »</p> <p><u>Objectifs :</u> « [...] des gens qui supporte peu l'incarcération, une incarcération compliquée [...]. Du coup ouais les objectifs de l'hôpital de jour, ouais c'est la ré-humanisation des</p>	<p><u>Coordination :</u> « [...] c'est tout un étage qui est réservé au SMPR et à l'UCSA. [...] c'est une petite équipe donc on travaille facilement en collaboration. Voilà on fait appel les uns aux autres assez facilement. » « [...] le lundi après-midi, on a une réunion systématique UCSA et SMPR. Sinon bas comme on est à proximité [...] on discute facilement d'une situation qui a pu nous interpeler. »</p> <p><u>Objectifs :</u> « [...] on fait de la prévention et de l'éducation au niveau alimentaire. »</p>	Réunion Transmissions Coordination Echange Travail en collaboration. Objectifs.	<p><u>Coordination :</u> Les différents services se coordonnent pour avoir une prise en charge globale du patient, cela passe par des réunions et des transmissions avec l'équipe soignante des secteurs. Il y a donc une notion de collaboration pluridisciplinaire avec l'intervention de plusieurs acteurs. Mais cet échange peut être compliqué, notamment en lien avec le fait que le service ne se situe pas au même niveau, il faut donc que les soignants d'un secteur se détachent de leur service pour aller faire leurs transmissions. C'est pourquoi le fait d'être sur le même pallier facilite la coordination, de même une équipe peu importante permet à chacun de trouver sa place et avoir son rôle</p>	

				rapports humains, je pense. »			<p>bien défini auprès des patients.</p> <p><u>Objectifs :</u> Les objectifs des services ne sont pas clairement définis, pour les soignants interrogés en tout cas. Pour le SMPR, c'est plutôt un objectif de stabilisation de l'humeur afin de mieux vivre la détention. Cela dépend également du type de population prise en charge. Pour l'EPM c'est plutôt un objectif d'accueil et de suivi afin de les responsabiliser et de leur faire prendre conscience des conséquences de leurs actes.</p>
Distance relationnelle	Soin et relation	<p><u>Valeur :</u> « [...] le respect de la personne, le non jugement. Le fait d'être bienveillant, l'empathie... » « [...] c'est des valeurs professionnelles qui sont pour moi importante, ça reste mes valeurs aussi. » « Je ne fais pas trop de distinction entre le monde professionnel [...] et le milieu carcéral au niveau distance, au</p>	<p><u>Valeur :</u> « [...] on garde le monsieur au niveau des adolescents [...]. » « [...] on essaie d'avoir une cohésion d'équipe [...]. » « Après avec certains tu t'y retrouves, avec d'autres c'est plus compliqué. »</p> <p><u>Réglementation :</u> « Il y a toute une réglementation par rapport au travail</p>	<p><u>Valeur :</u> « [...] sans authenticité aussi tu ne peux pas créer un lien vraiment. » « [...] c'est une personne à part entière, et à partir de là il n'y a aucun jugement à avoir, ni en prison, ni dans un centre de soin, ni dans un hôpital. [...] digne de respect si tu veux. » « [...] bas ça permet de dépasser les préjugés</p>	<p><u>Valeur :</u> « [...] c'est d'être à l'écoute des patients dans le respect et la tolérance de chacun. [...] Personnelles je dirai la tolérance et le respect. » « [...] elles sont indispensables [...] il faut être tolérant et être capable de ne pas porter de jugement sur les personnes qu'on soigne, dans le sens où il y a des personnes qui</p>	<p>Valeur Respect Objectivité, non jugement Empathie Tolérance Considération Règlement de sécurité. Rôle soignant Accueil Accompagnement</p>	<p><u>Valeur :</u> Il n'y a pas de dissociation entre les valeurs personnelles et professionnelles. Les valeurs qui ressortent le plus des professionnels c'est le respect, le non jugement, la bienveillance, l'empathie, l'esprit d'équipe, la tolérance beaucoup aussi. Ce sont donc des valeurs communes aux infirmiers. Ce sont des valeurs tournées vers le patient, il n'y a pas de prise en compte du contexte</p>

		<p>niveau des valeurs. Pour moi, un patient a aussi bien besoin de soin et de bienveillance en prison qu'en psychiatrie en fait. »</p> <p><u>Réglementation :</u> « [...] il y a toutes les règles de sécurité. [...] on a pas le droit de rentrer avec notre portable, on n'a pas à informer les patients sur quand ils ont des examens [...]. »</p> <p><u>Rôle :</u> « Donc on fait des entretiens, des activités, on distribue les médicaments. »</p>	<p>carcéral [...], il y a des choses à respecter. Tu signes un protocole en arrivant, [...], de ne pas fournir quoi que ce soit au détenu [...]. [...] c'est important pour toi au niveau de ta profession, de ta sécurité de pouvoir fonctionner en détention. »</p> <p><u>Rôle :</u> « Moi mon rôle au sein du service, [...] c'est l'accueil du jeune délinquant [...]. C'est le repérage de la crise suicidaire [...] » « [...] On est très, très à l'écoute [...]. Après c'est l'accueil, par rapport à un entretien d'arrivant, c'est de faire un descriptif de la personne que tu as en face de toi [...]. »</p>	<p>et ils te voient pas comme une instance supérieur à eux. »</p> <p><u>Réglementation :</u> « [...] tu ne peux pas donner des choses aux patients comme ça » « [...] il y a une réglementation qui fait qu'il y a certaines choses que tu ne peux pas faire. »</p> <p><u>Rôle :</u> « [...] on ramène cette fraîcheur de l'extérieur. » « [...] une certaine énergie de l'extérieur qui leur ai bénéfique. [...] parce que le but c'est de créer du lien et du lien de confiance. Et pour ça on peut pas entre guillemets se blinder et ne rien donner de soi. » « [...] c'est l'accueil du patient. après c'est le suivi [...], on a un gros travail de partenariat avec les médecins. » « [...] Donc nous notre rôle soignant, c'est</p>	<p>ont commis des actes gravissimes [...] »</p> <p><u>Réglementation :</u> « [...] En fait c'est plus par rapport aux barrières pénitentiaires je dirai. [...] c'est un service au sein de la prison donc tu es soumise aux règles pénitentiaires.</p> <p><u>Rôle :</u> « [...] un gros rôle dans le dépistage et la vaccination. » « [...] ils nous questionnent parce que tout ce qui est maladie sexuellement transmissible, le sida, certains ont des connaissances mais pas forcément tous, donc on a un gros travail là-dessus aussi. »</p>		<p>carcéral, ce qui va faciliter même la relation de soin puisqu'il y a une considération importante du patient, et qu'il n'est pas habitué à avoir ce genre de considération. C'est plutôt une confrontation de valeur en lien avec les missions des différents professionnels intervenant dans la prise en charge (PJJ, surveillants pénitentier...) mais avec le respect de la place de chacun et donc le respect des valeurs de chacun.</p> <p><u>Réglementation :</u> En plus de la réglementation générale qui encadre la profession infirmière, il y a une réglementation plus au niveau de la sécurité de la pratique des soins infirmiers en milieu carcéral. Un encadrement qui spécifie le droit de faire certains actes ou non (passer son téléphone, faire passer des messages à l'extérieur...). C'est aussi vu comme une adaptation du rôle infirmier par rapport aux rôles d'autres acteurs, comme les</p>
--	--	--	---	---	---	--	--

				l'accompagnement, créer un projet de soin. »			surveillants qui eux ont une réglementation spécifique. Rôle : Ce sont des soins qui sont pratiqués avec l'accord du patient, comme dans les services généraux, notion de consentement. Le rôle infirmier en milieu carcéral est beaucoup axé sur l'écoute et l'observation, tant au niveau de l'UCSA que du SMPR. Une observation, qui va permettre de repérer beaucoup de choses, notamment la crise suicidaire qui est évaluée fréquemment. Un rôle d'accueil également qui va permettre de connaître le parcours de vie du patient, son environnement social et familial, ses ressources, et donc d'adapter la prise en soin. Un grand rôle des soignants de l'EPM, c'est l'éducation à la santé, au niveau de l'UCSA en tout cas.
	La communication	« [...] on les fait verbaliser sur comment ils vont, c'est d'être à l'écoute. Après c'est	« Les entretiens infirmiers [...]. » « Ca dépends qui tu as en face de toi en fait. [...]	« [...] très peu de moment informel, tout se passe exclusivement en entretien et en	« A la fois de l'empathie et un cadre [...] faut être à la fois empathique parce	Verbaliser Ecoute Reformulation Confiance	On perçoit la notion de communication verbale et non verbale. Au niveau verbal cela passe par les

		<p>surtout l'écoute, la reformulation, la valorisation. »</p> <p>« [...] dans un bureau d'entretien. »</p> <p>« Oui c'est vrai le toucher, ça je ne fais pas, comme je ne ferai pas forcément en psychiatrie »</p>	<p>c'est de rester toi en tant que soignant, enfin tu te présentes déjà, tu essaies de sécuriser un maximum [...] »</p> <p>« C'est un entretien infirmier que tu composes. »</p>	<p>médiation. [...] c'est les trois axes vraiment où l'on peut créer du lien en fait. »</p> <p>« Ouais, dans les bureaux, [...] ça m'arrive de faire un entretien un peu informel autour d'une prise de tension. »</p>	<p>qu'ils ont besoin aussi d'une écoute et puis d'une personne rassurante et de confiance en face d'eux. [...] En étant ferme et en imposant un cadre. »</p> <p>« [...] des jeunes qui ont des parcours de vie difficiles [...] en fonction de la sensibilité de chacun ou de la mise en confiance, ils vont plus parler avec un interlocuteur qu'avec un autre. [...] peut être que par rapport à l'âge, bas il y a des fois où ils préfèrent peut-être aborder certains sujets avec moi et d'autres plus avec ma collègue. »</p>	<p>Informel</p> <p>Histoire de vie</p> <p>Age</p>	<p>entretiens ou lors des médiations, avec notamment la technique de reformulation.</p> <p>Du non verbal par du contact physique (forme de convenance sociétale surtout) ou même de l'écoute ce qui permet d'être attentif aux gestes du patient. Les entretiens se passent dans un bureau assis, donc à égalité sur le plan horizontal, ce qui facilite la relation de soin. Lors des entretiens le fait de suivre une trame peut entraver la communication car cela laisse moins la possibilité au patient de s'exprimer librement. Ils sont programmés, cependant il peut y avoir des entretiens faits de manière informelle. La communication permet la mise en place de la relation en établissant un lien, celui-ci va se construire par un processus de connaissance et de sécurisation du lien. Ce climat de sécurité se base sur la confiance mutuelle du patient et du soignant. Il y a des attitudes d'écoute et d'empathie qui vont</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

							favoriser cette relation de confiance. La communication prend en compte les histoires de chacun, ce qui peut impacter sur la relation soignant-soigné. L'âge peut être un facteur d'influence également. Mais on voit la nécessité du travail d'équipe, avec cette mixité de professionnelles tous différents, ce qui permet à certains patient d'avoir un feeling ou une confiance particulière vers certains soignants.
	Distance et relation	<p><u>Distance relationnelle :</u> « Avoir le bon positionnement, ça veut dire qu'on va pas être copine avec le patient. On va avoir une juste distance, ça sera être à l'écoute, les valeurs que j'ai dites. [...] avec toutes les méthodes de soin et de communication. »</p> <p><u>Confidentialité :</u> « Alors oui, on est soumis au secret professionnel. [...] la détention n'est pas au</p>	<p><u>Distance relationnelle :</u> « [...] Bas à partir du moment où il vient pas s'asseoir sur tes genoux. » « [...] et puis aussi le respect de la personne, en tant que soignant, le fait de m'appeler madame, ça fait partie aussi de la distance. [...] on doit se présenter, au niveau de l'hygiène, au niveau vestimentaire, au niveau du langage. [...] le respect des autres [...] le respect du cadre [...]. Après ce qui n'empêche qu'on les connaît bien,</p>	<p><u>Distance relationnelle :</u> Sujet non abordé car évoqué tout au long de l'entretien de manière implicite.</p> <p><u>Confidentialité :</u> « [...] ça reste un secret médical. Tu vois les surveillants sont pas à même d'entendre théoriquement ce genre de chose. » « Non, non théoriquement il n'y en a pas du tout. [...] et puis c'est une histoire de confiance aussi avec</p>	<p><u>Distance relationnelle :</u> « Bas à la fois la distance physique je dirai et puis [...] rester dans une relation soignant soigné [...]. Bas respecter un cadre et pas faire de copinage [...] on reste dans le vouvoiement, [...] ça permet de poser un cadre et une distance de soignant et soigné. » « [...] c'est aussi ça la distance, savoir faire la part des choses entre</p>	<p>Bon positionnement Juste distance Coordination des professions Sentiment d'utilité Joie, tristesse, colère. Respect</p>	<p><u>Distance relationnelle :</u> Elle se définit comme un bon positionnement de chacun avec un rôle et une place définis. Elle intègre les valeurs de chacun et se met en place aussi avec la communication. Pour les soignants, elle est très associée à la distance physique mais également à la notion de respect de la place, de l'intimité de chacun. Et donc, bien de garder son rôle de soignant, et le détenu sa place de personne soignée.</p>

		<p>courant de ce qui se dit en entretien. » « [...] sûrement qu'ils peuvent se livrer plus facilement, [...] » « Bas je ne pense pas qu'il y ait de secret partagé [...]. On fait des réunions avec les surveillants, une fois par semaine [...] » « [...] c'est plus pour la vie un peu globale »</p> <p><u>Emotion :</u> « [...] c'est assez valorisant de travailler en prison [...] c'est un sentiment d'utilité » « [...] c'est assez gratifiant. » « [...] toutes les émotions y passent chez le patient, que ce soit la joie, la colère, la tristesse... [...] »</p>	<p>qu'on peut plaisanter avec eux. »</p> <p><u>Confidentialité :</u> « [...] tu as le secret de l'entretien effectivement, le secret que tu partages avec certaines personnes [...]. [...] si tu ne te coordonnes pas avec la pénitencière, toute seule tu ne peux pas faire grand-chose. Il y a une notion quand même de travail en collaboration [...] »</p> <p><u>Emotion :</u> « [...] des situations de crises, d'agitations ou des situations de tristesse, de détresse. » « [...] il faut pouvoir en parler [...]. Quand c'est trop compliqué, il faut que tu en réfères et mettre en place des choses [...] »</p>	<p>les patients, si les patients se rendent compte que tu racontes leur vie aux surveillants, bon... je pense que ça va pas très loin après quoi. »</p> <p><u>Emotion :</u> « [...] de la peine, il y a des situations touchantes hein. [...] beaucoup de misère, de misère affective, de misère sociale. » « [...] un échec sociétal quelque part [...] » « Ouais, un peu de la colère, enfin de la colère raisonnée quoi. Il y a des gens qui ne devraient pas être en prison quoi donc. » « [...] d'agacement [...]. Et il y a des profils effectivement, où la prison prend le relais de l'asile qui n'existe plus en France [...] » « [...] du désespoir, [...] très dans l'auto-dévalorisation, très dans la culpabilité [...]. La colère aussi hein forcément.</p>	<p>le travail et puis la maison. »</p> <p><u>Confidentialité :</u> « Ce que je trouve un peu compliqué aussi au début [...] c'est la place du secret professionnel. [...] On est tenu au secret professionnel, mais à la fois c'est les éducateurs et les surveillants qui sont avec les jeunes la plupart du temps, et des fois ils ont besoin d'informations... [...] c'est jusqu'ou tu peux aller dans la transmission d'information. »</p> <p><u>Emotion :</u> « [...] je ne sais pas si ça irait jusqu'à la peur mais de méfiance à certaines jeunes. » « [...] aux modes de communication tu as aussi la communication non verbale quoi [...] ils te parlent mais tu sens bien qu'il y a la tristesse, que le moral</p>	<p>On voit aussi une notion de distance entre le professionnel que l'on est et la personne en dehors du travail. Il peut y avoir une difficulté d'enlever cette casquette soignante quand on rentre chez soi et de garder tout ce qui a été dit, vu ou ressenti.</p> <p><u>Confidentialité :</u> Règlementation commune à tous les soignants, le secret professionnel. Ici il permet de faciliter la communication par le biais d'une confiance établit, ce qui favorise la relation de soin. Pas de forme de secret partagé réellement parlant, plutôt un travail en collaboration pour améliorer la qualité de vie en détention, la prise en soin, et donc de mieux vivre la détention.</p> <p><u>Emotion :</u> Sentiment d'utilité qui va favoriser la relation car le soignant se sent impliqué dans cette relation. Aux niveaux des patients, c'est une palette d'émotions</p>
--	--	---	--	--	--	---

					<p>n'y est pas ou au contraire qu'ils sont plus enthousiaste [...]. »</p> <p>« Alors oui la pénitenciaire, elle a un impact émotionnel sur le jeune [...] ça joue quand même beaucoup sur leur moral. »</p>		<p>que perçoivent les soignants, en particulier la colère parfois face à la difficulté de se soumettre aux règles. Ce sont des émotions qui sont beaucoup en lien avec le contexte carcéral, car c'est là qu'ils vivent, qu'ils reçoivent un enseignement, des soins... Parfois ces émotions sont exprimées par le détenu, mais d'autre fois elles sont perçues par le soignant qui observe beaucoup le comportement du patient. Donc les émotions peuvent s'exprimer aussi par de la communication non verbale, d'où l'importance de l'observation et de l'écoute du soignant.</p> <p>Au niveau soignant c'est aussi pouvoir exprimer ses émotions, son ressenti face à des situations qui peuvent être compliquées, et où l'équipe peut prendre le relais. Mais il y peut y avoir une certaine forme de colère des soignants, devant des prises en charges qui ne peuvent pas être adaptées dans ce contexte carcéral. En effet, il y a des patients qui font des allers-retours entre</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

							la prison et l'hôpital car il n'y a pas de structure adaptée, et c'est vécu comme un échec sociétal, une insatisfaction pour les soignants.
	La distance physique	« [...] on se sert la main, voilà. On se fait appeler nous par notre nom de famille. » « [...] pour se dire bonjour [...]. » « [...] que chacun soit à sa place, d'avoir une juste distance [...] Le respect »	« [...] Chez les adultes, certains tu as le bureau, moi j'aime pas trop [...] je pense que la distance physique elle se fait parce que tu peux lui répondre, ce que tu peux lui montrer aussi. [...] Avec les adolescents c'est un peu plus compliqué [...] on n'a pas de bureau [...] on rappelle des règles [...]. » « Oui voilà ils testent. » « Le bureau [...] pour moi c'est comme une barrière en fait. Et c'est vrai que d'être derrière un bureau tu te sens protégée peut être par rapport au détenu [...] je trouve que la distance se fait très simplement, chacun sur un fauteuil. » « Déjà le respect, et puis voilà faut pas tout confondre on est dans un lieu de soin. Je ne suis pas leur maman, leur	« [...] Bas physique, on se tape pas dans le dos [...] on se fait toujours appeler par nos noms de famille [...]. Après au niveau physique il y a quand même une distance, dans le sens on se sert la main tout ça mais ça va pas plus loin quoi. [...] les patients te voient comme un infirmier, ils savent d'eux même créer la distance quoi [...]. » « Bas c'est le statut que tu as hein [...] un respect du statut quoi. » « [...] un manque de distance [...] bon bas forcément au bout d'un moment ça peut faire capoter aussi le projet de soin hein. [...] j'aime bien le terme aussi de bonne proximité tu vois [...]. »	« [...] autant on leur sert la main après quand on les voit en consultation c'est chacun d'un côté du bureau. Après en fonction de pourquoi ils viennent ça arrive qu'il y ait plus de contact [...] faut les masser [...]. » « [...] du fait de la population aussi, des jeunes [...] je ne suis pas vieille et que je n'ai pas le même rapport... J'irai proposer moins facilement un massage parce qu'ils sont plus dans la pudeur [...] j'irai plus facilement proposer un massage à un petit papy [...] par rapport à la situation, ils sont incarcérés, ils ne sont qu'entre hommes, donc la relation aux filles est un peu différente aussi	Contact Bureau Sers la main Massage Protection Proximité Juste distance	Au niveau de cette distance physique, on aperçoit un contact physique avec un but de politesse et de respect ou alors dans le soin. Cette distance permet aussi de respecter la place, le statut de chacun, elle participe à l'établissement de la distance relationnelle. Mais il y a une mise en place d'un écart spatial avec des éléments visibles comme le bureau. Il peut être utilisé comme pour avoir un sentiment de protection, cependant ce bureau est vécu, pour certains soignants, comme une barrière dans la communication et donc dans la relation soignant-soigné. Cette distance physique est établit selon plusieurs critères (la population et le rapport que l'on a avec, l'âge du patient et du soignant, la représentation du soin par la personne soignée,

			petite copine, je suis vraiment la soignante.	« [...] une certaine distance pour ne pas être dans la fusion non plus. »	du coup. [...] Et je pense que c'est important de garder de la distance. »		l'environnement, le sexe). Ces différents facteurs sont liés, ils vont établir la distance physique et donc construire aussi la distance relationnelle. Cette distance a son importance dans la prise en soin des patients. S'il y a un manque de distance, le lien soignant-soigné ne va pas être établi de manière correcte. Mais ce terme de distance est un terme négatif pour certains soignants, qui préfèrent parler de bonne proximité. C'est en effet paradoxal de parler de distance, entendu comme éloignement, quand le but est d'établir une relation de soin. Mais c'est un élément positif dans le sens où elle permet une protection pour avoir une bonne relation et une bonne prise en charge.
Facteurs d'influence	Facteur environnemental	<u>Limitant :</u> « [...] ça peut être des patients qui ont une pathologie [...] accentuée à un moment donné, avec l'enfermement. » « [...] l'enfermement ça n'aide pas. Ça favorise	<u>Limitant :</u> « [...] tous tes actes, tous tes déplacements, tous tes entretiens enfin toute ta planification aussi dépend en fait d'un autre ministère. » « [...] c'est des personnes qui sont en grande	<u>Limitant :</u> « Le fait de pouvoir être bloqué pour x raison parce que c'est le moment de transfert ou les parloirs ou machins. » « beaucoup plus d'interférences par les	<u>Limitant :</u> « [...] bas par rapport à la pénitenciaire [...] ils ont leur fonctionnement aussi. [...] par rapport à l'organisation pénitenciaire c'est compliqué. Ça met des		<u>Favorisant :</u> Au niveau de l'EPM, un planning est établi afin de limiter l'encellulement ce qui évite de rompre le contact social, en particulier avec le soignant que le jeune voit deux fois par semaine.

		<p>parfois les tensions [...] la promiscuité avec les détenus, l'éloignement familial aussi. » « [...] c'est vraiment contraint aux conditions de détention. Tout est soumis vraiment à la pénitencière [...] il y a beaucoup d'enjeu, les sorties, les libérations, les affectations. » « [...] on est vraiment soumis au niveau des horaires [...]. »</p> <p><u>Favorisant :</u> « [...] ils ont peu de contact avec l'extérieur, et forcément qu'on est des personnes d'extérieurs. On va être soucieuses d'eux et de leur état de santé, et donc forcément on est plutôt bien perçues, on est plutôt les bons objets. [...] nous on a le bon rôle et ça favorise la relation. »</p>	<p>détresse psychique, qui n'ont rien à faire en détention mais qui maintenant la plupart du temps sont chez nous plutôt que d'être hospitalisé en psychiatrie. Ça aussi ça met en difficulté. » « [...] On les voit plus régulièrement, au niveau du centre de détention, on les voit une fois par mois, qu'au niveau de l'EPM c'est toutes les semaines. » « Bas limitant parce qu'en fait on leur dit de venir dans le service de soin pour avoir des remises de peines [...]. »</p> <p><u>Favorisant :</u> « [...] le cadre aide certain à s'y mettre, à s'y confronter alors que peut être à l'extérieur ils l'ont jamais fait. [...] au fur et à mesure tu te rends compte qu'il y a vraiment une relation qui s'installe et puis il y a un vrai travail psychique. »</p>	<p>surveillants, pour des questions pratiques d'ordre pénitencière. » « Toutes les demandes pour UCSA ou même l'assistante sociale, ils doivent faire un courrier écrit. » « Au niveau du devenir bas... on peut faire des formations en prison mais quand on a pris 20ans c'est un peu compliqué quand même de se projeter [...]. » « [...] à l'extérieur ils ne sont rien, tout ce qui est prise en charge sociale et d'accompagnement social et de soin, c'est de plus en plus compliqué. »</p> <p><u>Favorisant :</u> « [...] les gens se sentent du coup plus considérés en prison [...]. » « [...] ils ont un statut ici [...]</p>	<p>barrières un peu en fait. » « je dirai que l'organisation pénitencière n'est pas toujours favorable aux soins. »</p> <p><u>Favorisant :</u> « [...] le major leur établit un planning à la semaine. » « [...] mettre à jour les vaccination et leur proposer le dépistage, chose qu'ils ne font pas forcément à l'extérieur »</p>	<p>Facilite l'accès aux soins avec la gratuité et la disponibilité des soignants. Pour certains cela leur permet d'avoir conscience de la nécessité de prendre soin de son corps, de soi. Ce milieu carcéral créé de nouveaux besoins chez les détenus, en particulier social. Il favorise donc la relation soignant-soigné, avec l'implication du détenu qui fait cette demande de soin. Ce sont donc des patients qui seront moins réticents aux soins et avec qui la relation de soin se construira avec une distance naturellement établit. Un cadre est imposé mais ce qui permet de respecter la place et le rôle de chacun, et donc d'avoir une distance adaptée pour une prise en charge objective. Ce sont des patients qui n'ont plus de contact avec l'extérieur, et du fait de notre rôle soignant, d'être à l'écoute, d'être soucieux d'eux, cela favorise la relation de soin et la distance relationnelle.</p>
--	--	--	--	---	---	--

						<p>L'importance qui est accordée au détenu peut avoir un effet pervers. En effet, en prison ils ont une considération qu'ils ne trouvent pas à l'extérieur, cela les incite parfois à vouloir rester en prison ou commettre des délits pour y revenir.</p> <p><u>Limitant :</u> Cependant l'environnement carcéral peut avoir un impact négatif sur la santé des détenus, notamment avec l'enfermement, la promiscuité avec les autres détenus ou même la rupture familiale qui peuvent être difficiles à vivre. Cet environnement impact aussi la relation soignant-soigné, car ce lien se construit essentiellement par des entretiens ou des médiations, mais ces activités doivent s'adapter à l'organisation carcérale, ce qui fait que parfois ce lien n'est pas continu. De même la fréquence des soins n'est pas la même, au niveau du SMPR les enfants sont vus</p>
--	--	--	--	--	--	--

							<p>une fois par semaine, tandis que les adultes sont vus une fois par mois au centre de détention et si ils font la demande. Cela peut jouer sur la relation qui va être difficile à établir avec des entretiens seulement une fois par mois. Le fait également que les adultes doivent faire des demandes par écrit pour une prise en charge, seulement nombres de ces patients ne savent pas écrire, la barrière en terme d'éducation et d'apprentissage bloque la relation soignant-soigné, avant même qu'elle ne puisse être construite. En résumé ce n'est pas un établissement adapté à certaines prises en charge. Et parfois les objectifs du soignants ne concordent pas avec ceux du patient qui vient pour des remises de peines uniquement, cela impact la relation de soin qui ne peut pas être établit si le patient ne vient pas pour du soin. Dans les objectifs soignants c'est aussi de préparer le devenir du patient, ce qui est difficile</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							parfois quand le patient doit purger une longue peine.
	Relation triangulaire	<p>« Parfois aussi on peut avoir des surveillants qui comprennent mal un patient, et là on va pouvoir dire oui mais là c'est la maladie [...]. Ça atténue les tensions. »</p> <p>« [...] tout est lié au surveillant [...] Enfin tous leurs besoins est liés à la pénitencier. »</p> <p>« Alors je ne dirai pas que c'est une relation triangulaire parce que pour moi chacun est à sa place, et le surveillant n'est pas là aux entretiens, aux activités. [...] ça peut être gênant parfois [...]. »</p> <p>« Alors, ce qui est dit peut être différent [...]. »</p>	<p>« Ça me pose pas de souci moi parce que je suis claire avec eux et ils sont clairs avec moi. [...] je sais leur dire quand leur présence n'est pas nécessaire et je sais très bien qu'on en a besoin. »</p> <p>« Oui c'est différent c'est clair. Après plus au niveau de centre de détention, chez les adultes. Après chez les adolescents [...] ils sont habitués en fait à les voir, ils sont max 40 et ils les connaissent. Donc c'est vrai qu'ils ont un lien avec les surveillants que n'ont pas les autres détenus [...]. »</p>	<p>« [...] les surveillants sont présents, bon tu peux discuter un peu mais après, c'est pas dans le cadre du secret médical parce que tu as un tiers qui est là donc c'est un peu délicat. »</p> <p>« [...] quel attitude je vais avoir et puis aussi le regard que peuvent avoir les détenus par rapport à notre entente entre guillemets avec les surveillants [...]. »</p> <p>« [...] ils savent bien que nous, on est obligé de travailler avec les surveillants [...]. »</p>	<p>« [...] tu es un peu surveillants dépendants des fois. A la fois rassurante, parce que tu sais aussi qu'en cas de souci tu as quelqu'un aussi pour intervenir. Après ils empiètent pas sur ... en tout cas pas physiquement, ils n'empiètent pas sur le soin quoi. »</p> <p>« [...] le jeune il se comporte pas de la même manière. »</p>	<p>Le surveillant peut induire une distance dans la relation de soin, en limitant les actions infirmières qui doivent respecter les règles de confidentialité. De même il est difficile pour le soignant d'évaluer les besoins des patients car ils sont fortement liés à la pénitencier.</p> <p>Il y a donc une différence dans la relation soignant-soigné avec la présence du surveillant. Mais cette présence a un impact différent sur l'EPM car les jeunes les connaissent mieux, cela faciliterait-il un climat de confiance ?</p> <p>Au niveau du centre de détention et de la maison d'arrêt, il y a plus de méfiance de la part des détenus.</p> <p>Mais cette relation triangulaire, plus sous forme de relation de collaboration, a des effets bénéfiques sur le patient. En effet en échangeant avec le surveillant, celui-ci peut</p>	

							<p>adapter son comportement face à certains détenus, ce qui diminue les tensions qui peuvent nuire à la relation de soin. Leur présence est donc utile en termes de protection du soignant, mais sans être obligatoire. De même le patient distingue bien le rôle du surveillant et du soignant, ils sont conscients qu'ils travaillent ensemble, mais cela n'impact pas la relation qu'ils ont avec le soignant.</p>
Rôle infirmier	<p><u>Rôle :</u> « Ah bas je pense qu'il influe oui sûrement. » « C'est plus réglementer [...] On a moins de liens avec les familles. » « Alors forcément ça influe parce que toutes ces contraintes de temps, d'organisation. »</p> <p><u>Théorie et pratique :</u> « La pratique des soins... après ce que j'ai appris à l'école c'est assez loin. »</p>	<p><u>Rôle :</u> « [...] on n'a pas de rapport éducatif [...]. On n'a pas de lien hiérarchique avec la justice. » « [...] maman, compagne, en fonction de son âge on peut être petite sœur. » « Pas du tout. Je suis soignante comme je l'étais à l'extérieur. » « A l'hôpital c'est que des soignants, ça s'adresse aux soignants, que là au niveau de la pénitencier, ça s'adresse aux soignants, à la pénitencier, aux</p>	<p><u>Rôle :</u> « [...] je me permets parfois de parler de choses personnelles et généralement ça peut créer effectivement une sorte de confiance parce que les patients, en général, sont assez sensibles à ça. » « C'est une horizontalité [...]. Et de partager ça, ça peut créer un lien de confiance pas inintéressant pour travailler. » « [...] nous on a très peu d'interactions avec ce qui se passe, dans</p>	<p><u>Rôle :</u> « Et bien je redécouvre le travail sur le soin éducatif que j'avais peu avec la personne âgée. »</p> <p><u>Théorie et pratique :</u> « [...] entre ce qu'on nous apprend à l'école et la pratique sur le terrain il y a quand même une différence quoi. »</p>	<p><u>Rôle :</u> Au niveau de l'EPM, en rappelant que le rôle du service et des soignants n'étant pas en lien avec la pénitencier, cela permet d'établir un lien de confiance, ce qui facilite la création d'une relation soignant-soigné. De même pour certains soignants, leur rôle comprend une forme d'échange et de partage avec le patient, c'est-à-dire qu'il n'y a pas seulement des activités de proposées, ou recevoir ce que les patients disent, il faut donner aussi de soi pour que le patient puisse accorder sa confiance,</p>		

			<p>éducateurs... [...] effectivement on ne peut pas bosser comme à l'hôpital.</p> <p><u>Théorie et pratique :</u> « Mais on ne te prépare pas à exercer en milieu carcéral, après c'est à toi de te former sur le terrain avec l'expérience que tu as aussi. »</p>	<p>leur cellule... On est beaucoup moins interventionniste qu'à l'hôpital, on n'a pas de surveillance la nuit. »</p> <p>« [...] je pense qu'il influe forcément »</p> <p>« [...] tu peux vite être détaché du lien que tu as avec tes patients. Tu peux ne pas voir le patient pendant deux jours, ce qui est énorme et ce qui n'arrive jamais à l'hôpital. »</p> <p>« [...] tu es sur tes fondamentaux un peu qui sont de créer du lien et c'est de travailler avec tes patients pour qu'ils aillent mieux. »</p>			<p>comme de donner une sorte de crédibilité en tant qu'être humain.</p> <p>Seulement le rôle soignant n'est pas toujours perçu de manière identique à celui en hôpital. Dans ce milieu carcéral, il faut aussi conjuguer avec le rôle des autres professionnels. Le temps consacré aux soins est moins important du fait qu'il y ait d'autres acteurs qui ne sont pas en lien avec le soin. Une présence soignante amoindrie qui peut impacter la relation soignant-soigné. Il faut donc adapter ton organisation pour conserver ce lien avec le patient.</p> <p><u>Théorie et pratique :</u> Les soignants remarquent bien une différence entre la théorie enseignée et la pratique. Mais n'est pas pénalisant dans la relation de soin qui évolue constamment, c'est aux soignants de s'adapter aussi.</p>
Les différentes représentations : pathologies, population soignée	<u>Population :</u> « [...] c'est comme dans un service normal en fait, ça ne change pas parce qu'ils sont détenu	<u>Population :</u> « [...] tu es dans une relation individuelle qui est plus proche avec les adolescents tout en	<u>Population :</u> « [...] je veux pas tomber dans quelque chose de trop méfiant, parce que si tu es	<u>Population :</u> « Ouais. De la méfiance, je dirai par peur d'une atteinte physique quoi [...] de		<u>Population :</u> Différence entre la prise en charge d'un patient jeune et d'un adulte. Les soignants signalent une prise de	

		<p>en fait, il n'y a pas de prise de distance » « [...] des patients avec une problématique un peu complexe. Parfois c'est leur façon de voir qui peut nous surprendre. » « [...] ça peut choquer quoi. »</p> <p><u>Affect soignant :</u> « Oh oui il y a des histoires de vie qui affectent, qui m'ont affecté. [...] ça peut impacter ouais. »</p>	<p>gardant la distance [...] au niveau du centre de détention [...] la distance faut la mettre, c'est important, c'est des adultes et tu réagis différemment en fait dans ta relation avec eux. [...] Au niveau adolescent tu peux être dans des choses de proximité que tu ne peux pas être au niveau des adultes. » « Il peuvent te faire des propositions, que ce soit du côté intime ou te demander des trucs. » « Ah mais de toute façon il faut toujours faire attention. » « Après faut pas non plus que ça soit omniprésent et que tu ne penses qu'à ça. » « [...] c'est de la vigilance soignante qui est tout à fait normale en milieu carcéral. » « [...] tu as l'API [...] tu es accompagnée d'un surveillant. »</p> <p><u>Affect soignant :</u></p>	<p>méfiant, la personne en face de toi elle peut sentir que tu es méfiant et du coup elle te fais pas confiance [...] » « [...] je me dis faut pas que je sois trop en confiance [...] faut prendre ses précautions [...] »</p> <p><u>Pathologie :</u> « [...] les gens qui ont des troubles de la séparation, des troubles de la personnalité à type d'état limite. [...] et du coup se mettre dans un rapport avec toi un peu plus ambigu quoi. »</p> <p><u>Affect soignant :</u> « [...] il y a des choses ou des gens comme ça qui affectent. On peut se demander pourquoi eux et tout ça. On va pas être mis réellement à mal mais ça fait réfléchir ouais... »</p>	<p>rester sur mes gardes parce que je me sentais moins protéger [...] » « [...] ils sont incarcérés [...] donc la relation aux filles est un peu différente »</p> <p><u>Motif d'incarcération :</u> « nous on sait pourquoi ils sont là. [...] Après ça n'influe aucunement sur notre prise en charge »</p> <p><u>Affect soignant :</u> « [...] enfin j'avais du mal à décrocher en fait, parce que c'est des histoires de vie en général assez complexe, des actes qui ne sont pas anodins, et du coup j'avais du mal à prendre le recul nécessaire et couper entre le travail et la maison. [...] il y a des situations qui t'affectent plus que d'autres, il y a des jeunes qui te touchent</p>	<p>distance plus importante avec les adultes qu'avec des adolescents, avec lesquels ils vont avoir une relation plus de proximité. Il va plus y avoir d'échange, notamment de choses personnelles avec un jeune pour instaurer une relation de confiance. On est plus alors dans une relation de distance avec les adultes. Cependant des soignants peuvent ressentir une certaine méfiance envers certains patients par peur de représailles s'il n'y a pas de réponses à leurs attentes. Cela influe sur le comportement soignant, ce qui va être dit, et donc va impacter la relation soignant-soigné car prise de distance du soignant. Mais aussi une prise de distance de la part du patient qui peut ressentir la méfiance du soignant et donc accorder difficilement sa confiance. Donc un excès de méfiance peut avoir un impact négatif sur la relation soignant-soigné. L'incarcération va influencer sur la relation soignant-soigné, en partie avec le rapport des</p>
--	--	---	---	---	---	--

			<p>« [...] je ne te cache pas qu'il y a des fois il y a des situations qui sont plus compliquées parce que ça te renvoie des choses. [...] Après ton positionnement, t'es pas toute seule, tu bosses en équipe, et ça c'est ta richesse aussi, [...] tu te retrouves pas seule face à une situation. [...] il faut pouvoir en parler, [...] c'est ça qui fait la force d'une équipe.»</p> <p>« [...] toi en tant que soignant tu as la distance pour pas t'écrouler [...]. »</p>		différemment que d'autres. »		<p>détenus aux filles. La distance physique a son importance ici, mais elle va impacter la distance relationnelle.</p> <p>Pour certains soignants ce n'est pas réellement de la méfiance, mais plutôt un sentiment de surprise face à la vision du patient. Il peut donc y avoir une confrontation de valeurs, entre celles du patient et celles des soignants. Cette confrontation peut avoir un impact sur la relation de soin, c'est pourquoi il faut avoir une vision la plus objective possible, pour prendre en charge au mieux un patient. Mais peut-on parler de bonne méfiance ? Car cela amène le soignant à se questionner et donc adapter sa prise en soi. La méfiance devient négative lorsqu'elle est trop présente et qu'elle influe sur la relation de soin, mettant une distance entre le soignant et le détenu. Il faut donc sécuriser sa pratique, dans le milieu carcéral il existe des moyens comme l'alarme ou les surveillants.</p>
--	--	--	--	--	------------------------------	--	--

							<p><u>Pathologie :</u> Pour certains détenus atteint de pathologie en lien avec l'attachement, la distance relationnelle doit se faire, comme une forme de protection pour le patient et donc permettre une bonne prise en soi.</p> <p><u>Affect soignant :</u> Certaines situations peuvent affecter le soignant, avec leurs histoires personnelles. Ces situations peuvent mettre le soignant en difficulté, mais il faut savoir passer le relais à son équipe, qui est une ressource pour l'infirmier. Dans ces moments difficiles, la distance relationnelle est impactée avec un côté émotionnel qui est touché. La distance relationnelle ne comprend pas seulement un côté spatiale avec la distance physique mais aussi toute un partie émotionnelle. Cependant tout est relatif, chaque soignant a son côté émotionnel qui reste un élément propre à chaque</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							personne car les soignants ont aussi leurs valeurs. Pour certains, les histoires peuvent affecter mais sans entraver ton rôle soignant avec la nécessité d'avoir une bonne distance relationnelle.
--	--	--	--	--	--	--	--

Résumé de l'article de recherche :

Introduction :

L'article intitulé « Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture » est sorti en 2012, dans la revue Recherche en soins infirmiers, n°111.

La recherche fut dirigée par l'association de recherche en soins infirmiers (ARSI), et effectuée par D. HOLMES et J-D JACOB. Elle fut financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

Elle est brièvement présentée par un abstract énonçant les étapes de la démarche de recherche (phase conceptuelle, méthodologique, empirique, interprétation et diffusion). L'article analyse les facteurs influençant la pratique infirmière au sein du milieu carcéral, notamment en secteur psychiatrique, et montre l'impact qu'ils peuvent avoir sur la relation avec le patient et le rôle infirmier.

Résumé :

Les soins infirmiers sont parfois influencés par de nombreux facteurs, et notamment dans le milieu psychiatrique correctionnel. Certains chercheurs tentent de savoir quelles conditions permettent le soin. Malgré les différents types de prestations retrouvés selon les pays, la condition qui en ressort est l'indépendance de l'exercice infirmier vis-à-vis du système carcéral.

Cet article de recherche, réalisée entre 2006 et 2009 en milieu psychiatrique correctionnel canadien, montre les facteurs qui rendent difficile la pratique du soin infirmier.

Au niveau conceptuel, deux milieux sont clairement identifiés, celui des soins infirmiers et celui de la criminologie. Au Canada, la part des affections psychiatriques est plus importante au sein du milieu carcéral que dans la population générale. La plupart des études se centrent essentiellement sur la difficulté de l'exercice infirmier, mais elles ne prennent pas en compte l'expérience de ces soignants. De ces deux milieux cités précédemment, s'opposent deux aspects qui sont la sécurité et les soins.

Pour certains auteurs il y a une confrontation aux valeurs et idéaux infirmiers avec la culture carcérale. L'infirmier adapte alors sa pratique professionnelle et se voit attribuer un rôle de « contrôle social », en plus du rôle soignant enseigné au cours de la formation initiale. Cependant il n'y a pas de recherche approfondie sur ce sujet.

Le but de cette recherche est de décrire et de situer la pratique des soins psychiatriques infirmiers en milieu carcéral. Plusieurs questions se soulèvent autour de la pratique professionnelle en milieu psychiatrique correctionnel, de la différence entre ce milieu et le milieu civil, et des stratégies adoptées par le personnel infirmier pour mener leurs activités de soin.

La recherche s'appuie sur des influences théoriques qui veulent comprendre le rôle infirmier par la compréhension de la relation des autres intervenants avec les détenus.

Notamment le surveillant pénitencier, principal représentant de l'institution judiciaire que l'infirmier côtoie. Il a une relation d'autorité avec les détenus, qui leurs doivent « obéissance », un terme qui sous-entend que chaque « gardés » doit faire part de ce qu'il fait ou de ce qu'il veut au gardien qui approuve ou non. Ce contrôle s'effectue par le biais de la répression et de la punition jusqu'à l'intégration des règles émises par l'institution. Cette perspective de contrôle serait le reflet de la stratégie de « gouvernementalité » qui par des processus de punition établit un contrôle. Ces processus se retrouvent dans d'autres institutions tels que l'école, la famille, ...

Il y a donc un fossé entre dirigeants et dirigés qui est voulu par l'institution, et au sein de laquelle s'établit une relation globale (pénal et psychiatrique) mais surtout par le biais d'une politique répressive.

Du point de vue de la méthode, celle-ci est basée sur la « théorisation ancrée » qui permet de mettre en avant des constats sociaux. Cette théorie s'effectue par comparaison constante, la collecte et l'analyse des données se font de manière simultanée.

Pour la collecte de données, deux sources sont utilisées, d'une part des entrevues semi-dirigées, avec 25 infirmiers(ères), et d'autre part la recherche documentaire. Cette récolte d'information s'effectue selon des cadres théoriques prédéfinis, ce qui facilite la sélection des données. Puis, par un système de codes, elles sont classifiées et regroupées en catégorie. L'analyse se fait selon les mêmes références théoriques. Il est clairement reconnu que ces théories influencent l'étude, au niveau des questions posées et de l'analyse de ces réponses.

Les résultats obtenus à partir des données récoltées et analysées, ont permis de mettre en avant quatre grandes catégories, dont une est centrale et les trois autres gravitent autour.

La première est porte sur le dispositif pénal. Cette catégorie expose l'influence de l'environnement sur les soins infirmiers, et notamment la rupture liée à la vision du rôle de l'unité qui tend surtout à rendre les peines plus « humaines », plutôt que la dispensation de soins psychiatrique. Cette vision également adoptée par les détenus, favorise un second rôle en plus d'être soignant, celui de contrôle. Cette fonction de contrôle social sert d'une part à surveiller que les détenus viennent bien pour une prise en soin, et d'autre part à surveiller leurs conduites au sein des locaux. Ce rôle a une répercussion notable sur la relation soignant-soigné, puisque non seulement cette fonction est une charge supplémentaire pour le soignant qui consacre moins de temps au détenu, mais aussi parce que le soignant est perçu comme une figure d'autorité. Il influe donc sur l'exercice professionnel infirmier, en créant des tensions avec le patient et menace le bon déroulement de la prise en soin de ces détenus.

La deuxième catégorie concerne la déviance et les représentations, notamment la vision des soignants sur les patients. Une différence est notée entre les maladies attendues par les infirmiers et celles réellement présentes dans le service de soin, qui sont plutôt de l'ordre des troubles de la personnalité et non des pathologies psychiatriques actives. Afin de

favoriser un processus thérapeutique, les soignants sont sensibles au vécu du patient, à son histoire, sa famille, qui peuvent expliquer leur pathologie. Cependant certaines représentations négatives des maladies influent sur la prise en charge des patients, et notamment sur la construction de la relation qui s'établit difficilement du fait de la méfiance des soignants envers des patients présentés comme manipulateur ou dangereux.

La troisième catégorie est sur le thème de la rhétorique thérapeutique qui constitue un élément important pour cette étude. Elle expose un plan « comportemental » à partir duquel toute modification de comportement signale le passage d'une étape. L'infirmier s'adapte à ces comportements, ils en adoptent également et modulent leurs interventions. On retrouve un rôle punitif afin de maintenir l'ordre, mais ne faisant pas appel aux surveillants pénitenciers qui pourraient perturber le fonctionnement de l'unité, en effet les soignants souhaitent se détacher de l'institution carcérale. Pour les infirmiers, cette fonction de « contrôle social » possède une valeur thérapeutique dans le sens où le détenu va pouvoir réfléchir à ses actes et donc devenir plus autonome. Ils trouvent que cette fonction n'a pas le même impact que le rôle punitif des surveillants pénitenciers, dont les interventions sont considérées comme étant trop sévères. Cependant malgré une vision thérapeutique de ce rôle, l'étude montre qu'il reste une fonction de punition, privant le détenu de certaines choses, même le soin.

La dernière catégorie porte sur la rupture, élément central des données récoltées. Elle met en avant un « processus de conformation aux mœurs carcérales » mais aux dépens des représentations développées lors de la formation initiale. Une nouvelle perception du soin infirmier émerge, avec une pratique différente et cependant perçue comme une menace pour le rôle professionnel. Les soignants remarquent un fossé entre la pratique enseignée et celle pratiquée en milieu carcéral. En effet l'infirmier doit se conformer à la culture carcérale pour la prise en soin du détenu, il doit donc adapter sa pratique. L'impact principal se situe au niveau du ressenti, avec une diminution de l'empathie qui modifie la distance relationnelle. Cet impact est lié non seulement à l'organisation avec les règles de l'institution, mais aussi au niveau idéologique qui influe sur le personnel soignant.

Ces résultats mettent en évidence l'impact de ce milieu, qui diffère d'un milieu conventionnel par son organisation et ses patients, sur la pratique infirmière. Les soins infirmiers doivent être accompagnés du contexte dans lequel ils sont exercés. Il est difficile de d'adapter la formation reçue initialement avec la culture carcérale. L'étude montre également que le double rôle soignant et punitif, rend compliqué la représentation professionnelle infirmière. De plus l'institution carcérale attend à ce que le personnel infirmier prodigue des soins psychiatrique en s'adaptant à la culture carcérale.

Pour la conclusion, l'étude soulève de nombreuses questions, et notamment en rapport avec l'éthique et la pratique infirmière.

Liste des abréviations

CD : Centre de Détention.

MA : Maison d'Arrêt.

EPM : Etablissement Pour Mineur.

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoire.

SMPR : Service Médico-psychologique Régional.

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.

La formation nous donne les connaissances afin d'établir une relation de soin, cependant c'est sur la réalité du terrain que l'on voit l'ensemble des éléments participant à la mise en place d'une distance relationnelle entre le soignant et le patient. C'est d'ailleurs au cours de mon stage de deuxième année que j'ai pu voir l'importance de cette distance relationnelle. C'était au SMPR (service médico-psychologique régional) à la Maison d'Arrêt, où durant un entretien d'accueil, je me suis retrouvée déstabilisée face aux propos que tenait le détenu concernant son motif d'incarcération. Je me suis questionnée sur l'objectivité dans la prise en charge et de la distance relationnelle vis à vis de cette population soignée. **Quels sont alors les facteurs qui influencent la distance relationnelle infirmier-patient, en milieu carcéral ?**

Cette réflexion s'est développée autour de trois axes principaux qui sont le milieu carcéral, la distance relationnelle et les facteurs d'influence. La construction de ce cadre conceptuel s'est fait par de multiples recherches, lectures et aussi par des connaissances personnelles, acquises durant la formation. Et puis, les entretiens effectués avec quatre infirmiers ont enrichis ce cadre théorique, et ont apporté des données qualitatives par le biais d'une grille d'entretien. L'analyse de ces entretiens a permis d'ancrer les éléments du cadre conceptuel dans une réalité professionnelle. Dans ce contexte carcéral, on peut voir l'évolution des droits du détenu, mais aussi de la pratique des soins. En effet, celle-ci se détache de l'administration pénitentiaire avec la Loi du 18 janvier 1994. Cela permet une nouvelle vision de la prise en charge des patients par les infirmiers, qui passera par l'établissement d'une relation soignant-soigné. Cette dernière se construit avec différents éléments, tels que la communication, les valeurs ou encore la distance physique. Le respect et la confiance sont les bases de la relation soignant-soigné, ce qui permet aux infirmiers et aux détenus de s'investir dans cette relation, d'adapter et d'optimiser la prise en charge de la personne soignée. La relation de soin est une priorité du rôle soignant qui doit répondre aux besoins des patients. Cependant ces besoins sont liés à la prison, et plus précisément aux surveillants pénitenciers, présents au quotidien avec les détenus. On voit alors l'importance d'un travail d'équipe, d'une coordination entre le soignant et le surveillant pénitencier. Par conséquent ce travail en collaboration est à prendre en compte dans l'influence qu'il a sur la prise en charge du patient. **Quel est l'impact du travail en collaboration, entre le surveillant pénitencier et l'infirmier, sur la prise en soin du détenu ?**

Mots clés : Distance relationnelle, relation soignant-soigné, milieu carcéral, surveillant pénitencier, facteur d'influence, détenu.