

Soigner en milieu carcéral

«Quelles sont les différentes stratégies de soins et difficultés rencontrées par les infirmiers, dans le contexte carcéral ? En quoi ce milieu particulier influence-t-il la relation soignant-soigné ? »

Travail de Bachelor



(Image personnelle)

BALMER Alexandra - N° 09671595
LOCATELLI Léoné - N° 07328560

Directeur-trice : Brigitte Chatelain – Chargée d'enseignement HES

Membre du jury externe : Fabrice Curdy – Infirmier spécialiste clinique HUG

Genève, le 13 août 2013

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 13 août 2013

Alexandra Balmer et Léoné Locatelli

Résumé

Ce travail a pour but de mettre en avant les facteurs qui influencent la relation soignant-soigné en milieu carcéral. Nous avons cherché à comprendre par quels moyens les infirmiers créent un lien avec les patients tout en respectant leur devoir d'impartialité dans un milieu propice aux préjugés. En effet, de nombreuses idées reçues circulent à propos du milieu carcéral comme par exemple l'idée d'un monde violent, peuplé de dangereux criminels. Quant aux prisonniers, ils ont souvent une réputation de « brutes épaisses », jusqu'à les déshumaniser complètement. Ces préjugés sont d'autant plus immuables qu'ils sont sans cesse alimentés par les médias et le cinéma. Pour se rapprocher de la réalité, nous avons donc interviewé trois infirmiers de l'équipe de la prison Champ Dollon qui nous ont fait part de leur expérience et de leur travail au quotidien. En parallèle, nous avons récolté des éléments théoriques notamment en lien avec le rôle infirmier, le milieu carcéral et l'aspect légal dans les soins.

Cette recherche a permis de donner des éléments de réponses à notre problématique, à travers les constats suivants : l'enfermement joue un rôle important dans la manière que l'être humain a d'entrer en relation. Néanmoins, le lien entre soignant et soigné se crée sans trop de difficultés grâce aux compétences et stratégies que les infirmiers mettent en place. De plus, la nature des délits commis ne joue pas un rôle prépondérant dans la capacité des infirmiers à offrir une relation d'aide. Enfin, l'analyse démontre également que les conséquences de la surpopulation carcérale présentent une difficulté supplémentaire tant pour les détenus que pour les infirmiers.

Mots-clés :

- Contexte carcéral - Prison context
- Relation d'aide - Help relationship
- Equité - Equity
- Valeurs - Values
- Détenus - Prisoners

Table des matières :

1. Introduction	5
1.2 Motivations	5
2. Fondements théoriques	6
2.1 Evolution de la prison et service médical : Législation suisse et Droits de l'Homme.....	6
2.2 Profession infirmière, rôle propre	9
2.2.1 Aspects généraux	9
2.2.2 Spécificité du rôle infirmier en milieu carcéral	12
2.3 Déontologie et éthique en prison.....	13
2.4 L'influence des préjugés dans la relation d'aide : une difficulté pour le soignant ?.....	14
2.5 Place de la femme soignante et son influence dans la relation soignante.....	16
2.6 Contexte carcéral	17
2.6.1 Population carcérale – Champ Dollon	17
2.6.2 Influence du contexte carcéral sur la relation soignante	20
2.6.3 Service médical de Champ Dollon	22
3. Méthodologie	23
4. Analyse : rencontre avec les professionnels.....	25
4.1 Influence du contexte carcéral sur la relation soignant-soigné.....	25
4.2 Service médical : nécessité de connaître les crimes/délits commis ?	26
4.3 Stratégies des soignants.....	26
4.4 La surpopulation et ses conséquences.....	27
4.5 La méfiance dans les soins.....	28
4.6 Les actes auto-dommageables	29
4.7 Influences de la multi culturalité : barrières de la langue et croyances.....	30
4.8 Un soignant ou une soignante : une différence pour les détenus ?	32
4.9 Ethique	33
4.10 Projet Curabilis	34
4.11 De belles rencontres	35
5. Conclusion.....	36
5.1 Résultats de la recherche	36
5.2 Perspectives.....	38
5.3 Apports personnels	38
6. Remerciements	40
7. Bibliographie.....	41

Annexes

1. Introduction

1.2 Motivations

Pour ce travail de Bachelor, nous avons abordé le sujet de la distance professionnelle qu'un infirmier¹ se doit d'adopter dans le milieu carcéral lorsqu'il est face à une personne ayant commis un crime ou un délit. Nous voulions mettre en avant les éventuelles difficultés pour les soignants, inhérentes à la vie en prison et si la distance relationnelle était plus difficile à poser dans un tel milieu.

Le fait de travailler dans un milieu carcéral, ou dans une unité qui prend soin des personnes qui peuvent se montrer violentes de par les délits qu'elles ont commis, relève pour nous d'un grand courage et d'une grande capacité à savoir faire la part des choses entre leur rôle professionnel et leurs valeurs personnelles. Nous sommes curieuses de savoir comment, en tant qu'infirmier, il est possible d'apporter des soins de qualité à une personne ayant fait du mal à autrui. De plus, il y a différentes sortes de patients ayant commis des crimes : certains sont touchés par un trouble psychiatrique qui les pousse à commettre des actes répréhensibles, tandis que d'autres ne présentent pas de problèmes psychiques. Nous nous demandons si cette différence a une quelconque influence sur le jugement des infirmiers et s'ils arrivent à se soucier de la souffrance de leurs patients, parallèlement à la prise en compte de la souffrance que ces derniers ont infligée à leurs victimes.

Nous pensons qu'être infirmier en milieu carcéral doit être à la fois passionnant et déroutant : repousser ses propres limites pour être capable « d'accueillir l'autre », être parfois le confident de cet « autre » qui a commis un grave délit, avoir une ouverture d'esprit qui permet de découvrir la personne en dehors de son crime ; d'autre part, s'apercevoir que le patient peut aussi être touchant, fragile et reconnaître ses bons côtés. C'est un gros travail et nous pensons qu'il faut du temps pour parvenir à dompter tous ces aspects.

Outre la distance professionnelle face à des personnes coupables de crime et la compréhension des différentes stratégies des infirmiers pour faire, malgré leurs éventuels préjugés, un travail de qualité dans la prise en soins, nous nous intéressons également à la souffrance de ces patients. Quand il y a acte de maltraitance, par exemple, la victime est souvent placée au premier plan. Nous trouvons, dans un tel cas, qu'il est tout aussi important de s'intéresser à la souffrance des « coupables ». Un infirmier se doit de s'occuper de ses patients du mieux qu'il peut et les traiter tous de la même façon, c'est-à-dire en les respectant et en leur prêtant une oreille attentive. Une personne coupable d'un crime ou d'un délit, nécessitant une prise en soins, a le droit d'être écoutée. En s'intéressant à son mal être, il est possible de mieux le comprendre et de lui proposer un suivi adéquat. Nous aimerions donc, à travers ce travail, développer aussi cette approche.

¹ À lire aussi au féminin, sauf si précision

2. Fondements théoriques

Comme notre sujet traite de la relation soignant-soigné en prison, il nous semblait essentiel de définir dans notre cadre théorique le rôle infirmier en prison ainsi que le contexte carcéral. Nous nous sommes intéressées aux facteurs tels que la particularité de la population carcérale, aux types de délits commis, à la vie en communauté, à la surpopulation ainsi qu'à l'influence de la privation de liberté sur l'être humain. Nous avons également réfléchi à la place qu'occupent les soins dans un tel milieu et la possibilité pour les détenus² d'y accéder. Nous nous sommes aussi intéressées à l'aspect législatif en milieu carcéral ainsi qu'à l'aspect éthique et aux préjugés.

2.1 Evolution de la prison et service médical : Législation suisse et Droits de l'Homme

L'amélioration des conditions d'emprisonnement a considérablement évolué au cours des siècles. En effet, malgré sa fonction première qui consiste en une privation de liberté, la prison se doit également de respecter les Droits de l'Homme et d'assurer des conditions de vie correctes à ses détenus. Au fil des ans, les personnes incarcérées se sont vues reconnaître des droits pouvant les aider à être entendues et à vivre leur enfermement de manière décente. En effet, le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants (tenu à Genève) a mis en place, en 1955, un ensemble de règles concernant le traitement des détenus. Ces règles, devant être appliquées de manière impartiale, stipulent par exemple que les locaux de détentions doivent obligatoirement être munis de fenêtres suffisamment grandes pour permettre l'entrée d'air frais ou pour que les détenus puisse se servir de la lumière naturelle pour lire ou travailler. Elles précisent également que les installations sanitaires (toilettes et douches) doivent être accessibles et utilisables ceci, en les maintenant dans un parfait état de propreté et d'hygiène. Concernant les droits de plaintes, il est aussi précisé que les détenus doivent être informés de leurs droits ainsi que de leurs obligations dès leur entrée en prison : « Lors de son admission, chaque détenu doit recevoir des informations écrites au sujet du régime des détenus de sa catégorie, des règles disciplinaires de l'établissement, des moyens autorisés pour obtenir des renseignements et formuler des plaintes, et de tous autres points qui peuvent être nécessaires pour lui permettre de connaître ses droits et ses obligations et de s'adapter à la vie de l'établissement » (Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, 1955).

Au niveau de la santé, l'histoire de la prison a également connu des changements considérables : en effet, une réforme concernant les soins en prison a eu lieu le 18 janvier de 1994 et a marqué une avancée importante dans les soins carcéraux. Le service médical des prisons est désormais relié au service public hospitalier. C'est

² À lire aussi au féminin, sauf si précision

dans un contexte de prise de conscience collective, en regard des conditions d'emprisonnements, que cette réforme a vu le jour.

Avant cette réforme de 1994, les soins prodigués en prison n'étaient pas réglementés ni protocolés de façon précise et les pratiques étaient parfois douteuses. Le souci du secret médical n'était pas respecté puisque les surveillants avaient accès aux dossiers des détenus: « Avant la réforme, les surveillants préparaient certains traitements à partir d'ordonnances médicales ..., ils travaillaient au secrétariat médical et par voie de conséquence avaient accès aux dossiers médicaux » (Haouili, 2003). En effet, en France par exemple, le Haut Comité de la Santé Publique s'était informé sur les pratiques exercées et avait tiré la conclusion que les conditions de santé étaient déplorables, non seulement sur l'angle du non-respect de la confidentialité mais également en matière d'hygiène et du matériel à disposition. La santé des détenus n'était pas assurée et les risques d'épidémies et de contagions de certaines maladies devenaient de plus en plus évidents. « Des détenus font office d'aides-soignants ... L'épidémie du VIH, les peurs qu'elle véhicule, le manque de moyens humains et de matériel dont disposait la médecine pénitentiaire d'alors amène l'administration des prisons à une ouverture » (Rapport du Haut Comité de Santé Publique, 1993, cité par Migliorino, 2009, p. 11). Cet état des lieux permit donc de faire entrer la loi de 1994 en vigueur, stipulant l'entrée du service de santé public hospitalier dans les prisons.

En Suisse également, certaines actions se sont mises en place concernant la santé des détenus. Comme nous l'indique la synthèse de l'Université de Neuchâtel sur la pratique médicale en milieu de détention, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a également mis en place, en 2002, des directives spécifiques sur l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues. Cette même synthèse stipule que ces recommandations ont pour but de rappeler les principaux droits des personnes détenues et « elles s'inspirent largement des recommandations internationales concernant les soins aux personnes détenues, notamment celles du Conseil de l'Europe, et expriment l'éthique médicale du moment. » (Hostettler, Perrenoud, Richter, Schaffter, & Sprumont, 2009, p. 7). Ce même document nous informe également que ces directives tentent de mettre en avant une préoccupation toute particulière en ce qui concerne l'accès aux soins, le libre choix et la protection des données.

Ces recommandations, servant de base aux pratiques du personnel médical, s'appuient, entre autre, sur les droits de l'Homme et le droit à la santé. Les directives de l'ASSM (concernant l'exercice de la médecine auprès des personnes détenues) revendiquent, à titre d'exemple, le droit à l'équivalence des soins, la notion de consentement libre et éclairé, le respect de la confidentialité, le droit à l'information et l'indépendance du service médical.

Ainsi, au niveau Européen, la place des soins en milieu carcéral a pu se développer et la prise en charge médicale s'est améliorée. Les surveillants ont retrouvé leur fonction première de gardiens de la loi et, du côté médical, de nouvelles équipes (constituées de médecins, de psychiatres et d'infirmiers) se sont formées. Les rôles de chacun sont maintenant définis et le service médical n'est plus rattaché au

pénitentiaire : « Les personnels hospitaliers importent de fait leurs outils, postures soignantes et dispositions professionnelles. Ils inscrivent une délimitation physique des espaces sanitaires pour établir l'autonomie de leur intervention » (Migliorino, 2009, p. 11).

Suite à cette réforme, de nouvelles règles sont entrées en vigueur et la mission générale se joue sur plusieurs plans : l'établissement d'un bilan de santé à l'arrivée de tous les détenus, le suivi sanitaire des patients souffrant d'une pathologie ponctuelle ou chronique, la mise en œuvre d'une mesure d'isolement en cas de maladie contagieuse, l'information et la prévention (Dr Haouili, Association Suisse des Professionnels de Santé exerçant en Prison [ASPSEP]).

Comme le stipule la directive n°10 de l'ASSM concernant la confidentialité, «Le secret médical doit être respecté selon les mêmes dispositions légales qui s'appliquent pour les personnes libres (art. 321 CPS). Les dossiers des patients doivent être notamment conservés sous responsabilité médicale» (ASSM, 2013, p. 9). Soulignons que cette précision sur le secret professionnel peut, en grande partie, contribuer à la confiance que les détenus attribueront à l'équipe soignante. Grâce à la loi de 1994 et donc à la nouvelle attribution des rôles, ils savent que leur état de santé et tout ce qui s'y relie ne sortira pas du service médical et qu'ainsi, aucune information de ce titre ne sera divulguée (ni aux surveillants, ni aux autres détenus).

Par conséquent, le détenu est reçu au service médical en tant que patient et est accueilli et soigné en tant que tel, il peut se servir de cet espace pour s'exprimer en toute confiance : « La circulaire du 8 décembre 1994 a posé comme objectif d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population ... L'arrivée du personnel hospitalier obligeait l'univers carcéral à un processus de décroisement et à une limitation de son pouvoir sur la vie du détenu» (Migliorino, 2009, pp. 3-4).

Toutefois, malgré ces règles et ces rôles définis, soigner en milieu carcéral est une tâche complexe. Bien que les marches à suivre soient réglementées, que la sécurité du personnel soit assurée et que les détenus doivent être considérés comme des patients avant tout, il reste que le positionnement professionnel n'est pas toujours évident : Selon Migliorino (2009), « Soigner en prison exige absolument au préalable une manière d'être. Une ferme volonté de poser d'emblée les règles d'éthique et de déontologie, car si les soignants se présentent dans une neutralité affective, soigner sans juger, et une intégrité déontologique, chacun sa place, fortes sont les pressions qui cherchent à obliger le soignant à prendre position, à s'identifier aux détenus ou aux surveillants » (p. 5). Même avec un cadre posé et une volonté initiale de s'y conformer, tout infirmier peut se retrouver en difficulté, pris par ses émotions ou sa conscience. Cela démontre que la profession infirmière est avant tout un métier mettant en jeu l'être humain, au-delà des clauses décidées.

2.2 Profession infirmière, rôle propre

2.2.1 Aspects généraux

La profession infirmière est fondée sur quatre principes éthiques qui définissent les axes de pensées prioritaires de l'infirmier dans sa pratique : La bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice.

D'après le document rédigé par Hurst qui fait référence aux idées d'Hébert, le principe de bienfaisance consiste à mettre en place ce qui est bien pour le patient, ce qui lui est bénéfique, en lien avec sa situation personnelle et de santé. Ce principe s'accorde au principe de non-malfaisance, qui vise à avoir une attitude et à fournir des prestations qui ne soient pas malfaisantes pour le patient, au sens délétaire du terme.

Toujours selon Hurst, ces deux principes se complètent généralement, il est possible d'en respecter un tout en transgressant l'autre. Par exemple, le fait de vouloir à tout prix préserver la vie d'une personne âgée atteinte d'une maladie incurable se trouve être à la fois bienfaisant (on veut sauver la vie de la personne et faire au mieux pour sa santé) et à la fois malfaisant (on maintient en vie une personne qui souffre, au nom du droit à la vie et au maintien de la santé, alors que dans cette situation, il serait peut-être moins malfaisant de la laisser mourir).

Ainsi, la notion de bienfaisance et de non malfaisance n'est pas absolue et dépend du point de vue duquel on se place et les facteurs que l'on prend en compte, raison pour laquelle il s'agit de principes éthiques et donc relatifs. Le but pour l'infirmier est donc en tous les cas d'agir dans le but d'être le plus « bienfaisant » et le moins « malfaisant » possible en fonction de la situation, du désir du patient et des possibilités qui s'offre à lui.

Le troisième principe éthique qui fonde la discipline infirmière est « l'autonomie ». Il s'agit de l'autonomie du patient qui consiste à faire en sorte que le patient soit informé de manière claire et transparente de son état de santé (pathologie, possibilités médicales, effets secondaires, risques encourus etc...). Ce droit à l'information doit permettre au patient de prendre les décisions qui le concernent, en toute connaissance de cause.

Enfin, il y a « la justice ». Cela consiste à respecter l'équité entre les patients, soit le droit de chacun d'être traité avec la même conscience par les infirmiers.

S. Kérouac, J. Pepin, F. Ducharme et F. Major, auteurs de «La pensée infirmière » (2010), ont quant à eux relaté et analysé les trois principaux courants de pensée, définissant la discipline infirmière, de 1850 à nos jours. Ces courants sont également appelés des « paradigmes », dont voici quelques explications contextualisées :

Le paradigme de la catégorisation : (1850 - 1950)

Le patient est considéré comme l'addition de plusieurs parties, que l'on peut soigner individuellement. Le rôle de l'infirmier est de soigner, au sens purement médical du terme. A cette époque, la dimension relationnelle est absente de la notion de soins, ainsi que la dimension de partenariat dans les soins, entre le soignant et le soigné. L'infirmier et l'équipe médicale au sens plus large, détiennent le savoir, que le patient n'a pas. Ainsi, les soignants agissent pour le patient, en se basant sur un savoir médical, qui suffit à définir ses besoins.

Le patient, lui, n'est pas inclus dans les soins, tout comme l'aspect culturel, spirituel, environnemental etc... A cette époque, il n'existe pas de dimension globale des soins, ni de projet de soins ou d'aspect préventif de la santé : les soins s'apparentent un peu aux mathématiques : un problème de santé précis et individuel de départ est identifié, puis il est soigné, selon les directives médicales, afin qu'il disparaisse (on soigne une plaie et non pas un patient qui présente une plaie...) De plus, la dimension psychologique est considérée comme une entité indépendante de la dimension somatique, (on ne se préoccupe pas de l'une lorsqu'on soigne l'autre).

Ce paradigme est communément résumé par l'idée de « faire pour » (le patient). L'infirmier y tient un rôle d'exécutant.

Le paradigme de l'intégration (1950 - 1975)

Les mentalités évoluent, notamment dans le domaine de la santé. On dit désormais que l'infirmier « fait avec » et non plus « pour ». Les soins sont contextualisés et centrés sur la personne soignée (et non plus sur son problème de santé isolé). Ce qui change concrètement, c'est l'intégration du patient dans sa prise en soins, ainsi que la prise en compte de plusieurs facteurs externes, désormais reconnus comme ayant une influence sur le patient et son état de santé.

Dès lors, on considère le malade comme une personne, dotée de peur, de volonté, de capacités et de besoins qui lui sont propres. On admet alors comme indissociables et complémentaires, le pôle somatique et le pôle psychologique, qui forment donc un tout. Le patient est considéré comme un être bio-psycho-socio-culturel, qui participe à ses soins. C'est dans ce courant de pensée, que l'on reconnaît la discipline infirmière comme distincte de la discipline médicale : c'est l'apparition du rôle propre infirmier.

Le paradigme de la transformation (1975 à nos jours)

Désormais l'infirmier est « avec » le patient. La notion d'accompagnement dans les soins, fait son apparition. « Elle [l'infirmière] accompagne la personne dans ses expériences de santé, en partenariat avec le patient ... La personne devient un tout indissociable plus grand et différent de la somme de ses parties, en continu

changement. » (Burgy, 2009, p. 11). On parle désormais de prise en charge globale d'un patient, ce qui suppose la connaissance et la prise en compte de facteurs allant bien au-delà du problème de santé de la personne, en tant que tel. La priorité de l'infirmier est de pousser le patient à être acteur de sa propre santé et de la manière dont il veut remédier à un problème de santé, selon son cercle de valeurs et croyances.

L'infirmier guide le patient au plus près du projet du soin qu'il désire, en l'aidant à l'élaborer, notamment selon sa faisabilité ou non, d'un point de vue médical. Il favorise ainsi l'autonomie de tout un chacun, désormais considéré comme en partie responsable et acteur de sa guérison et/ou du maintien de son bon état de santé, de même que de la dégradation de celle-ci.

Le rôle infirmier se base donc aujourd'hui sur ce dernier paradigme. De manière plus concrète, mais toujours en accord avec ce courant de pensée, l'Organisation Mondiale de la Santé OMS, propose également une définition du rôle propre infirmier.

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], citée par Wikipedia, 2013).

D'après la « World Health Assembly » de 1993, réactualisée en 2002, à propos de la mission des soins infirmiers.

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. (World Health Assembly, 2002, p. 15).

Le Conseil International des Infirmières définit les soins en soulignant l'autonomie et la promotion de la santé.

... Les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les

soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. (Conseil International des Infirmières, 2010).

Enfin Selon Balier³ (1996) : « Il [l'infirmier] offre d'emblée une position d'accueil et d'écoute, notamment dévolue à sa permanence et sa proximité. Ces notions donnent un apanage de possibilités d'accueillir le sujet patient dans la difficulté de faire des demandes ou d'entrer en relation. » Il ajoute : « Il est en de même pour un ressenti psychique, ne serait-ce que celui que le patient vient exprimer à l'infirmier ... ou de la difficulté de parler à celui-ci. Bien souvent, ce qui peut soulager le patient, c'est de pouvoir le dire à quelqu'un en qui il peut porter sa confiance » (p. 4). Cette dernière phrase prend tout son sens particulièrement en prison où les soins infirmiers y sont majoritairement relationnels.

2.2.2 Spécificité du rôle infirmier en milieu carcéral

L'infirmier a en effet une obligation de neutralité, de respect de la différence et de l'altérité et de manière générale, de respect de l'être humain. « Soigner derrière les barreaux, c'est avant tout proposer la même qualité de soins qu'à l'extérieur, mais c'est aussi assurer le respect inhérent à la personne humaine » (Picherie, 2003, p. 31).

Joly écrit son mémoire de fin de formation en 2004, dans lequel elle s'intéresse à la place du soignant dans le milieu carcéral, où se côtoient l'aspect pénitencier et hospitalier. Elle avance que « L'exercice du soignant en milieu carcéral est à la fois complet et spécifique » (Licari-Joly, 2004, p. 3). Elle parle d'un rôle complet en ce sens que les infirmiers doivent répondre tant aux plaintes somatiques, qu'aux plaintes d'ordre psychologique, qui souvent ne sont pas exprimées clairement par le patient et leur apporter un soutien relationnel. Elle explique que ce même rôle est également spécifique, notamment car les infirmiers doivent exercer en collaboration constante avec le système pénitencier, qui influence à lui-même la santé des détenus. « La spécificité est liée à la population concernée et à l'incidence de la détention sur sa santé, aux contraintes de l'exercice dans ce type de structure. » (Licari-Joly, 2004, p. 3).

Selon le code déontologique de santé publique, la neutralité dont doit faire preuve l'infirmier à l'égard de ses patients est d'ailleurs mentionnée sans équivoque : « L'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs,

³ Psychiatre, psychanalyste français en milieu pénitencier

sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation » (Code de la santé publique, 2004, cité par Ramahavita, 2007, p. 14).

Le rôle de l'infirmier en prison n'est pas si différent que son rôle à l'extérieur, en ce sens que la mission infirmière et le code déontologique restent inchangés. Néanmoins, il est nécessaire que les infirmiers qui y travaillent, soient conscients de l'influence du contexte carcéral et de la vie en prison sur les détenus, afin d'être particulièrement attentifs à certains points prédominants : risque de suicide, grève de la faim, gestes auto-dommageables, dépressions, violences... La prise en charge de la douleur, serait également particulière en prison, sachant que « L'incarcération modifie énormément la perception individuelle de la douleur, qu'elle soit physique ou psychologique. C'est pourquoi l'infirmière a un rôle fondamental d'écoute, d'aide et de soutien » (Picherie, 2003, p. 30).

Ces risques peuvent bien sûr être présents ailleurs qu'en prison, mais le contexte carcéral les rend nettement plus importants. De plus, l'infirmier doit avoir connaissance des particularités communes à la majorité des prisonniers, à savoir, une multiplications des échecs (scolaires, économiques, familiaux), souvent des antécédents psychiatriques, une prédominance des maladies infectieuses et déficit d'hygiène ainsi que de contextes addictifs (alcool, drogues, cannabis, etc.). Cela permettrait à l'infirmier de mieux comprendre les détenus et leurs besoins tant sur le plan somatique que psychologique, d'où l'idée de spécificité de leur rôle en prison. (Picherie, 2003, p. 31).

2.3 Déontologie et éthique en prison

D'après un article de la revue médicale suisse publié en 2010, il n'est pas rare que les infirmiers soient confrontés à des situations extrêmes, d'un point de vue éthique, telles que refus de soins, grève de la faim en guise de protestation, risque suicidaire, traitements sous contrainte, etc. En somme, « Les situations limites sont fréquentes. Les balises éthiques, déontologiques et légales sont indispensables » (Bertrand, Bodenmann, Gravier, Pasche, Rieder & Wolff, 2010).

Le journal Objectifs soins publie en 2005 un article intitulé « Soigner en prison : un paradoxe ? ». L'auteur de l'article y aborde l'aspect déontologique et éthique des soins en milieu carcéral. Il commence son article comme suit : « Si les détenus sont en prison c'est qu'ils ont été jugés par la société et en aucun cas nous ne devons les rejurer en leur limitant l'accès aux soins » (Marmin, 2005, p. 28). Il rappelle que les soignants sont soumis à des règles déontologiques qui leur interdisent toute forme de discrimination et les obligent à agir dans une neutralité absolue, en référence à la déclaration des droits de l'homme, établie en 1948.

Cette déclaration appelle à l'égalité entre les humains et au respect de tout un chacun.

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité ... Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion publique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. (Déclaration universelle des droits de l'Homme, 1948).

Selon ce même article, « Les valeurs, dont sont porteurs les soignants, sont mises à rude épreuve, au sein du milieu carcéral. » (Marmin, 2005, p. 30) Pour comprendre pourquoi, l'auteur soulève alors cette question du point de vue infirmiers : « Serons-nous aussi neutre lorsque l'on apprendra qu'un patient a violé ou tué un enfant et qu'il est de plus récidiviste ? » (Marmin, 2005, p. 30 cité par Ramahavita, 2007, p. 15). Cela nous amène à nous questionner sur la nécessité ou non pour les infirmiers de connaître le délit commis par les patients et aux conséquences que cette information pourrait avoir. Selon cet article, pour pouvoir rester neutres, les infirmiers ne devraient pas connaître la nature des délits commis, au risque que leur prise en soins ne s'en trouve altérée.

Sur ce sujet, Marmin différencie la prison de l'hôpital : « Pour une prise en charge individualisée, ... certains estiment qu'il faut tout connaître du patient ... En milieu hospitalier pourquoi pas, mais en prison, nous sommes dans un univers particulier et bien souvent il est préférable d'ignorer les raisons de cet enfermement » (Marmin, 2005, p. 30).

Une autre des valeurs (déontologique) soignante, qui se trouve mise à rude épreuve en milieu carcéral est celle du respect du secret professionnel, auquel les infirmiers sont soumis. Sur ce sujet, les lois établissent clairement que les détenus bénéficient du secret professionnel des infirmiers, sauf dans quelques cas extrêmes (prévision de se faire gravement du mal à soi-même ou à autrui, annonce d'un viol ...). Néanmoins, le contexte carcéral, rend difficile l'application de cette loi, notamment à cause de la présence permanente des gardiens et des codétenus.

2.4 L'influence des préjugés dans la relation d'aide : une difficulté pour le soignant ?

Etre infirmier englobe tout un savoir-faire qui va au-delà des soins techniques tels que l'administration d'un médicament, la pause d'une perfusion ou encore la réfection d'un pansement. Le site web Soinfirmier.com explique que la relation d'aide est un aspect incontournable et nous indique son utilité : « La relation d'aide est un soin puisqu'elle permet de rassurer le patient, de diminuer sa peur et son anxiété face à la maladie et au traitement » (Soins infirmier.com, 2008).

Elle contribue à accompagner le patient dans les moments difficiles et favorise les échanges et le lien de confiance, aidant également ce dernier à se prendre en soin

de manière plus autonome : « elle aide le patient à accepter une situation difficile ... Elle va aider le patient à être clairvoyant donc dans sa situation et l'aide à prendre des décisions » (Soins infirmiers.com, 2008).

En effet, la relation d'aide est inscrite au quotidien dans la relation soignant-soigné et, comme nous le dit ce même site sur les soins infirmiers, elle implique des valeurs qu'il est impossible d'écarter : le respect, le non-jugement et la mise en confiance. Ces principes permettent d'élaborer un rapport collaboratif entre les sujets concernés et place donc les facteurs relationnels au premier plan.

Nous avons cherché à savoir comment cette relation d'aide, apparemment indispensable à une alliance thérapeutique de qualité, peut être appliquée par un infirmier travaillant en milieu carcéral. En effet, dans ce contexte particulier, il est légitime de penser que la relation soignant-soigné soit plus délicate. Les délits et crimes commis par les détenus pourraient être un frein éventuel à un contact basé, le plus souvent, sur la confiance et l'empathie. Ainsi, les valeurs morales des infirmiers ou même leurs préjugés peuvent être interpellés : « Notre tâche d'impartialité et de proximité est parfois mise à rude épreuve. Il y a nécessité dans ce cas de faire abstraction de la parole du patient, de son histoire, pour s'attacher uniquement à ce qu'il est, un homme qui souffre d'ulcères de jambe et qui demande des soins et de l'attention » (Migliorino, 2009, p. 44).

Il est vrai que même si l'infirmier se doit, en théorie, d'avoir une attitude impartiale vis-à-vis du patient, il peut être compliqué de faire totale abstraction de ses valeurs propres, surtout dans un milieu tel que le milieu carcéral. Dans ce cas, le souci du préjugé peut s'interposer et avoir, peut-être, une influence néfaste sur la relation, comme le précise d'ailleurs la définition du mot : « Jugement provisoire formé par avance à partir d'indices qu'on interprète » (Petit Larousse illustré, 2007, p. 860).

D'ailleurs, la prison comporte elle aussi son lot de préjugés : « La prison suscite nombre de clichés et de préjugés, de fantasmes et de peurs. L'image d'un monde brutal où règneraient l'arbitraire, les règlements de comptes et la violence, bien que réelle, en cache cependant une autre tout aussi réelle, celle de relations entre détenus pleine d'humanité et de solidarité » (Direction des Ressources Humaines Centre de la Formation et du Développement des Compétences, 2012, p. 6).

Cependant, si la relation d'aide se trouve perturbée, freinée par une incompréhension ou une quelconque autre difficulté vécue par l'infirmier, il existe des stratégies adaptatives pouvant intervenir, de façon consciente ou non. Dans la rubrique « relation d'aide », le site Soins infirmiers.com parle du mécanisme de défense comme élément à prendre en compte : « Il intervient inconsciemment pour protéger l'individu contre des émotions insupportable à vivre, c'est donc afin de maintenir un équilibre émotionnel supportable » (Soins infirmiers.com, 2008). Il joint à cette information deux exemples : le refoulement et l'évitement.

Si l'infirmier parvient à faire abstraction de certaines informations qui lui sont insupportables, et se concentrer sur le soin ou voire même de parvenir à considérer la personne de façon « neutre », le contact et les échanges n'en seront que plus

bénéfiques. D'ailleurs, même le détenu appréciera cette attention et aura le sentiment d'être encore une personne à part entière aux yeux de l'infirmier : « ... Cela me fait du bien que vous vous intéressiez à ce que je faisais avant d'être en prison. On a un peu l'impression d'être encore quelqu'un quand on vient à l'infirmerie. Pour moi qui suis vieux, c'est important » (Migliorino, 2009, p. 40).

2.5 Place de la femme soignante et son influence dans la relation soignante

Pour parler de l'image de la femme infirmière et de la représentation que les détenus en ont, nous nous sommes intéressées à un article intitulé « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », écrit par Bessin⁴ et Lechien⁵ en 2000. Cet article est issu d'un rapport de recherche menée par ces deux auteurs, pour le GIP (Mission de recherche Droit et Justice), qui l'a subventionnée.

Cette recherche concernant les soins en prison s'est déroulée de la manière suivante : Bessin et Lechien, se sont rendus dans deux établissements pénitentiaires pour hommes : une maison d'arrêt et un centre de détention. Ils y ont observé les relations entre le personnel soignant et les détenus pendant trois ans.

Au cours de l'enquête, ils ont également procédé à des observations ethnographiques – notamment au sein des services médicaux – et à des entretiens avec des détenus, des surveillants, des soignants, des éducateurs, des membres de la direction. « Cette recherche porte sur la prise en charge sanitaire des détenus, dans le cadre d'une réforme, en 1994, transférant la médecine pénitentiaire au service public hospitalier » (Bessin, Lechien, 2000 cités par L'APSEP, 2013). Le but de la recherche était de définir les conséquences de l'enfermement sur le comportement et la manière d'interagir des détenus, plus particulièrement à l'égard de femmes soignantes.

Selon cette recherche, l'absence de femmes dans la vie des détenus et donc de relations sexuelles et affectives avec le sexe opposé, génère des comportements particuliers et spécifiques à l'égard des infirmières, qui représentent alors « Les femmes ». En effet, les détenus vont pour la plupart tenter d'engager une « relation », un lien particulier avec ces soignantes, qui représentent la féminité manquante à leur vie affective. « Nous montrons dans un premier temps comment, au sein de ce monde de privation, la quête d'intimité peut se focaliser sur les relations soignantes » (Bessin, & Lechien, 2000, p. 70 cités par L'ethnologie française, 2002).

De plus, les chercheurs ont observé que les détenus redoublaient de machisme et de vulgarité en prison car la privation quasi totale d'intimité était ressentie par eux comme une « castration », un coup donné à leur virilité. Le comportement des détenus face aux infirmières est donc double et difficile, partagé entre le besoin

⁴ Sociologue travaillant au Centre d'Etude des Mouvements sociaux à Paris (France)

⁵ Sociologue travaillant au Centre de Sociologie Européenne à Paris (France)

d'affirmer leur virilité et leur rôle d'hommes face aux infirmières qui sont bien des femmes et le besoin d'exprimer leur souffrance et leur faiblesse à ces mêmes femmes, en les considérant uniquement comme des infirmières.

Il est en effet difficile pour les détenus d'accepter d'être aidés et soutenus par des femmes qui détiennent le savoir et un certain pouvoir sur eux et sur l'évolution de la relation soignante. Selon Peplau⁶ (1952), l'infirmière jouerait tour à tour plusieurs « rôles » dans la relation, dont celui de leader en soins infirmiers et donc détentrice de certaines connaissances que le patient n'a pas, ce qui peut le faire se sentir inférieur à elle. Par ailleurs, l'infirmière, tiendrait aussi le rôle de substitut. « Le patient prend l'infirmière pour quelqu'un d'autre. Il ne la perçoit pas comme la personne qu'elle est réellement car elle peut symboliser une image maternelle » (p. 8).

Selon l'article « Hommes détenus et femmes soignantes », le fait que les infirmières puissent momentanément servir de substitution à une partenaire ou encore à une mère, pour les détenus, les rendraient très possessifs à leur rencontre.

En effet, d'après les observations faites dans le cadre de cet article de Bessin et Lechien, les détenus sont plutôt impatients, impulsifs et surtout exclusifs, vis à vis des infirmières. Ils peinent alors à accepter qu'elles suivent des horaires, qu'elles ne soient pas là tout le temps, et que ce ne soit pour elles qu'un métier d'être auprès de ces hommes, alors que ces derniers vivent leur vie à travers ces relations avec les soignantes. Ils ne peuvent les faire rester quand elles ont fini leur service et doivent supporter qu'elles engagent des relations avec leurs collègues, les surveillants par exemple, qui sont souvent considérés comme l'ennemi par les prisonniers.

2.6 Contexte carcéral

2.6.1 Population carcérale – Champ Dollon

À la prison de Champ Dollon (établissement de détention préventive à Genève), la population est très variée. Selon le dernier rapport d'activité de la prison (année 2012), la population est constituée majoritairement d'hommes (95,7% contre 4,3% pour les femmes) et au niveau de l'âge, 47,2% des détenus sont âgés de moins de 30 ans. Quant aux statistiques sur la confession de cette même population, les chiffres indiquent que plus de la moitié des détenus est de confession musulmane, suit la confession catholique avec 22,1% puis, en taux inférieur, les autres détenus sont orthodoxes, protestants, issus d'autres confessions ou sans religion.

Ce même rapport d'activités nous donne également des indications sur les différentes nationalités et provenances des détenus : le continent africain est le plus représenté au sein de la population carcérale avec 39,3%. De nombreux détenus

⁶ Docteur en Education et théoricienne des soins infirmiers (1909 – 1999)

sont également originaires de l'Europe de l'Est, des pays balkaniques, du Caucase ou de la Russie. 12,4% des détenus sont des ressortissants de l'Union Européenne. Le Moyen-Orient est représenté, lui, par un taux de 4,9%. Les détenus de nationalité suisse, toujours dans cette année 2012, ne représentent que 8,7% de la population carcérale. De manière plus générale, la population incarcérée additionne au total 109 nationalités différentes.

Cette mixité culturelle nous démontre la multitude de langues et dialectes auxquels les surveillants et le service médical ont à faire et, par conséquent, nous laisse imaginer la complexité des échanges, ceux-ci pouvant être freinés par la barrière de la langue. En effet, pour proposer une offre en soins de qualité, favoriser les échanges avec les patients et ne pas prendre le risque de passer à côté d'informations capitales concernant leur état de santé, il serait préférable que les infirmiers aient d'autres langues à leur actif.

Outre les difficultés de communication liées à la langue, il est aussi possible d'affirmer que les soins rencontrent d'autres obstacles, tels que ceux attachés aux croyances et rituels de certains détenus. En effet, la médecine est une pratique universelle mais ses procédés peuvent varier radicalement d'une culture à une autre. Une prise de sang ou un électrocardiogramme peuvent susciter une crainte et/ou une méfiance chez certains détenus qui n'ont jamais accès à ce genre de pratiques. Sur ce point-là, il faut donc également que les infirmiers s'adaptent et prennent le temps d'expliquer le sens et l'utilité du soin. « L'une des difficultés pour nous soignants, est bien de pouvoir entrer en relation avec les patients étrangers ... Soigner en effet, c'est aussi comprendre l'autre dans sa culture, ses habitudes de vie, le connaître dans sa symbolique et métaphorisation de sa problématique de santé. Le soin doit s'enraciner pour être efficace dans une pratique de l'interculturalité » (Migliorino, 2009, p. 65).

Cette diversité ethnique est effectivement complexe pour les infirmiers qui doivent parvenir à établir une relation de confiance ou du moins, un minimum d'échange avec les détenus pour ne pas être frustrés dans leur travail.

Il est impératif que la personne soignée soit au courant des traitements qu'on lui administre et qu'elle puisse donner son accord en toute connaissance de cause pour toute intervention concernant sa santé. L'Académie Suisse des Sciences Médicales précise d'ailleurs cet aspect en ces termes : « Toute administration de médicaments, en particulier psychotropes à des personnes détenues ne peut donc être effectuée qu'avec l'accord du patient et sur la base d'une décision strictement médicale » (Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM], 2012, p. 8). Il en va donc également de la responsabilité de l'infirmier d'être le plus compréhensible possible pour que rien ne soit laissé au hasard. La situation doit être tout aussi difficile à vivre pour le détenu lui-même. Loin de ses proches et souvent dans un pays qui n'est pas le sien, le détenu doit cohabiter avec des gens qu'il ne connaît pas mais également qui ne parlent pas forcément la même langue que lui. Le détenu doit parvenir, au quotidien, à se faire comprendre et oser prendre la parole même si la tâche s'avère parfois compliquée. Dans ce climat, la relation soignant-soigné n'est pas évidente.

La situation est devenue d'autant plus compliquée depuis que Champ Dollon est confrontée à une forte surpopulation. En plus des difficultés liées à la communication et aux tensions qu'elle peut engendrer, la prison de Champ Dollon est, depuis plus d'un an, dépassée par le nombre de détenus. Cette surpopulation entraîne inévitablement le devoir de renforcer la sécurité au sein des murs. Le personnel formé franchi le seuil d'alerte d'un effectif insuffisant, la prison se voit contrainte de fermer provisoirement certains ateliers d'occupations : « Avec les moyens qui me sont alloués, je dois privilégier les sécuritaires. Aujourd'hui, nous avons atteint les limites physiques de l'établissement » (Franziskakis⁷, cité par Cancela, 2013). En effet, suite à la fermeture de certains locaux, les gardiens qui étaient affectés à ces activités peuvent maintenant prêter main forte aux quartiers cellulaires.

Le personnel doit rester attentif non seulement au maintien de la sécurité mais également aux conditions de détention qui se dégradent peu à peu. Ces deux aspects, surnombre et péjoration des conditions de vie, peuvent en effet donner lieu à des émeutes et le risque est croissant (puisque la population carcérale ne cesse d'augmenter).

La sécurité n'étant plus garantie, le risque de bagarres entre détenus est accru, les conditions de vie deviennent de plus en plus insalubres. La tension est palpable et la promiscuité électrise les rapports humains. En raison de l'insuffisance du personnel, les détenus sont contraints de passer le plus clair de leur temps dans leur cellule et ceci ne peut qu'encourager un climat sous tensions : « Car hormis les quelques deux cents détenus qui prennent leur repas en commun et, pour certains, la possibilité de faire du sport deux fois par semaine, la majorité des prisonniers reste enfermées 23h sur 24 dans des cellules bondées où des matelas sont posés à même le sol » (Cancela, 2013).

Au mois de mai 2013, un article rédigé par Duby pour le journal Le Matin rapportait que Champ Dollon logeait plus de 800 détenus pour une capacité initiale de 376 places. Dans de telles conditions, le service médical lui aussi est débordé de demandes et doit rester attentif aux cas de maladies contagieuses car le risque de transmission est encore plus aigu. La Commission nationale de prévention contre la torture (CNPT) fait d'ailleurs un état des lieux assez alarmant au mois de février 2012 : « Insalubrité, conditions d'hygiènes insuffisantes, délais d'attente excessifs pour accéder aux soins » (Comission Nationale de Prévention de la Torture, 2012 citée par Cancela, 2013). Le service médical est dépassé et ne peut plus répondre aux demandes de façon efficace. La qualité des soins est au cœur des préoccupations. En effet, le délai d'attente est long et il doit être difficile, voire impossible, pour les infirmiers de faire un tri mesuré. Le risque étant de passer involontairement à côté d'un problème de santé important.

⁷ Directeur de la prison de Champ Dollon, à Genève (CH)

2.6.2 Influence du contexte carcéral sur la relation soignante

Selon une étude publiée en janvier 2004 par Allot, Dortz et Larhantec dans le magazine « Objectifs de soins », la population carcérale serait dans l'ensemble plutôt jeune et peu préoccupée par son état de santé. Ainsi, à la visite médicale d'entrée, on décèlerait chez beaucoup de détenus, des problèmes de santé récurrents, pas ou mal soignés, sur différents plans.

Premièrement, certaines pathologies somatiques seraient prédominantes dans la population carcérale. Parmi elles, les infections sexuellement transmissibles (IST), telles le VIH, l'hépatite B et C. Les problématiques liées aux addictions, (cannabis, drogues dures, alcool, médicaments...), connaîtraient aussi une forte prévalence. Enfin, les maladies infectieuses et dermatologiques, ainsi que les problèmes dentaires, compteraient également parmi les plus fréquemment rencontrés en prison. Selon cette même étude, la forte prévalence des problèmes de santé susmentionnés serait due au fait que la population carcérale compterait majoritairement des personnes désocialisées, vivant dans la précarité ; précarité qui serait elle-même à la base de nombreux problèmes de santé, à en croire cette étude.

Deuxièmement, sur le plan intellectuel, on compterait dans la population carcérale «un fort taux d'illettrisme, un niveau scolaire bas et des formations sans diplômes» (Allot, Dortz & Larhantec, 2004, p. 25), comparé à la population générale.

Enfin, les problématiques de santé psychique seraient les plus fréquentes chez les détenus. Ils souffriraient pour la plupart de « carences affectives énormes, de nombreux troubles de la personnalité comme une forte intolérance à la frustration, une verbalisation faible, une image de soi très négative, une absence de repères ...» (Allot, Dortz & Larhantec, 2004, p. 25). En outre, beaucoup de détenus connaîtraient une histoire familiale compliquée, qu'ils auraient tendance à reproduire, dans leur vie d'adulte.

Cependant, outre les pathologies déjà présentes à l'arrivée du détenu en prison, le contexte carcéral en lui-même engendre des pathologies, bien spécifiques à ce milieu. Ainsi, les troubles digestifs et les douleurs abdominales sont très fréquents, notamment en lien avec le « manque d'activités et de l'existence de toilettes non clos ... » (Allot, Dortz & Larhantec, 2004, p. 26).

En outre, toujours selon cette même étude, le rétrécissement de l'espace par rapport à la vie à l'extérieur, provoque quant à lui du stress, de l'angoisse et toute sorte de maladies psychosomatiques. Cet espace réduit, qui l'est de plus en plus à cause de la surpopulation, cause aussi fréquemment une altération des sens, comme des troubles de l'accommodation. Enfin, les maux de têtes sont très fréquents dus, entre autres, à la fumée, (les détenus peuvent fumer à l'intérieur des cellules). La violence entre détenus est, elle aussi, majorée en prison, du fait de la proximité permanente de codétenus, du manque d'intimité et du stress causé par l'incarcération.

Cette étude stipule aussi que les détenus ont « tendance à s'enfermer dans un processus de victimisation ». Cela serait dû au fait qu'ils ne trouvent pas leur incarcération légitime « parce que souvent la loi n'a pas été intériorisée, c'est-à-dire comprise comme nécessaire dans une interrelation ; la peine se vit alors comme une injustice, ce qui renforce l'angoisse » (Allot, Dortz & Larhantec, 2004, p. 26).

Bessin et Lechien parlent aussi de ce processus de victimisation, comme étant une des incidences de l'incarcération sur les détenus. De ce fait, les détenus seraient méfiants à l'égard de leur « entourage », dans la prison. Or, le fait qu'ils se victimisent et se méfient, parfois de manière excessive, n'est pas sans conséquence sur leur attitude et donc par extension sur la relation qu'ils ont avec les infirmiers. Ainsi certains se persuadent que de par leur statut, ils ne bénéficient que de soins au rabais et n'ont aucun pouvoir décisionnel sur leur santé : « Les détenus perçoivent dans le regard des professionnels une mise à distance liée à leur condition ... Le postulat généralement développé, intègre un principe d'expiation sociale, en niant la possibilité de pouvoir accéder à des soins identiques à ceux administrés aux personnes libres ... De toute façon, nous ne sommes que des prisonniers, dépourvus de droits » (Bessin & Lechien, 2000, p. 5), déplore un détenu, interrogé dans le cadre de l'étude.

Toujours d'après cette étude, dans ce processus de victimisation, Ils vont parfois jusqu'à remettre en question la crédibilité des infirmiers qui les prennent en charge. Un détenu affirme que « si des professionnels sont réduits à pratiquer en prison, c'est que personne n'en veut à l'extérieur » (Bessin & Lechien, 2000, p. 6).

Quant au matériel de soins utilisé, là encore, les prisonniers doutent qu'il soit d'aussi bonne qualité qu'ailleurs : « La rhétorique du rationnement propre à la condition de détenu s'applique aux prestations soignantes et avant tout aux médicaments, certains affirmant qu'une gamme limitée, (voire périmée), est réservée à la prison. Les détenus évoquent les restrictions budgétaires, généralisées à l'ensemble des dépenses de santé, dont ils se considèrent être les premières victimes.» (Bessin & Lechien, 2000). Toujours selon cette étude une autre raison pour laquelle le contexte carcéral influence négativement la relation soignante serait que les détenus associent facilement les professionnels œuvrant pour la justice, avec ceux qui veillent uniquement à leur santé. Cet amalgame rendrait donc plus difficile l'instauration d'un lien de confiance entre infirmiers et détenus, en plaçant l'infirmier du côté des « ennemis ». Ainsi : « L'intervention de psychiatres experts judiciaires dans la carrière des détenus, tant au niveau du procès que dans l'application des peines, vient ... brouiller négativement le travail des psychiatres en prison, qui y sont assimilés. Une confusion – parfois encouragée par certaines pratiques de coopération avec les juges de l'application des peines – s'instaure et vient renforcer la méfiance des détenus. » (Bessin & Lechien, 2000).

De ce fait, bien qu'ils ne soient ni gardiens, ni juges, les infirmiers doivent tout de même gagner la confiance des détenus qui restent sur leur gardes, allant parfois jusqu'à se sentir carrément persécutés : « Le professionnel à l'initiative du rire dans la relation soignante se risque constamment au décalage, les détenus en position de dominés y lisant souvent un mépris amusé » (Bessin & Lechien, 2000). Bessin et

Lechien sont également auteurs d'un article publié par la revue médicale suisse, en 2010, intitulé « vulnérabilité et santé ». Ils évoquent cette précieuse confiance en affirmant que « si elle [la relation soignante] s'installe en principe rapidement, elle demeure fragile » (Bessin & Lechien, 2000).

2.6.3 Service médical de Champ Dollon

Comme précisé dans le rapport d'activités 2012 de la prison de Champ Dollon, l'établissement est réparti en trois zones géographiques. Il y a d'abord la prison elle-même qui se trouve dans la commune de Puplinge puis l'unité cellulaire hospitalière (UCH) qui est située au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG, Cluse-Roseraie) et enfin, l'unité cellulaire psychiatrique (UCP) qui réside dans le complexe de Belle-idée (également rattaché aux HUG).

Outre ces trois zones d'activité, il existe trois autres entités dans les murs de la prison mais qui ne dépendent pas de la direction de Champ Dollon. Il s'agit du secteur socio-éducatif, du service médical et du service religieux. Le service médical, relié lui aussi aux HUG, exerce des soins ambulatoires 24h sur 24. Il est établi au quatrième étage de la prison.

Ce service de soins est composé d'une équipe pluridisciplinaire qui regroupe des infirmiers, des médecins internistes et généralistes, des psychologues et psychiatres ainsi que des dentistes et autres médecins spécialistes qui viennent en consultation tels que ORL, ophtalmologue, gynécologue, radiologue et dermatologue. Comme l'indique le site officiel des Hôpitaux universitaires de Genève, le service de médecine pénitentiaire garantit un accès aux soins pour les détenus sept jours sur sept. L'équipe médicale travaille sur plusieurs plans (diagnostic, traitement, dépistage et prévention) ceci, en tenant compte du contexte carcéral et de toute la complexité que cela implique au niveau de la vie quotidienne pour les patients. En effet, des facteurs tels que la promiscuité, la précarité, la diversité culturelle ou encore les faits de violence peuvent avoir de lourdes conséquences sur le vécu des détenus.

En ce qui concerne l'administration des traitements, l'association Ban Public qui se charge de la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe donne également des informations : l'équipe infirmière prépare des pochettes nominatives chaque jour, sous prescription médicale. Les médicaments sont distribués, par l'équipe infirmière qui se répartit la distribution, à la porte des cellules. En référence à la réforme de 1994, les gardiens ne sont pas mandatés pour exécuter cette distribution ceci pour des raisons de secret professionnel (ils n'ont pas à connaître le traitement des détenus) et de sécurité (car ils ne connaissent pas les surveillances et effets secondaires des traitements). En revanche, ils sont parfois amenés à apporter, de façon exceptionnelle, des médicaments aux détenus lors de demandes concernant des maux ventre ou des céphalées, mais uniquement sur autorisation de l'équipe infirmière.

Cette même association donne aussi des indications sur les tournées effectuées par l'équipe infirmière. Il y en a trois par jour, une tôt le matin de 7h à 7h45, une deuxième l'après-midi à 17h30 et une troisième le soir. Certaines prises de médicaments sont faites sous contrôle (le détenu doit avaler son traitement devant le soignant) pour éviter qu'ils ne les stockent et les revendent ou fassent du troc avec d'autres détenus.

La charge de travail des infirmiers au sein de la prison est conséquente et le travail pluridisciplinaire est un atout indispensable à une prise en soins de qualité. L'équipe médicale doit être attentive sur le plan somatique et psychique de façon à répondre au mieux aux demandes des détenus. Elle a, en plus des soins somatiques, un rôle important dans l'écoute et l'accompagnement en lien avec les conditions de vie difficile et à leurs conséquences sur le moral des détenus.

À noter, en plus, que Champ Dollon attend, pour fin 2014, un nouveau bâtiment dans son enceinte qui se nommera *Curabilis*. Cet établissement, fermé et spécialisé, sera destiné aux auteurs d'infractions souffrant de troubles mentaux, dans le souci de proposer une prise en soins plus adaptée à ces personnes.

Selon le Sénat, un site au service des citoyens (2013) :

L'ensemble des personnes accueillies dans l'établissement auront vocation à bénéficier d'une évaluation individualisée portant sur leur situation psychique, le niveau de risque, le degré de motivation pour les soins... Elles pourront ensuite s'intégrer dans des programmes incluant des traitements psychiatriques, mais également des activités liées à leur réinsertion. Ce type d'établissement existe déjà en Suisse alémanique et doit conduire la Suisse romande à rattraper son retard en ce qui concerne la mise en place d'établissements spécialisés ... L'établissement devrait être doté de 219 emplois, dont 146 postes médicaux et 73 postes pénitentiaires.

En effet, pour ce projet, une nouvelle équipe sera constituée.

3. Méthodologie

Pour ce mémoire, nous avons privilégié la démarche empirique, car nous voulions confronter un cadre théorique à des témoignages d'infirmiers. Il nous semblait plus intéressant d'aller à la rencontre de professionnels du terrain pour un résultat qui nous semblait plus authentique. En effet, par rapport à notre thématique, nous pensions qu'il serait intéressant de récolter des témoignages qui répondraient de manière plus personnalisée à nos interrogations. Bien que la littérature spécialisée, actuelle, soit très riche, il était important pour nous d'aller au contact direct de ces personnes de façon à se rapprocher au plus près de la réalité du terrain. Selon nous, le fait de réaliser des entretiens nous assurait aussi la fiabilité de nos sources et rendait notre travail plus attractif. De plus, le fait de pouvoir intégrer le milieu carcéral, en interrogeant des personnes qui y travaillent, nous a permis d'être d'avantages concernées et investies dans notre recherche.

En ce qui concerne la rencontre des professionnels, nous avons rédigé une demande d'autorisation à la direction des soins des HUG en expliquant notre problématique (Cf Annexe I); autorisation qui nous a été accordée. Nous avons, par la suite, contacté l'infirmière responsable de l'unité de soins de Champ Dollon, à qui nous avons fourni un guide d'entretien ainsi que les documents concernant le consentement éclairé (Cf Annexe III et IV). En effet, la condition pour réaliser ces entretiens était de respecter l'anonymat des infirmiers. Nous avons choisi d'interroger trois infirmiers des deux sexes, partant du postulat que le genre jouait peut-être un rôle dans la relation soignante. Le choix final des infirmiers a été fait par l'IRU. Nous ne connaissons pas ses critères finaux de sélection cependant, une de nous qui avait effectué un stage à Champ Dollon, lui avait suggéré certains noms d'infirmiers qui avaient manifesté de l'intérêt pour le sujet de notre travail.

Pour les entretiens, nous avons pensé préférable d'utiliser le modèle d'entretiens semi-dirigés.

Une technique qualitative ... qui permet de centrer les discours sur la personne interrogée, autour de différents thèmes définis au préalable ... Ce type d'entretien permet ... une richesse et une précision plus grandes dans les informations recueillies, grâce notamment ... aux possibilités de relance et d'interaction dans la communication entre interviewer et interviewé ... L'entretien semi-dirigé révèle souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées et qui ne peuvent que rarement s'exprimer à travers un questionnaire. (Wikipédia Encyclopédie libre, 2013)

Grâce à cette technique, nous avons pu en effet récolter des nombreux récits personnels qui ont enrichi l'échange.

Nous avons effectué ces entretiens dans la prison de Champ Dollon (Genève-CH), sur trois jours différents et les avons enregistrés (avec accords des participants) sur un dictaphone. Les entretiens ont duré environ 45min chacun et se sont déroulés dans la salle de colloque du service médical. Nous avons établi au préalable un guide d'entretien (Cf Annexe IV) pour nous orienter (comme support de base) tout en laissant libre court à la discussion. Chaque infirmier avait reçu par l'IRU la feuille de consentement éclairé. Avant chaque interview, nous avons reformulé à l'oral les closes de ce document, que les infirmiers n'ont formellement signé qu'à la fin des entretiens.

Concernant le développement de notre analyse, nous avons recueilli les thèmes qui ressortaient le plus nettement dans les synthèses des entretiens et les avons comparés entre eux. Il nous paraissait plus judicieux de regrouper les données se rattachant à un même thème plutôt que de reprendre chaque question séparément. De plus, certaines questions du guide d'entretiens n'ont pas permis de recueillir suffisamment d'éléments de réponses pour apparaître dans l'analyse. Dans un deuxième temps, nous les avons mis en relation avec le cadre théorique. Nous espérions ainsi pouvoir apporter des éléments de réponse à notre problématique de départ, et fournir un travail qui soit représentatif de ce que sont réellement les liens

entre soignants et soignés en prison et par quoi ils sont influencés. Nous avons toutefois gardé à l'esprit qu'en interrogeant trois infirmiers, cela ne reflète pas forcément l'avis d'une majorité de soignants.

Par rapport à l'avancée de notre travail, nous avons pris soin de rencontrer notre directrice de Bachelor, Brigitte Chatelain, pour la tenir informée de l'évolution de notre travail. Ceci, à travers divers mails et entretiens pour échanger nos points de vue et s'assurer du bon déroulement de notre recherche. Afin de bénéficier de ses commentaires, nous lui avons envoyé nos écrits au fur et à mesure.

4. Analyse : rencontre avec les professionnels

Les trois infirmiers que nous avons interviewés, une femme et deux hommes, âgés de 30 à 60 ans, ont une formation en soins infirmiers généraux et une carrière professionnelle allant de 5 à 25 ans. De manière à assurer l'anonymat de ces personnes, nous les appelleront infirmier n°1, infirmier n°2 et infirmier n°3.

4.1 Influence du contexte carcéral sur la relation soignant-soigné

Le premier soignant, l'infirmier n°1 que nous interviewons énumère une influence multiple du contexte carcéral sur les soins, notamment la surpopulation, les règles pénitentiaires, ainsi que les règles de sécurité. Ces éléments seraient en partie un frein à l'élaboration d'une relation soignante de qualité. En effet, selon lui, la surpopulation a pour conséquence que les infirmiers ont moins de temps à accorder aux détenus. Quant aux règles pénitentiaires et à la sécurité, cela rend l'approche soignante moins naturelle et spontanée, car les infirmiers doivent se soumettre à ces dites règles (par exemple, ne pas entrer seul dans une cellule). Selon l'infirmier n°2, le contexte carcéral rendrait plus difficile le respect du secret professionnel lorsque les infirmiers sont amenés à entrer dans les cellules. En effet, dans ce cas de figure, un gardien doit être présent. Quant aux codétenus, ils sont évidemment à proximité. L'infirmier n°3 ne s'est pas exprimé de façon explicite à ce sujet.

Nos lectures sur le sujet font ressortir que depuis la Réforme de 1994, où le service médical devient indépendant de la prison, le respect du secret professionnel est de rigueur comme dans n'importe quel lieu de soin et que cela favorise grandement la confiance que les détenus peuvent porter à l'équipe soignante, ce que confirme les infirmiers du terrain. Néanmoins, ces mêmes lectures mentionnent, comme les infirmiers de Champ Dollon, qu'il est difficile d'avoir un respect absolu du secret de fonction, car les gardiens et les codétenus sont toujours à proximité.

Selon la théorie, le rétrécissement de l'espace, par rapport à la vie extérieure, provoque quant à lui stress et angoisse et toutes sortes de maladies psychosomatiques. Cela est confirmé par les infirmiers du terrain qui constatent que les traitements les plus demandés sont des anxiolytiques et autres somnifères. De

plus, leur rôle constituerait à 50% au moins, de traiter ces états anxieux, par du soutien et de l'écoute, autrement appelés « soins relationnels ».

Les infirmiers du terrain s'accordent à trouver une influence positive du contexte carcéral sur la relation soignante : la rapidité d'accès aux soins. En effet, les détenus peuvent faire appel au service médical présent sur place 24/24h et obtenir de ce fait de voir un soignant plus rapidement qu'à l'extérieur, même si leur problématique n'est pas une urgence. Il est de même stipulé, dans la réforme de 1994, que les détenus peuvent en effet faire appel au service médical, à tout moment, sur présentation d'une demande écrite de leur part.

4.2 Service médical : nécessité de connaître les crimes/délits commis ?

Le règlement pénitentiaire (en CH), stipule que les infirmiers n'ont pas à avoir connaissance des motifs d'incarcération, ce dont sont également conscients les infirmiers du terrain. Néanmoins, tant le cadre théorique, que les infirmiers interrogés, nous disent la difficulté de respecter cette règle. En effet, à Champ Dollon, les infirmiers ont accès aux feuilles de route des entrées et sorties sur laquelle le motif d'emprisonnement est mentionné. L'infirmier n°3 admet que cela peut être pénalisant, sur le plan de l'impartialité, de connaître les délits commis. Cependant tous trois s'accordent à dire qu'il est très clair dans leur esprit qu'ils doivent soigner les patients avec équité et que cela est normal. Ils nous disent même que si les infirmiers ne peuvent pas accepter ce que les détenus ont fait, alors c'est à eux de se remettre en question ; de se demander si exercer dans ce milieu spécifique leur convient vraiment.

L'infirmier n°2 nous dira clairement qu'il ne préfère pas connaître les motifs d'incarcération, idée que partage la théorie selon laquelle connaître la nature des délits pourrait altérer la prise en soins. Quant aux deux autres infirmiers, ils ne donnent pas un avis clair sur le sujet.

4.3 Stratégies des soignants

Selon l'infirmier n°1, face aux détenus « l'écoute est la meilleure des armes », ce que confirme notre cadre théorique dans lequel il est dit de l'infirmier en prison « qu'il a un rôle fondamental d'écoute », notamment en rapport avec les effets néfastes de l'enfermement sur l'être humain.

L'empathie ne vient néanmoins pas toujours naturellement et la neutralité peut être mise à rude épreuve, face à certains criminels. Les infirmiers n°1 et n°2 se rejoignent sur la nécessité de s'intéresser à l'histoire de vie du patient, pour mieux comprendre le « pourquoi du comment » il est arrivé là et ainsi ressentir davantage d'empathie pour lui. L'infirmier n°1, dit l'importance, quel que soit le crime commis, de garder en tête que « ces personnes arrivent démolies et que la prison peut

aggraver cela. » La théorie réfute ce positionnement préférant dire au contraire qu'il faudrait oublier l'histoire de vie du patient et se centrer sur sa problématique précise (ce pourquoi il a besoin de soins).

Concernant la stigmatisation des délits, l'infirmier n°2 mentionne la pédophilie comme étant un délit très stigmatisé et difficile à accepter. C'est dans ce genre de cas, par exemple, que l'histoire de vie souvent atroce du détenu, permet, sans les excuser, de mieux comprendre ses actes et d'éprouver de l'empathie pour lui en connaissant son douloureux parcours. L'infirmier n°1 nous avoue avoir eu des craintes et des préjugés avant son arrivée à Champ Dollon, mais qu'ils ont rapidement disparu, notamment à l'écoute de certaines histoires de vie difficiles. L'infirmier n°3 avoue cependant avoir été confronté à l'histoire d'un crime qu'il n'a pas supporté d'entendre. Sa stratégie a été de le dire au patient et de quitter momentanément la pièce.

Pour reprendre l'exemple de la pédophilie, le cadre théorique relève qu'il « existe souvent une répétition de l'histoire familiale » (Allot, Dortz & Larhantec, 2004, p. 25). En effet, il n'est pas rare que ces personnes reproduisent ce qu'ils ont vécu.

Pour se préserver eux-mêmes de la lourdeur émotionnelle de leur travail, les trois infirmiers interrogés s'accordent à dire qu'il est primordial de ne pas trop s'impliquer, de pouvoir laisser le travail derrière soi lorsqu'on le quitte. L'infirmier n°1 mentionne l'importance d'avoir une vie sociale et des activités en parallèle.

De plus, il relève l'importance d'être vigilant avec l'habileté manipulatrice dont usent certains détenus notamment pour obtenir des médicaments. Cette vigilance permet de garder un rôle professionnel et de différencier les types de demandes pour ne pas se laisser déborder et répondre au mieux.

Enfin, le travail d'équipe, la possibilité d'échanger, de « débriefier » et de chercher ensemble les meilleurs axes de soins, serait une stratégie essentielle pour nos trois interviewés, pour se préserver psychologiquement et mieux faire face aux situations difficiles.

4.4 La surpopulation et ses conséquences

Il est indéniable pour les infirmiers du terrain, ainsi que dans la théorie, que la surpopulation a de nombreuses conséquences néfastes sur les détenus et sur la relation soignante.

Les infirmiers n°1 et n°3 déplorent, qu'à cause de la surpopulation, les infirmiers n'aient pas suffisamment de temps à consacrer aux détenus et à leurs demandes de soins. Ils doivent en effet effectuer un tri de plus en plus sélectif parmi les demandes des patients, afin de faire passer les urgences en priorité. Cela laisse donc moins de temps aux soins dit « relationnels » qui consistent à écouter, à échanger, ce qui, comme dit précédemment, diminue nettement l'angoisse des

patients et permet en outre de mieux les connaître. L'infirmier n°3 dit même que selon lui s'il y avait plus de temps à consacrer aux détenus, ils se livreraient davantage. Cet infirmier ainsi que l'infirmier n° 1 se disent frustrés par ce manque de temps imposé inévitablement par la surpopulation, sachant que le nombre d'infirmiers n'a pas augmenté proportionnellement au nombre de détenus.

L'infirmier n°3 assure que la surpopulation a également des conséquences sur les détenus eux-mêmes : il remarque davantage de bagarres, de demandes de consultations médicales et de médicaments anxiolytiques, à cause de la promiscuité de plus en plus sensible dans les cellules.

L'infirmier n°1 évoque, lui, plus d'actes auto-dommageables, dus à la dégradation des conditions d'incarcération, elle-même provoquée par la surpopulation carcérale.

Les conséquences néfastes de la surpopulation sont confirmées par le cadre théorique, qui ajoute que cette situation nécessite un renforcement de la sécurité dans les murs de la prison, sécurité rendue difficile à cause d'un effectif insuffisant de gardiens. Le risque d'émeute serait alors grandissant créant une forte tension générale.

Quant à l'accès aux soins, contrairement aux dires des infirmiers, les éléments avancés dans le cadre théorique disent que l'attente serait très longue et le service médical serait carrément « dépassé ». Cependant, la Commission Nationale de Prévention contre la Torture s'accorde avec les soignants interrogés à Champ Dollon, pour critiquer les conditions de détention actuelles.

Rappelons qu'au mois de mai 2013, le journal Le Matin rapportait que Champ Dollon logeait plus de 800 détenus pour une capacité initiale de 376 places.

4.5 La méfiance dans les soins

Selon nos lectures, les détenus seraient très méfiants face à leur entourage dans la prison (les soignants compris) et « associeraient facilement les professionnels œuvrant pour la Justice, à ceux qui veillent uniquement à leur santé » (Bessin, & Lechien, 2000).

Cela est réfuté sans équivoque par nos trois infirmiers qui assurent que les détenus ont très bien compris que le service médical était indépendant de la prison et que les prisonniers avaient même plaisir à s'y rendre. Quant à la méfiance, il n'y en aurait pas plus qu'ailleurs.

Selon Bessin et Lechien, les prisonniers, dans un processus de victimisation, se persuaderaient de bénéficier de soins au rabais et de ne pas accéder à des soins identiques à ceux procurés à l'extérieur. Selon eux, leurs traitements seraient parfois périmés et destinés, pour cette raison, au milieu carcéral.

Là encore, le discours des infirmiers du terrain est tout autre. Les détenus auraient tout à fait conscience de bénéficier de soins équitables. De plus, l'infirmier n°1 dit d'un air amusé que les prisonniers connaissent tellement bien les médicaments (notamment les benzodiazépines), qu'il serait impossible de leur faire avaler un médicament périmé !

4.6 Les actes auto-dommageables

Au-travers de nos lectures, nous avons pu relever que les actes auto-dommageables, les dépressions et la violence font partie des problèmes prédominants auxquels les infirmiers ont à faire face dans le milieu carcéral. Par conséquent, comme le souligne la revue « Objectif soins » en 2005, le soignant se doit de mettre ses capacités d'écoute et de soutien au premier plan. En effet, comme expliqué dans le cadre théorique, l'équipe soignante doit être consciente de l'influence du contexte carcéral sur la vie des détenus de manière à rester attentive à ces actes qui revendiquent, le plus souvent, une grande détresse.

De plus, nous avons vu que les problématiques de santé psychique seraient, apparemment, très fréquentes au sein de la population carcérale. Les détenus montreraient de ce fait davantage d'intolérance à la frustration et certains auraient même des difficultés à la verbalisation. Ces éléments seraient, par conséquent, des facteurs favorables à l'automutilation.

En effet, nos entretiens avec des professionnels du terrain, ont permis d'affirmer que le recours aux actes auto-dommageables est très fréquent. L'infirmier n°3 déplore d'ailleurs cette fréquence et avoue se sentir parfois impuissant. Certains détenus sont apparemment connus pour monter plusieurs fois par jour au service médical pour des coupures et il dit ne pas avoir toujours des solutions à leur proposer (outre le fait de soigner la plaie, pour la énième fois). L'infirmier n°2 s'exprime également sur la multitude d'actes auto-dommageable qu'il voit durant ses heures de travail. Cependant, ils s'accordent tous deux pour dire que malgré qu'ils assistent tous les jours ces actes, ils ne banalisent pas ces gestes pour autant. Selon eux, ces agissements sont l'expression d'une grande souffrance vécue par les détenus et, de ce fait, ils ne peuvent pas se permettre de ne pas y prêter attention.

Ces deux infirmiers avouent que le plus difficile à gérer pour eux est la pendaison. Que ce soit par rapport à la violence de l'acte en lui-même ou pour des raisons de vécu personnel, ils s'accordent tous deux à dire qu'ils redoutent ce genre d'évènements. Selon l'infirmier n°2, la pendaison est l'acte de violence ultime et si le détenu est déterminé à mourir, il s'arrangera pour le faire dans un moment où il est sûr qu'on ne le trouvera pas à temps pour l'en empêcher.

L'infirmier n°1 rapporte également la fréquence des automutilations d'autant plus depuis que la prison est surpeuplée. Selon lui, cette augmentation d'actes auto-dommageables serait due aux conditions de vie de plus en plus difficiles dans les

cellules. Il pense en effet que les détenus « se coupent » pour pouvoir monter au service médical et profiter de ce moment pour « souffler un peu ».

Contrairement à ses collègues, l'infirmier n°2 reconnaît avoir parfois recours à la banalisation lorsqu'il se retrouve face à un détenu qui s'est coupé. Il explique cela par la quantité de travail, parfois astronomique et, de ce fait, avoue banaliser le soin comme mécanisme de défense. Il ajoute qu'il y a aussi souvent de la manipulation derrière ses actes le but étant d'obtenir des benzodiazépines.

Dans leur discours, nous relevons que tous les trois sont d'accord pour dire que l'écoute est primordiale, elle reste « la meilleure des armes » (infirmier n°1). Comme nous le dit l'infirmier n°1, cette détresse vécue par les détenus, ils la côtoient au quotidien et ils font en sorte d'être à l'écoute du patient même si le temps accordé est parfois court. Dans chaque témoignage, il ressort une certaine forme de frustration face au sujet du temps à disposition pour les détenus. L'infirmier n°2 dit d'ailleurs qu'il n'est pas possible pour eux de voir tous les détenus en raison du surnombre et aussi de l'organisation que cela impliquerait au niveau de la sécurité. Les détenus ont les cartes en mains : s'ils ne font pas appel au service médical, les soignants ne sauront jamais qu'ils ne vont pas bien. Il souligne cependant que si un détenu vit un deuil et qu'il le fait savoir, ce dernier est mis sur une liste prioritaire et sera vu immédiatement par un soignant, s'il sent qu'il a besoin de parler. Ceci dans le but de prévenir tout risque d'acte auto-dommageable, risque accru devant la peine ressentie et l'impossibilité d'être auprès de ses proches.

Grâce à ces informations récoltées sur le terrain, il nous a été possible de vérifier l'importance du rôle infirmier dans ses qualités d'écoute et de soutien. Le milieu carcéral, de par ses obligations de fonction, met parfois des barrières au soin (comme le temps, par exemple) mais les soignants mettent tout en œuvre pour que le patient puisse être entendu dans sa douleur ainsi que sa détresse et trouver, l'espace d'un instant, une écoute attentive.

4.7 Influences de la multi culturalité : barrières de la langue et croyances

Le dernier rapport d'activité (2012) de la prison de Champ Dollon met en évidence la pluriculturalité de cet établissement. Nous nous demandions si cet élément avait une influence sur la relation soignant-soigné et si oui, quels étaient les moyens que l'équipe avait à disposition.

Selon ce recueil de données, la moitié des détenus est de confession musulmane. Cet élément a d'ailleurs été relevé par l'infirmier n°2 car, par rapport à certains soins intimes, l'équipe infirmière fait en sorte que le patient ou la patiente soit vu(e) par un soignant du même sexe. En effet, pour des raisons de pudeur ou de valeurs liées à cette confession, les détenus préfèrent être vus par un individu du même genre qu'eux. L'infirmier n°2 confirme donc que cet aspect est pris en compte et que l'équipe s'arrange en fonction.

En ce qui concerne les nationalités des détenus, ce même rapport d'activité indique que le continent africain est le plus représenté parmi les détenus ; la prison ne comptant que 8,7% de détenus suisses. La question de la barrière de la langue prend tout son sens par rapport à ces informations. En effet, l'infirmier n°1 confirme que la majorité des détenus parle une langue étrangère mais que ceci n'est pas un souci apparent pour l'équipe, car nombre des infirmiers ont plusieurs langues à leur actif (espagnol, italien, anglais, russe, etc.). Ce critère a son importance pour être embauché à Champ Dollon. Il dit donc que pour les informations importantes, soignants et soignés parviennent à se comprendre. En revanche, il est effectivement plus difficile de « lire entre les lignes » selon lui, et cela freine parfois l'établissement du lien. Il est en effet possible d'imaginer que les sous-entendus ou le non verbal peuvent être plus compliqués à décoder entre deux personnes de cultures différentes, comme le souligne Tison dans l'ouvrage *Soins et cultures* : « La culture ne s'exprime pas seulement dans les différences de croyances, de valeurs, de normes et de mode de vie du groupe, mais aussi au niveau de l'individu dans ses manières de penser, de sentir, d'établir la communication » (Tison, 2007, p.2).

A cela, l'infirmier n°2 évoque l'importance de la répartition (dans les cellules) des détenus en fonction de leur origine. Selon lui, les codétenus peuvent être un premier soutien non négligeable. Il dit aussi que même avec la surpopulation, la direction de la prison continue de faire son possible pour respecter cette répartition. En effet, bien que l'équipe soignante communique en plusieurs langues, il doit être appréciable pour les détenus de se comprendre entre eux. L'infirmier n°2 ajoute d'ailleurs qu'à leur place, il ne serait pas rassuré d'être dans une cellule avec des gens qui ne parlent pas sa langue et qui ne partagent pas le même mode de vie.

Dans le cadre théorique, nous avons également relevé la notion d'adaptabilité de l'infirmier, la nécessité d'expliquer le soin au patient dans un souci de compréhension optimale. L'infirmier n°3 parle d'ailleurs des représentations très différentes de la médecine que peuvent avoir les détenus, en fonction de leur culture. Il donne l'exemple d'un patient africain : « (...) tu lui donnes un médicament c'est que tu le soignes, si tu lui prends du sang c'est autre chose, il te demande pourquoi, si tu vas vendre son sang. » Dans cette perspective, nous déduisons qu'il est primordial qu'un échange s'opère entre soignant et soigné. L'un et l'autre doivent accepter leur différence et l'intégrer dans la relation, de manière à avancer ensemble et à trouver un terrain d'entente, où le soin sera compris et effectué dans les meilleures conditions. Cet infirmier, lui, mentionne toutefois la barrière de la langue comme rendant parfois les soins difficiles (lui-même n'étant pas forcément à l'aise dans des langues étrangères).

Malgré certains aspects difficiles à percevoir selon ces trois infirmiers (détails de la problématique, information parfois incomplète), nous remarquons que dans l'ensemble, ils sont attentifs à cette multi culturalité et met en place des actions, des stratégies pouvant contribuer à l'entente et à une meilleure communication.

4.8 Un soignant ou une soignante : une différence pour les détenus ?

L'influence du genre au sein de la relation soignant-soigné faisait partie de nos principales interrogations de départ. L'article que nous avons lu sur ce sujet s'interrogeait également sur la relation femmes soignantes - hommes détenus. Ce texte, résultant d'une étude, a relevé selon nous des éléments pertinents. On pouvait y lire entre autres que l'absence de femmes dans la vie quotidienne des détenus (absence de relation sexuelle et affective avec le sexe opposé), pouvait provoquer certains comportements chez les détenus tels que la séduction et/ou un désir de relation ambiguë. Il relevait également toute l'ambivalence de la figure de la femme soignante. En effet, le détenu ne sachant pas s'il doit se préoccuper de la femme et, dans ce cas, montrer sa virilité d'homme ou alors, se concentrer sur la soignante et là, se laisser aller à montrer sa faiblesse et/ou sa souffrance.

Nous avons donc demandé aux trois infirmiers s'il était question de mesures particulières dans ces cas-là ou s'ils avaient eux-mêmes rencontrés des difficultés face à un détenu du sexe opposé. L'infirmier n°1 et l'infirmier n°3 soulèvent que le genre du soignant n'entre normalement pas en compte pour la répartition des soins (sauf pour des situations exceptionnelles comme nous avons pu le voir précédemment concernant les soins intimes aux détenus de confession musulmane, par exemple). L'infirmier n°1 affirme d'ailleurs que les hommes soignants ne sont pas « préférés » aux femmes pour effectuer des soins « à risque » (patients violents, par exemple). Cependant, il dit que s'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes concernant l'attribution des soins, il est parfois possible que le soin soit effectué par deux infirmiers, s'ils considèrent que les risques de violences sont élevés. Il finit tout de même par ajouter qu'en ce qui le concerne, il est très attentif aux soins qu'il prodigue aux femmes détenues, ceci pour éviter toute confusion ou malentendu. Dans ces cas- là, il préfère faire le soin à deux ou alors le déléguer à une collègue femme mais cela reste une exception.

Pour le soignant n°3, ce n'est pas la différence des sexes qui entrent en jeu dans la relation soignant-soigné mais l'âge. En effet, il dit avoir remarqué une certaine forme de respect supplémentaire face aux infirmiers plus âgés et nous donne l'exemple d'une collègue, maintenant partie en retraite, qui représentait l'image maternelle pour les détenus plus jeunes. Selon lui, et sans prétention, l'âge représente peut-être une autorité ou une sagesse que n'auraient, à priori, pas les infirmiers plus jeunes aux yeux des détenus.

En ce qui concerne l'infirmier n°2, ses propos rejoignent ceux de l'article que nous avons lu. Il cite la frustration sexuelle de certains détenus et de ce fait, aussi par égard pour ces derniers, préfère ne pas attiser cette frustration et respecte donc le couple « soignant-patient » et « soignante-patiente » pour certains soins d'ordre intime, par exemple. Il dit aussi que certains hommes détenus demandent à ce que leurs soins soient effectués par des femmes, dans le désir d'établir un jeu de séduction. Toutefois, il relève que cet aspect-là est aussi valable dans les soins à l'hôpital et que la drague et la provocation peuvent se trouver partout. Il ne pense pas que le contexte carcéral soit prioritairement lié à ce genre de comportement, pas plus qu'ailleurs, du moins. Il ajoute que pour ce qui est des confidences, les

hommes détenus se livreraient plus facilement aux hommes de l'équipe soignante, éprouvant une certaine gêne face aux femmes de l'équipe.

Sur ces points liés aux sexes des infirmiers, nous pouvons constater que les avis divergent. Néanmoins, nous relevons que l'équipe est prête à s'adapter lorsque cela s'avère nécessaire. Il arrive en effet que le genre entre bien en ligne de compte dans la relation soignant-soigné, il est alors pris en compte que ce soit par égard pour le patient ou par confort de l'infirmier, pour éviter tout quiproquo. Toutefois, il semble que cela ne soit pas un frein dans la relation de soins, pas plus que dans d'autres services externes à la prison.

4.9 Ethique

Nous avons abordé ce sujet avec l'infirmier n°2 et l'infirmier n°3. Le premier dit que ce qui lui pose le plus grand souci au niveau éthique, dans la prison, est la mesure du cachot. Selon lui, ces conditions d'isolement ne sont pas acceptables et il cite, à titre d'exemple, la privation de lumière et d'eau, l'absence de fenêtre, des volets en fer (que seuls certains gardiens acceptent d'entre-ouvrir par temps de grande chaleur). Pour cet infirmier, le cachot est quelque chose qui « horripile tout le monde » au sein de l'équipe soignante. Cette mesure de contrainte le met réellement mal à l'aise.

Cette atteinte supplémentaire à la liberté et à la dignité peut effectivement poser un souci d'ordre éthique au soignant. Comme nous avons pu le voir dans nos lectures, les infirmiers sont porteurs de valeurs éthiques et déontologiques, souvent mises à rude épreuve dans le milieu carcéral. En effet, comme stipulé dans la déclaration des Droits de l'Homme, tous les Hommes sont libres et égaux en dignité et en droits, sans distinction aucune. Dans cette perspective, il est facile d'imaginer qu'un soignant puisse se sentir inconfortable à l'idée, qu'en plus de son incarcération, le détenu soit placé en isolement, entièrement privé de tout confort et de tout échange. De plus, selon les règles concernant le traitement des détenus instauré par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants, il est noté que les détenus doivent, par exemple, avoir accès à la lumière naturelle depuis leur locaux de détention.

Ce point de vue appuie le fait que la relation d'aide n'est pas toujours possible dans un contexte comme celui du milieu carcéral. Là, l'infirmier ne peut pas intervenir et se doit d'attendre que la sanction soit levée. Il doit se faire violence en se rappelant la particularité de ce milieu et au fait que les contraintes et règles instaurées par l'établissement de la prison passent avant ses valeurs professionnelles. Cela représente pour nous une réelle capacité d'adaptation et de maîtrise de soi. Car il n'est jamais facile de faire abstraction de ce qui va à l'encontre de nos propres valeurs.

L'infirmier n°3 dit qu'en ce qui le concerne, il n'a pas encore été confronté à une difficulté d'ordre éthique. Cependant, il relève que si cela devait arriver, il n'hésiterait

pas à en parler au reste de l'équipe. En effet, à plusieurs reprises, cet infirmier fait part de l'entente qui règne au sein de l'équipe médicale. Il semble que cela soit très important à ses yeux et il reconnaît apprécier, en grande partie, son travail à Champ Dollon grâce à cette dynamique de travail et à cette cohésion de groupe. Par ailleurs, il mentionne l'obligation pour les infirmiers de faire part à la hiérarchie de certaines confidences que pourraient leur faire les détenus (viol, tentative d'évasion, etc.). Il précise ne pas transgresser le secret professionnel, car il fait part au préalable aux détenus, qu'il ne pourra pas garder pour lui certains types d'informations.

4.10 *Projet Curabilis*

L'infirmier n°2 affirme que le projet Curabilis sera utile dans le sens où il offrira une prise en charge plus adaptée. Selon lui, les détenus atteints de troubles psychiatriques n'ont pas leur place en prison car cette solution ne serait pas la réponse à leurs problèmes. Cet infirmier reconnaît ne pas connaître la mission exacte du projet Curabilis mais pense que cette alternative sera préférable à une incarcération standard. Cela n'empêchera pas, selon lui, que l'équipe de Champ Dollon continuera à avoir à faire à ce type de détenus car il pense que Curabilis sera un établissement d'application de peine et non pas de détention préventive.

Le second infirmier avec qui nous avons abordé le sujet de Curabilis, l'infirmier n°3, assure que ce projet est indéniablement utile. Il rejoint l'idée de l'infirmier n°2 en disant que ces détenus ont besoins de soins plus appropriés au niveau psychiatrique. D'autre part, lui aussi soulève le fait que de nombreux détenus (allusion aux malades psychiatriques) n'ont pas leur place en prison, car pour lui ce n'est pas non plus la bonne solution.

Même si nos deux interlocuteurs reconnaissent l'utilité et la nécessité d'un tel projet, ils s'accordent tous deux pour dire qu'ils ne souhaiteraient pas y travailler. L'infirmier n°2 explique cela par le fait qu'il n'est pas très à l'aise avec la psychiatrie, il préfère la médecine générale, les soins techniques. Ces patients le mettent mal à l'aise, il ne se sent pas capable de les aider. Quant à l'infirmier n°3, il ne souhaiterait pas non plus y travailler et donne comme raison la dureté du milieu. Selon lui, Curabilis accueillera les détenus qui, à cause de leur pathologie psychiatrique, auront commis les plus graves délits. Il ne se sent pas à l'aise avec l'idée de s'occuper de gens qui, pour la plupart, ne sortiront peut-être jamais de prison.

Ces témoignages confirment les quelques informations que nous avons trouvées au sujet de Curabilis et de la nécessité d'ouvrir un tel établissement. En effet, les soins et l'encadrement seront plus adaptés aux détenus souffrant de troubles psychiatriques, viseront la prise en soin individualisée et la réinsertion sociale de ces détenus.

4.11 De belles rencontres

Nous terminerons cette analyse sur une note plus légère. Après avoir constaté que le milieu carcéral pouvait, sur de nombreux points, influencer le lien soignant-soigné, nous sommes satisfaites de voir que cela n'a pas empêché nos trois interlocuteurs de faire de belles rencontres parmi les détenus qu'ils voient au service médical.

L'infirmier n°1 affirme avoir effectivement eu de belles surprises. Il dit avoir fait de belles rencontres et explique que pour y arriver, il est primordial de s'intéresser au patient comme personne à part entière, de le questionner sur son histoire de vie. Cet intérêt porté au patient permet, selon lui, de dépasser la raison de son incarcération et d'adopter une attitude plus empathique. C'est grâce à ces échanges basés sur l'authenticité et la transparence qu'un lien peut se créer. Ces belles rencontres, il les a faites ainsi, au travers d'échanges humains, et du respect de l'autre.

L'infirmier n°2 répond également positivement : lui aussi confie avoir fait de belles rencontres parmi les détenus depuis qu'il travaille à Champ Dollon. Il reconnaît même ressentir de l'empathie à l'égard de certains détenus et dit avoir tissé un réel lien avec quelques uns. Toutefois, il assure ne s'être jamais « trop » impliqué dans une relation soignante. Pour se protéger vraisemblablement.

L'infirmier n°3 dit que le contexte carcéral n'empêche pas aux soignants de faire de belles rencontres. Il souligne toutefois qu'il n'a pas souvent le temps de discuter avec les patients comme il le souhaiterait et que ceci peut freiner la construction du lien. Le contact est, selon lui, souvent trop bref.

Ces trois professionnels mettent en avant l'importance de l'écoute dans la relation soignant - soigné. Le fait de connaître le parcours de leurs patients et leur histoire de vie permet, selon eux, de mettre de côté leurs préjugés et d'accueillir la relation sous un autre angle. Ainsi, ils n'excusent pas les crimes et/ou délits commis, mais ils parviennent plus facilement à comprendre comment les détenus ont pu en arriver là. Ils finissent par se rejoindre une dernière fois sur le fait qu'ils ne sont pas là pour juger leurs patients.

Les éléments mis en avant par ses professionnels rejoignent l'idée que nous nous étions faites de la relation d'aide au travers de nos lectures. En effet, accueillir l'autre, rester à l'écoute et laisser de côté ses préjugés permet de faciliter l'entrée en lien. Dans un souci de bienfaisance, les infirmiers laissent place à la rencontre en partant sur des bases saines. Dans ces conditions, le patient et l'infirmier ne peuvent que se sentir plus en confiance et s'ouvriront davantage l'un à l'autre dans le but d'établir une relation de soins agréable, de qualité.

5. Conclusion

5.1 Résultats de la recherche

Ce travail nous a permis de donner des éléments de réponses à notre problématique de départ : « Quelles sont les différentes stratégies de soins et difficultés rencontrées par les infirmiers, dans le contexte carcéral ? En quoi ce milieu particulier influence-t-il la relation soignant-soigné ? ».

Nous avons interrogé trois infirmiers de l'équipe médicale de Champ Dollon et avons comparé leur propos aux lectures qui ont constitué le cadre théorique.

Notre recherche a démontré que le contexte carcéral lui-même n'avait pas forcément une influence négative sur le lien soignant-soigné mais que certains facteurs, liés à ce contexte, pouvaient rendre l'établissement d'un lien plus difficile. En effet, les règles pénitentiaires (présence des gardiens, contraintes d'horaires, mesures de sécurité) posent d'emblée un cadre que le service médical se doit de prendre en compte. De plus, la surpopulation rend la relation soignante plus difficile car les infirmiers doivent faire face à des demandes de plus en plus nombreuses dans un laps de temps limité. Selon le journal *Le Matin*, du mois de mai 2013, la population de Champ Dollon comptait plus de 800 détenus pour une capacité initiale de 376 places.

En plus d'avoir des effets délétères sur la relation soignante, la surpopulation détériore la vie quotidienne des détenus de par la réduction de l'espace dans les cellules, la dégradation des conditions d'hygiène, le nombre de bagarres, de tensions, d'actes auto-dommageables, de demandes de médicaments, etc.

Notre travail a également mis en avant certaines stratégies adoptées par les infirmiers dans le but de créer un lien de confiance avec les patients et aussi pour se préserver de la dureté du milieu. Les infirmiers de Champ Dollon affirment que face à certains délits qui mettent leurs valeurs personnelles à l'épreuve (pédophilie, crimes sexuels, meurtres), il est essentiel de voir le patient dans sa globalité. Ceci fait d'ailleurs référence au paradigme de la transformation qui définit le patient comme un être bio-psycho-socio-spirituel. Ainsi, ce dernier est considéré comme un tout indissociable et acteur de sa santé. Pour aider l'autre, malgré les actes commis, les infirmiers doivent s'intéresser à son histoire de vie ce qui leur permet d'éprouver plus d'empathie à son égard. En effet, cette stratégie les aide non pas à excuser les délits mais à mieux comprendre comment leurs auteurs en sont arrivés là. Cette considération les encourage à apporter un peu plus d'humanité à la relation et ainsi à ne pas stigmatiser les détenus. De ce fait, la communication entre soignant et soigné est plus authentique et plus favorable aux soins.

Comme introduit ci-dessus, les infirmiers ont également mentionné l'importance de se préserver. Il est donc important pour eux d'avoir des activités extra professionnelles et de pouvoir échanger leurs ressentis avec le reste de l'équipe. L'équipe médicale de Champ Dollon se dit d'ailleurs particulièrement complice. Elle se réunit régulièrement pour des colloques (permettant de faire le point sur les

patients et d'échanger à propos du ressenti des membres de l'équipe).

Les détenus adoptent eux des stratégies pour avoir accès au service médical : certains feignent des douleurs somatiques, s'automutilent, etc. Ces stratégies ont pour but d'échapper momentanément à la vie dans leur cellule. En effet, certains de ces détenus n'ont pas de demande particulière mais souhaitent simplement avoir un moment d'échange avec des personnes autres que leurs codétenus. De plus, les détenus profitent souvent d'être au service médical pour obtenir des médicaments, principalement à visée anxiolytique. Les actes auto-dommageables, quant à eux, sont fréquents et sont l'expression d'une grande détresse. De ce fait, les infirmiers sont attentifs à ne pas les banaliser, même si ce risque existe en raison de la cadence de travail. En outre, l'équipe médicale reconnaît se sentir parfois impuissante face à cette violente expression de souffrance.

Nous nous sommes également interrogées sur l'influence du genre dans la relation soignante. Les trois infirmiers que nous avons rencontrés nous affirment qu'il n'existe pas de protocole qui stipule que les détenus doivent être pris en soins par des infirmiers du même sexe. Toutefois, pour les soins intimes, les détenus sont vus par un infirmier du même genre qu'eux, ce pour leur éviter toute gêne et ne pas risquer de provoquer de pulsion due à leur privation de vie sexuelle. Nos lectures confirment en effet que la frustration sexuelle vécue par les détenus peut gêner le bon déroulement du soin. Outre l'aspect d'ordre sexuel, les infirmières peuvent aussi représenter l'image maternelle.

Les infirmiers de Champ Dollon relèvent qu'en ce qui concerne les soins généraux des femmes, il arrive que certains soignants hommes veillent à ne pas se retrouver seuls avec elles dans le but d'éviter tout quiproquo et de prévenir toute accusation d'ordre sexuel. Dans ces cas-là, ainsi que face à des détenus pouvant être très violents, le soin est exécuté par deux soignants. Un des infirmiers interviewé mentionne l'âge comme influençant, davantage que le genre, l'attitude des détenus envers les soignants.

La question de l'interculturalité a aussi attiré notre attention. Selon les statistiques de 2012 concernant la population de Champ Dollon, il y aurait une importante diversité culturelle. Les infirmiers de Champ Dollon confirment cette donnée et ajoutent que les détenus sont répartis en cellule, dans la mesure du possible, en fonction de leur origine pour encourager les échanges. De plus, l'équipe soignante étant plurilinguiste, cela facilite la communication avec les détenus étrangers.

Finalement, nous avons émis comme hypothèse qu'il avait de la méfiance entre soignants et soignés. Nos lectures montrent que les détenus pensent bénéficier de soins au rabais. En revanche, les infirmiers interrogés affirment que les détenus sont tout à fait conscients de recevoir des soins équitables (par rapport à l'extérieur) et ne sont donc pas méfiants. Quant aux infirmiers, ils préfèrent parler de vigilance ; vigilance en lien avec l'éventuelle manipulation dont usent les détenus, comme abordé plus haut.

Rappelons qu'au niveau de la législation suisse, l'équipe médicale de Champ Dillon est rattachée aux HUG, la qualité des soins y est donc identique. De plus, l'ASSM (Académie Suisse des Sciences Médicales) a mis en place il y a quelques années des directives concernant la médecine auprès des personnes détenues pour assurer l'accès aux soins dans les prisons suisses.

5.2 Perspectives

Ce mémoire nous a permis de nous rappeler les fondements même de notre mission en tant que futures professionnelles, notamment le principe de « justice » selon lequel aucune différence ne doit être faite entre les patients dans un but d'équité absolue, ainsi que de réfléchir aux valeurs telles que la tolérance et le respect de l'autre, dans sa différence et son altérité. Bien que nous ayons effectué un travail centré sur le milieu carcéral, les balises éthiques qu'il a permis de tracer nous seront utiles dans tout autre milieu de soins. En effet, ce travail nous a démontré que ces valeurs ne sont pas d'entrée acquises et qu'il sera donc nécessaire pour nous d'interroger régulièrement notre pratique afin de nous assurer que nous les respectons bien.

Si nous devons poursuivre ce travail, nous trouverions intéressant d'étendre nos recherches à d'autres prisons de Suisse, afin d'y comparer nos résultats. Nous effectuerions également des entretiens dans des établissements de soins spécialisés de type *Curabilis*, afin de rendre compte des apports et des limites de ce genre de structures. Nous chercherions de plus à voir comment fonctionne le système pénitentiaire dans d'autres pays, afin de faire ressortir les ressources et les limites du système en Suisse.

5.3 Apports personnels

Nous avons eu un grand plaisir à effectuer ce travail, qui nous a beaucoup appris sur les soins en prison et la subtilité des liens relationnels dans ce contexte. Nous espérons avoir su transmettre au mieux, dans ce mémoire, ce que nous avons retiré de nos différentes lectures, ainsi que des entretiens que nous avons effectués.

Nous avons été touchées par la richesse des rapports humains, dans un contexte que nous pensions peu propice aux échanges. Nous avons également été agréablement surprises de voir que dans ce milieu sombre, loin des soins que nous connaissons, se créent des liens sincères et authentiques. Ce constat nous a confortées dans nos valeurs personnelles et professionnelles. En effet, nous aspirons à être des professionnelles respectueuses de l'être humain, quelques soit ses idées, ses choix de vie et ses éventuelles erreurs de parcours. En outre nous avons appris de ce travail que la différence peut, plutôt que de le freiner, favoriser le lien.

La réalisation de ce mémoire s'est trouvée facilitée par notre parfaite collaboration. En effet, nous avons su communiquer de manière efficace afin d'échanger nos idées et nos ressentis. Ces échanges nous ont permis d'exploiter au mieux les données récoltées, de façon à fournir un travail que nous voulions au plus proche de la réalité. Cette complicité a été notre moteur principal dans la réalisation de ce travail conséquent.

6. Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les professionnels qui ont contribué à l'élaboration de ce travail. Grâce à leur intervention, nous avons pris un grand plaisir à réaliser cette recherche. Nos remerciements s'adressent, en premier lieu, à l'équipe médicale de Champ Dollon : les trois infirmiers interviewés ainsi que l'infirmière responsable de l'unité. Nous les remercions pour le temps qu'ils nous ont accordé et pour l'organisation de ces rencontres. L'authenticité et la richesse des propos des trois infirmiers ont ajouté une grande valeur à nos écrits.

Nous remercions également notre directrice de Bachelor, Madame Brigitte Chatelain qui a su nous accompagner au mieux durant cette dernière étape de notre vie d'étudiantes. L'intérêt qu'elle a démontré pour notre sujet de recherche et son dynamisme durant nos échanges nous ont aidées à avancer de manière efficace. Nous garderons un excellent souvenir de cette collaboration.

Une attention particulière à notre camarade de classe Andrea Karrer qui a servi de modèle pour notre image sur la page de garde.

Finalement, nous souhaitons nous adresser à nos proches (famille et amis) qui nous ont soutenues et encouragées dans chacune de nos démarches. Ce travail, aussi passionnant soit-il, nous a pris beaucoup de temps et d'énergie, c'est pourquoi leur soutien nous a été indispensable. Merci de nous avoir écoutées, supportées !

« J'aime cet endroit chargé de beauté, de souffrance, de misère, peuplé de fantômes. C'est un endroit qui vous fait fuir ou qui vous attache. Rien n'est pire que l'indifférence. J'aime la population disparate, pleine de fantaisie, de malice et de créativité. Dans la solitude de l'enfermement, les masques tombent et les rapports humains sont plus vrais et plus riches qu'à l'extérieur... » (Vasseur, 2000, p. 157).

7. Bibliographie

Académie Suisse des Sciences Médicale [ASSM]. (2013). *Exercice de la médecine auprès de personnes détenues*. Accès <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html>

Allot, G., Dortz, P., Larhantec, N. (2004). Spécificité des soins infirmiers en maison d'arrêt. *Objectif soins*, 122, 24-28.

Balier, D. (1996). Etre et rester infirmier auprès d'auteurs de violences sexuelles. Accès <http://www.artaas.org/documentation/PRADELEDOUARD.pdf>

Bertrand, J.P., Bodenmann, P., Gravier, B., Pasche, C., Rieder, D. & Wolff, H. (2010). Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Revue médicale Suisse*, 257. Accès <http://rms.medhyg.ch/numero-257-page-1462.htm>

Bessin, M., Lechien, M.H. (2010). *Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison*. Accès <http://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2002-1-page-69.htm>

Bessin, M. & Lechien, M.H. (2000). *Soignants et malades incarcérés : Conditions, pratiques et usages des soins en prison*. Accès <http://prison.eu.org/IMG/pdf/52-soignants.pdf>

Bindschedler, M. (2005). *Ban public : Association pour la communication sur les prisons et l'incarcération en Europe*. Accès <http://prison.eu.org/spip.php?article6566>

Burgy, C. (2009). *La théorie de Parse : les facteurs favorables et défavorables à son implantation dans la pratique*. (Travail de Bachelor. Haute Ecole De Santé de Fribourg). Accès <http://doc.rero.ch/record/22368>

Cancela, P. (28 février 2013). Le Courrier : l'essentiel, autrement. *Champ Dollon s'attend à l'explosion*. Accès http://www.lecourrier.ch/106423/champ_dollon_s_attend_a_l_explosion

Chatelain, B., Pugliese, P. & Schorer, E. (2012). *Guide pour la présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA)*. Genève : Haute école de santé

Conseil International des infirmières. (2010). *Définition des soins infirmiers*. Accès <http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

Déclaration universelle des droits de l'Homme. (1948). *Texte de la Déclaration*. Accès <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>

Département de la sécurité Prison de Champ Dollon, (2012). *Prison de Champ Dollon : rapport d'activité 2012*. Accès <http://www.ge.ch/champ-dollon/doc/rapport-d-activites-2012.pdf>

Direction des Ressources Humaines Centre de la Formation et du Développement des Compétences. (2012). *Soins et détention*. Accès http://documentation.aphp.fr/Bibliographies/Soins_detention.pdf

Duby, V. (2013). Le Matin. «*Tout a changé à Champ Dollon* ». Accès <http://www.lematin.ch/suisse/change-champdollon/story/22960147>

Ducharme, F., Kérouac, S., Major, F., Pepin, J. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Chenelière Education.

Haouili, B. (2013). *l'APSEP nouveau site : Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison*. Accès <http://www.sante-prison.com/web/article.php?story=20100207124100758>

Hrea.org. (S.d.). *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*. Accès http://hrea.org/index.php?base_id=104&language_id=3&erc_doc_id=1355&category_id=37&category_type=3&group=

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2012). *Unité médicale à la prison de Champ Dollon*. Accès <http://ump.hug-ge.ch/quisommesnous/smcd.html>

Hostettler, U., Perrenoud, J., Richter, M., Schaffter, G. & Sprumont, D. (2009). *Pratique médicale en milieu de détention : effectivité des directives de l'Académie suisse de sciences médicales sur l'exercice de la médecine auprès des personnes détenues*. Accès http://www.fmh.ch/files/pdf3/Synthese_F.pdf

Hurst, S. (S.d.). *L'approche des difficultés éthiques*. Accès <http://www.unige.ch/medecine/ib/ethiqueBiomedicale/enseignement/programmeY2006/2-1-Hurst-introduction-resolution-cas.pdf>

Jeuge-Maynard, I. (Dir). (2007). *Petit Larousse illustré*. Larousse Editions.

Licari-Joly, M.P. (2004). *La coopération entre les services hospitaliers et pénitenciers en milieu carcéral : Rôle du cadre de santé*. (Travail de fin d'études. Institut de Formation des Cadre de Santé/Département des Sciences de l'Education. Aix-Marseille). Accès <http://www.sante-prison.com/web/images/library/File/310601.pdf>

Marmin, G. (2005). Soigner en prison : un paradoxe ? *Objectif soins*, 139, 28-31.

Migliorino, R.E. (2009). *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Peplau, H., (1952). *Relations interpersonnelles dans les soins infirmiers : Etapes et rôles dans les situations de soins*. Accès <http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/peplau.pdf>

Picherie, E. (2003). *La santé en prison : Le rôle des infirmiers dans les prisons*. Accès <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad443031.pdf>

Ramahavita, S. (2007). *La relation soignant-soigné en prison*. (Travail de fin d'études. C.H.U de Nantes). Accès <http://www.infirmiers.com/pdf/relation-soignant-soigne-prison.pdf>

Sénat, un site au service de citoyens. (2013). *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?* Accès <http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-43416.html>

Soins infirmiers.com. (2008). *La relation d'aide*. Accès http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php

Tison, B. (2007). *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Vasseur, V. (2000). *Médecin-chef à la prison de la Santé*. Le Cherche midi

Wikipedia. (2013). *Soin infirmier*. Accès http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier#Par_l.27Organisation_mondiale_de_la_sant.C3.A9

Wikipédia Encyclopédie libre. (2013). *Entretien semi directif*. Accès http://fr.wikipedia.org/wiki/Entretien_semi_directif

World Health Assembly. (2002). *Évaluation des cursus soins infirmiers, sage-femme et soins infirmiers pour les titulaires d'un brevet d'infirmier hospitalier en Fédération Wallonie-Bruxelles : Analyse transversale*. Accès <http://www.aeges.be/documents/ATBSIBSFMEP.pdf>

Annexes

Les pages suivantes contiennent les annexes concernant les documents officiels pour la réalisation du travail de Bachelor ainsi que le guide d'entretien que nous avons établi pour nos rencontres avec les infirmiers de Champ Dollon.

Numérotation des annexes :

- Annexe I : Demande d'autorisation
- Annexe II : Lettre d'information aux participants
- Annexe III : Formulaire de consentement libre et éclairé
- Annexe IV : Guide d'entretien

Annexe I

Demande d'autorisation pour enquêter dans votre institution

Nous sommes étudiantes en 3^e année de formation Bachelor en Soins infirmiers à la Haute école de Santé de Genève.

Dans le cadre de notre travail de Bachelor, nous avons choisi de nous pencher sur le thème des relations soignant-soigné en milieu carcéral. Nous souhaitons mettre en avant les différentes stratégies de soins utilisées dans ce contexte particulier et relever les éventuelles difficultés rencontrées par les infirmiers.

La question de la juste distance et l'élaboration d'un lien de confiance nous interpelle. Nous sommes également intéressées de savoir comment ces infirmiers dépassent leurs propres valeurs, convictions personnelles face aux détenus (et aux actes commis) de façon à établir une relation d'aide et une prise en soins efficace ceci, toujours dans le souci du non-jugement. En effet, travailler en prison n'est pas une tâche anodine et nous pensons que les représentations sociales ou le vécu personnel des infirmiers peuvent jouer un rôle dans les prises en soins.

Pour réaliser notre travail et être au plus proche de la réalité du terrain, nous aimerions avoir la possibilité de faire des entretiens auprès du personnel infirmier de Champ Dollon. L'une d'entre nous a fait un stage de six semaines au sein de l'unité l'année dernière (juin-juillet 2012) et l'équipe s'était montrée très intéressée par le projet. L'infirmière responsable de l'unité était aussi prête à planifier des rencontres avec les personnes de son équipe pour la réalisation des entretiens.

Nous projetons d'interviewer deux ou trois infirmiers de façon à pouvoir apporter, en plus de nos nombreuses lectures, des éléments concrets à notre travail (les entretiens ne devraient pas dépasser 1h). Ceci, bien sûr, en gardant l'anonymat de ces personnes et en envoyant par la suite un compte rendu de notre travail à l'équipe. Pour faciliter ces plages d'entretiens, ces derniers pourront se dérouler dans la cafétéria des Trois-Chênes (comme l'avait suggéré l'IRU) puisque nous savons que l'accès à l'enceinte de la prison demande des démarches supplémentaires. Il est donc tout à fait possible pour nous d'organiser des lieux de rendez-vous aux alentours de la prison, ceci n'est pas un problème pour nous.

Pour notre mémoire, nous sommes supervisées par Brigitte Chatelain, enseignante à la HEDS.

Nous joignons en annexe la lettre d'information destinée à la population cible, dans laquelle vous trouverez la description précise de notre projet et les implications concrètes pour les participant-es.

Dans ce cadre, nous vous demandons donc l'autorisation formelle de pouvoir interviewer ces soignants dans le cadre de notre travail.

En espérant que vous accéderez à notre demande, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Annexe II

Lettre d'information aux participants

Informations destinées aux personnes participant au travail de bachelor (TB)
intitulé : « *Quelles sont les différentes stratégies de soins et difficultés rencontrées par les infirmiers, dans le contexte carcéral ? En quoi ce milieu particulier influence-t-il la relation soignant-soigné ?* »

Nous vous sollicitons pour participer à notre travail de Bachelor portant sur les soins en milieu carcéral et la relation soignant-soigné dans ce contexte, en raison de votre connaissance et expérience de cette thématique.

Buts de notre travail :

Ce travail a pour but de rendre compte de la manière dont les soignants tentent d'établir un lien d'aide avec les détenus, dans un contexte de privation de liberté et devant faire face à des troubles psychiatriques et autres addictions, en tenant compte de la répercussion de l'emprisonnement sur les soignés. De plus, nous nous interrogeons sur l'aspect éthique et autres valeurs personnelles, qui rentrent inévitablement en ligne de compte dans une relation.

Contexte du travail :

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers délivrée par la Haute Ecole de Santé de Genève. Il implique une phase d'enquête, qui se déroule à Champ Dollon (pour des raisons de conditions d'accès à la prison, les entretiens seront effectués à l'hôpital des Trois Chênes), auprès d'infirmier-ères travaillant auprès des détenus. Cette enquête aura lieu entre mars et avril 2013.

Description de l'enquête :

Nous vous proposons un entretien individuel semi-dirigé, qui durera environ une heure, à un moment et un lieu fixés avec vous, à votre convenance. Cet entretien sera enregistré puis retranscrit afin de nous assurer de ne pas déformer vos propos. Les données enregistrées seront effacées une fois le travail de Bachelor validé.

Avantages et inconvénients de participer :

Votre participation à ce travail pourrait contribuer à répondre à notre problématique de manière réaliste. Votre engagement ne comporte aucun risque ni bénéfice pour vous personnellement (ou sur le plan professionnel). Votre participation à cette enquête a été autorisée par votre employeur.

Droits et confidentialité :

Votre participation à cette enquête est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez, et pourrez encore le faire ultérieurement. Le fait de participer à cette enquête ne changera rien des liens professionnels avec votre employeur.

Toute information recueillie dans le cadre de cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les étudiant-e-s soussigné-e-s s'y engagent. En particulier, les données ne seront pas transmises à votre employeur ou vos collègues, mis à part l'accès prévu aux résultats. De plus, toutes les données personnelles récoltées dans ce cadre seront rendues anonymes et gardées confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de Bachelor. Votre nom ne sera en aucun cas publié dans des rapports ou publications qui découleraient de ce travail de Bachelor.

Seule l'analyse des résultats de l'ensemble des données sera présentée.

Accès aux résultats :

Une fois le travail de Bachelor terminé et validé par la HEDS, vous recevrez un exemplaire du travail final au sein de l'unité.

Adresses de contacts :

Nom de-s étudiant-e-s : Nom du Directeur-trice de mémoire

– Alexandra Balmer

(alexandra.balmer@etu.hesge.ch)

Brigitte Chatelain

(brigitte.chatelain@hesge.ch)

– Léoné Locatelli

(leone.locatelli@etu.hesge.ch)

HEdS – Haute école de santé Genève
Avenue de Champel 47
1206 Genève
Tél. : 022 388.56.00

Annexe III

Formulaire de consentement éclairé et libre

Travail de Bachelor : *«**Quelles sont les différentes stratégies de soins et difficultés rencontrées par les soignant, dans le contexte carcéral ? En quoi ce milieu particulier influence-t-il la relation soignant-soigné ?**»*

- Je consens à participer à la phase d'enquête du travail de Bachelor susmentionné de la manière décrite dans le document intitulé 'Informations destinées aux personnes participant au travail de Bachelor (TB) intitulé **«*Quelles sont les différentes stratégies de soins et difficultés rencontrées par les soignant, dans le contexte carcéral ? En quoi ce milieu particulier influence-t-il la relation soignant-soigné ?*»**

- Je déclare avoir été informé-e, oralement et par écrit, par l'étudiant-e signataire des objectifs et du déroulement de l'enquête sur *les soins en milieu carcéral, axé sur l'aspect relationnel*.

- Je suis informé-e que cette enquête ne comprend aucun risque ni bénéfice pour les participant-e-s.

- Je certifie avoir lu et compris l'information écrite, datée du *7 février 2013*, qui m'a été remise sur l'enquête précitée. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette enquête. Je conserve l'information écrite et je reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.

- J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision en mon âme et conscience.

- Je sais que toutes les données personnelles seront anonymisées et confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de Bachelor.

- Je prends part de façon volontaire à cette enquête. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à participer à cette enquête, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit.

- Je m'engage à répondre fidèlement aux questions qui me seront posées dans ce cadre.

Nom et signature du/de la participant(e) :

Date et Lieu :

Annexe IV

Guide d'entretien

Entretien semi-dirigé dans le but de se représenter de la manière la plus réaliste possible ce que les soignants vivent au quotidien. Les questions ouvertes permettent une expression plus large et plus libre de la personne interrogée. En effet, il s'agit d'un sujet traitant des relations humaines, ainsi ce type d'entretien nous paraît être le plus approprié.

Thèmes des questions ouvertes :

1. L'aspect relationnel avec les détenus, quelles difficultés dans l'établissement du lien, façon de gérer le contexte environnemental et de faire face à des obligations de soins
2. Ethique et morale : savoir ou non les délits commis ?, délits stigmatisés (le cas particulier des délinquants sexuels)
3. Faire face à l'automutilation les tentamens, la souffrance induite par l'incarcération, l'établissement d'une relation d'aide et de soutien
4. La barrière de la langue, des coutumes face à une population à 95% étrangère
5. L'image de la femme, de la mère, de la soignante : comment vous sentez-vous perçue par les détenus ? Vs relations hommes soignants-hommes détenus.
6. Le projet Curabilis selon vous
7. Soins relationnels et pathologies psychiatriques ou addictions : les soins sont-ils adaptés en fonction ?
8. Surpopulation et temps passé auprès des détenus : un frein à la relation ?
9. Méfiance et victimisation des détenus : un frein au lien de confiance ?
10. Quelles stratégies pour l'entrée en contact (rencontre)
11. Tactiques des détenus pour humaniser la relation (bobologie par exemple) ?
12. L'expérience professionnelle, les motivations à travailler en milieu carcéral, le parcours antérieur, les diplômes...