

***Collaboration pluridisciplinaire en milieu
carcéral et son impact sur la prise en soins
des détenus***

Travail de Bachelor

CHAMBI Clara

N° matricule :18544106

SCHMIDT Lucas

N° matricule : 18544577

SKALLI Larra

N° matricule : 18544734

Directrice : Madame LUDWIG Catherine, Professeure Associée
HES, HEdS Genève

Membre du jury externe : Monsieur ANDASMAS Maamar, infirmier au Service
des Mesures Institutionnelles (unité 3 Curabilis), HUG

Genève, le 14 septembre 2021

DÉCLARATION

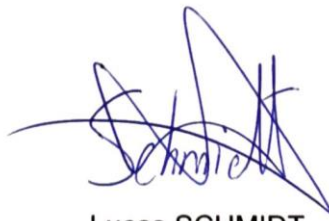
« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans 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 le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 14 septembre 2021



Clara CHAMBI



Lucas SCHMIDT



Larra SKALLI

« Tant que les prisons n'auront pas changé, tout homme qui y entre a une chance de recommencer. »

Yves Roumajon (1914-1996)

RÉSUMÉ

Introduction : Cette revue de littérature a pour but d'aborder le thème de la collaboration pluridisciplinaire et de son impact sur la qualité de la prise en soins de personnes détenues.

Le milieu carcéral est un environnement vaste qui abrite de nombre de professionnels issus de spécialités différentes. Ces derniers sont amenés à collaborer, échanger et œuvrer ensemble, par divers moyens et outils, avec des objectifs variables mais dans une finalité commune. Cette finalité vise une détention de qualité, une prise en charge globale de tous les aspects d'une situation et ainsi d'assurer une réinsertion dans la société dans les meilleures conditions possibles.

La théorie de King guide et exerce, par l'interaction, à observer, écouter puis analyser les perceptions d'un échange. Elle permet de percevoir certaines problématiques d'une situation, d'échanger tant bien avec la personne soignée (le détenu) qu'avec les autres intervenants de la situation. Idem pour la mise en place de objectifs qui se font d'une part en partenariat avec le détenu, mais aussi avec les équipes pluridisciplinaires.

Méthode : Afin de répondre à la question « Quels sont les composants qui permettent d'instaurer une coordination interprofessionnelle en milieu carcéral pour optimiser la qualité de soins des détenus ? », nous avons effectué une revue de littérature, dans le but de comprendre ce qui était fait à l'international.

Après consultation de la base de données *PubMed*, consultée entre novembre 2020 et juin 2021, six articles ont été retenus. Ceux-ci ont été publiés entre 2000 et 2018 et traitent le sujet de la collaboration pluridisciplinaire en milieu carcéral dans une approche méthodologique qualitative. Un septième article identifié hors des bases de données a également été utilisé.

Résultats : Plusieurs thématiques sont mises en avant : Le juste milieu entre soins et sécurité, la différence entre coordination, collaboration et coopération, la connaissance de son propre rôle et celui des autres, la coordination relationnelle, la pratique collaborative attendue qui accompagne la complexité de structures externes, l'indépendance du service médical en prison et les tensions lors de la collaboration entre systèmes. Ainsi, des recommandations peuvent être profitables aux niveaux pratique et théorique, afin de trouver un équilibre dans la relation entre chaque professionnel et permettre une collaboration efficace.

Conclusion : Il est indispensable de prendre en considération chaque professionnel et détenus afin d'obtenir un impact positif sur la qualité de la prise en soins et une collaboration pluridisciplinaire efficace.

Mots-clés : Détenus ; Prisons ; Pluridisciplinaire ; Collaboration ; Soins infirmiers ; Agent de détention ; Modèle de King

Key words: Inmates; Prisons; Multidisciplinary; Collaboration; Nursing; Detention Officer; King's Model

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons, pour commencer, remercier toutes les personnes qui ont été présentes de près ou de loin durant ce travail et qui ont contribué à son aboutissement. Un merci particulier au Dr. Patrick HELLER, pour son expertise, son écoute et pour le cadeau de son livre " Santé en Prison" qui a été pour nous un véritable phare durant ce travail.

Nous aimerions également remercier notre directrice de travail, Madame Catherine LUDWIG, qui a été d'un grand soutien durant toute les phases de notre travail. Nous la remercions pour sa disponibilité et son aide et ses encouragements, ainsi que pour ses traits d'humour inimitables qui nous ont fait prendre conscience de nos errements.

Pour finir nous aimerions remercier des personnes particulières :

J'aimerai remercier mes deux plus grands piliers, Ma mère Mme SKALLLI Mina ainsi que mon compagnon Monsieur MARTINS Gabriel. Tout au long de ma formation ils ont été pour moi un soutien et m'ont rempli d'amour qui m'a permis de prendre confiance en moi et d'atteindre mes objectifs. À travers ce travail je leur transmets ma reconnaissance. J'aimerai également remercier mes deux collègues, malgré des moments compliqués nous sommes restés soudés et nous avons réussi ensemble.

Larra SKALLI

J'aimerais remercier mes deux collègues qui m'ont ouvert les yeux sur la population carcérale, à laquelle je n'avais jamais vraiment trop porté d'attention.

Un très grand merci à ma fiancée, Leelo, qui partage mes aventures de « presque-infirmier » depuis le début, ainsi qu'à mes parents, Christian et Corinne. Ils n'ont jamais cessé de croire en moi, ont toujours su m'apporter réconfort, soutien et amour, peu importe les circonstances, et qui me témoignent leur fierté et leur amour au quotidien.

Enfin, je ne serai pas le futur professionnel que je suis sans avoir reçu une petite partie de chacun des nombreux professionnels qui m'ont accompagné dans mes études. Je terminerai donc en ayant une pensée sincère pour Fanny, Alain, Farida, Marie-Lucie & Yamina, mais aussi pour Cyrille, Julien et l'ensemble des pompiers-infirmiers de la Somme.

Lucas SCHMIDT

J'aimerais remercier toute l'équipe de la Clairière infirmiers, médecins, psychologues, éducateurs, gardiens qui m'ont fait découvrir le monde pénitentiaire durant mon stage, formée et m'ont fait aimer ce milieu méconnu. Un jour devenir leur collègue serait pour moi une joie. Ainsi que mes deux collègues Larra et Lucas avec qui j'ai partagé la réalisation de ce travail.

Un très grand merci à mon fiancé Driton qui m'a toujours soutenue, cru en moi durant tout mon parcours et depuis maintenant dix années. À ma mère Helen qui est, pour moi, l'exemple d'une infirmière et à qui je n'espère que ressembler un jour. À Mon père Paco qui m'a enseigné la rigueur et l'amour de la passion. À mes amies qui ont su comprendre mon absence durant mes études mais qui ont su m'apporter soutien, écoute et amour. À mon oncle Peter qui, par son savoir, a su me guider. Et tout particulièrement à ma Grand-mère qui nous a quitté ce mois de juillet 2021 qui, grâce à ses études de droit, partageait avec moi cette vision « positive » de la prison.

CHAMBI Clara

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CAS	Certificate of Advanced Studies
CC	Code civil
CP	Code Pénal
CPP	Code de Procédure Pénale
CPT	Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
CSCSP	Centre Suisse de Compétence en matière d'exécution des Sanctions Pénales
DAS	Diploma of Advanced Studies
DPMIn	Droit Pénal des Mineurs
EMSP	Équipe Mobile de Soins Pénitentiaires
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HMIP	Her Majesty's Inspectorate of Prisons
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
LEI	Loi fédérale sur les Étrangers et l'Intégration
MeSH	Medical Subject Headings
Obsan	Observatoire suisse de la Santé
OFS	Office Fédérale de la Statistique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PAFA MED	Placement a Fins d'Assistance décidé par un Médecin
PPMin	Procédure Pénale applicable aux Mineurs
RC	Relational Coordination
RCC	Relational Coordination Collaborative
RRIP	Règlement genevois sur le Régime Intérieur de la Prison et le statut des personnes incarcérées
SAPEM	Service d'Application des Peines et Mesures
SEM	Secrétariat d'État aux Migrations
SPI	Service de Probation et d'Insertion
TeamSTEPPS	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety

UCH	Unité Cellulaire Hospitalière
UHPP	Unité Hospitalière de Psychiatrie Pénitentiaire
UKCC	United Kingdom Central Council for Nursery, Midwifery and Health Visiting
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Présentation des professionnels employés en prison à Genève et leurs prérogatives (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).....	20
Tableau 2 Mots-clés, MeSH Terms et traductions	40
Tableau 3 : tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	43
Tableau 4 Équations de recherche utilisées pour la recherche documentaire	xiii

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Tiré de : République et Canton de Genève (s. d.).....	7
Figure 2 Tiré de Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019b.....	10
Figure 3 Tiré de Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013	31
Figure 4: Tiré de King (1971), p.92.....	37
Figure 5: Diagramme de flux du processus d'identification des articles	41
Figure 6: Tiré de RCC, 2021.	59

Table des matières

Déclaration.....	ii
Résumé.....	iv
Remerciements.....	vi
Liste des abréviations.....	viii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	x
Préambule.....	1
1. Introduction.....	2
1.1. État des connaissances.....	5
1.1.1. Système pénal suisse.....	5
1.1.2. Les régimes de détention en Suisse.....	8
1.1.3. Les lieux de détention à Genève.....	9
1.1.4. L'arrivée du détenu en milieu pénitentiaire.....	17
1.1.5. Les professions rencontrées en milieu pénitentiaire.....	19
1.1.6. Suivi de santé physique.....	22
1.1.7. Suivi de santé mentale et psychiatrique.....	23
1.1.8. Transmissions des informations.....	24
1.1.9. Rôle de l'infirmier en milieu pénitentiaire.....	24
1.2. Situation clinique emblématique.....	25
1.2.1. Collaboration, coopération, coordination, interprofessionnalité et pluridisciplinarité.....	28
1.2.2. Les outils favorisant la collaboration pluridisciplinaire.....	31
1.3. Modèle théorique.....	32
1.3.1. Ancrage disciplinaire.....	32
1.3.2. Modèle théorique.....	32
1.3.3. Métaconcepts.....	33
1.3.4. La théorie de l'atteinte des buts selon I. King.....	35
2. Problématique.....	39
2.1. Question de recherche.....	39
3. Méthode.....	39
3.1. Méthodologie de recherche documentaire.....	39
4. Résultats.....	42
4.1. Tableau comparatif.....	43
4.2. Analyse critique des articles retenus.....	50
4.2.1. Indépendance du service médical en prison.....	50

4.2.2.	Équilibre entre soins et sécurité	50
4.2.3.	La connaissance de son propre rôle et celui des autres (Limites/Responsabilité)	52
4.2.4.	Tensions lors de la collaboration entre systèmes.	54
4.2.5.	La complexité des structures externes	54
4.2.6.	La différence entre coordination, collaboration et coopération.....	55
4.2.7.	La coordination relationnelle	57
4.2.8.	Formations continues pour les professionnels en milieu carcéral	60
4.3.	Synthèse des résultats	62
5.	Discussion	68
5.1.	Recommandations	76
5.1.1.	Recommandations pour la pratique.....	76
5.1.2.	Recommandations pour la formation.....	77
5.1.3.	Recommandations pour la recherche.....	77
6.	Conclusion.....	78
6.1.	Apports et limites du travail	78
6.1.1.	Apport du travail.....	78
6.1.2.	Limites du travail	78
7.	Références	79
8.	Annexes	xiii
	Annexe I : équations de recherche	xiii
	Annexe II : Exemple de bilan infirmier d'entrée en détention (tiré de H. Wolff et al., 2019, pp. 260-262)	xiv

PRÉAMBULE

Lors de nos 3 années d'études, nous avons eu la possibilité d'explorer le vaste monde des soins, et ses multiples implantations, auprès de tout type de population. De plus, nombre d'heures ont été mises à profit de modules de cours valorisant la collaboration interprofessionnelle, ce qui a certainement influencé le choix du sujet du présent travail. Certains d'entre nous étant passionnés par le milieu carcéral et ses possibilités quant aux soins à prodiguer à une population fragilisée ; d'autres étant plus intéressés par la collaboration interprofessionnelle et ses implications, tant pour les bénéficiaires de soins que pour les professionnels eux-mêmes, nous avons choisis de combiner nos intérêts complémentaires afin de proposer une réflexion sur le sujet de la collaboration interprofessionnelle en milieu carcéral, et son impact sur la prise en soins des détenus. Nous avons souhaité parler de ce sujet car nous avons tous été confrontés à une forme de travail en équipe pluridisciplinaire, avec plus ou moins de succès selon les environnements et les équipes.

Deux d'entre nous, ont eu l'opportunité d'effectuer un stage dans le milieu pénitentiaire pendant notre formation, ce qui nous a permis d'avoir un aperçu de découvrir le monde des soins en milieu carcéral. Ainsi, sans ce vécu nous n'aurions pas su comment fonctionne réellement une prison, tant au niveau médical qu'au niveau social ou sécuritaire. C'est durant ces stages, que nous avons pu nous rendre compte à quel point la collaboration interdisciplinaire joue un rôle majeur dans le fonctionnement d'un établissement pénitentiaire.

Nous tenons ici à préciser que, par soucis de clarté dans le texte, nous utiliserons le masculin comme forme générique. Il va de soi que toutes les références à une personne ou un professionnel se déclinent tout aussi bien au féminin.

1. Introduction

Le milieu carcéral représente un intérêt de plus en plus marqué pour les chercheurs de par sa particularité mais également parce que c'est un monde peu souvent abordé dans le monde des soins (Young et al., 2009).

Les soins en milieu carcéral représentent un problème de santé publique. Les prisonniers sont une population transitoire. La plupart d'entre eux ne passent que peu de temps en détention avant de retourner dans la communauté emportant avec eux leurs problèmes sociaux et de santé. La population carcérale fait donc partie intégrante de la communauté. Le personnel de santé et les autres membres du personnel pénitentiaire, tant au sein d'un l'établissement pénitentiaire que dans la communauté, doivent constamment se rappeler de ce point et de la valeur des services de soins infirmiers communautaires et de soins de santé primaires pour ce groupe de patients (Norman & Parrish, 2000). De plus, les services pénitentiaires sont soumis à des restrictions budgétaires et ne sont plus en mesure de garantir un accès suffisant à des soins et/ou des prestations sociales de qualités empêchant ainsi de répondre de manière adéquate aux besoins des détenus (Moschetti et al., 2017)

D'un point de vue infirmier, examiner les besoins de santé des personnes détenues et d'étudier leurs programmes d'éducation et de promotion de la santé pendant leur séjour en prison se révèle d'une importance capitale. C'est une occasion de s'intéresser à des personnes qui ne sont pas connues pour des recours à des services médicaux ou pour le soin particulier qu'elles apportent à leur santé générale. Les besoins des détenus en matière de santé sont divers et couvrent l'éventail des conditions que l'on trouve dans toute grande communauté. La différence au sein de la population carcérale réside dans une proportion plus importante d'individus ayant des troubles de santé mentale, de toxicomanie, ou de santé générale, avec encore une fois des antécédents de négligence et de visites chez un médecin peu fréquentes. Cependant, il n'est pas facile d'y parvenir et tout exercice au sein d'une prison nécessite une organisation efficace et positive. La clé du succès serai une bonne communication entre les différents intervenants au sein d'un établissement pénitentiaire (Norman & Parrish, 2000). Pour cette raison, dans ce travail, le thème de la collaboration pluridisciplinaire en milieu carcéral sera principalement abordé.

À l'échelle internationale, un défi commun consiste à déterminer la meilleure façon d'intégrer les services spécialisés en santé générale et mentale dans les institutions pénitentiaires afin que les services fournissent des soins continus et efficaces (Hean et

al., 2017). Cette collaboration pluridisciplinaire rencontre quelques fois des complications telles que des problèmes de communication, des complexités relationnelles, des confusions dans le rôle propre de chacun, etc...

Selon Brooker (2009), par exemple la collaboration entre les agents de détention et les professionnels de santé est négligée et selon Chabbal (2016), ceci peut malheureusement engendrer certaines tensions au sein du climat professionnel.

Les efforts visant à améliorer le domaine de la collaboration pluridisciplinaire dans l'ensemble des services publics se reflètent dans la politique européenne et internationale actuelle (Hean et al. 2017).

Dans ce travail, le thème de la collaboration pluridisciplinaire sera rattaché à la théorie infirmière de l'atteinte des buts, développée par Imogene King. Cette théorie a été choisie en fonction de sa nature, centrée sur la personne soignée, avec une attention plus particulière sur l'interaction entre cette dernière et l'équipe soignante ; la finalité recherchée étant d'atteindre des buts fixés d'entente entre le soignant et le soigné. Cela signifie que le vécu des personnes (croyances, attitudes, opinions, expériences) est pris en compte et que la santé nécessite des réajustements perpétuels, notamment face aux stress de l'environnement (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013; Meleis, 2011), particulièrement présent dans le milieu carcéral, décrit comme un facteur de stress à part entière (Neri & Needham, 2015).

De plus la théorie de King est centrée sur la personnalité, le développement personnel et la réalisation de soi. Elle fait donc également appel à d'autres disciplines, telles que la sociologie, la psychologie, etc... De ce fait, elle revendique une certaine pluridisciplinarité.

Ce travail de Bachelor sera donc l'occasion d'approfondir ce sujet. Il s'agira ainsi d'aborder ces prises en soins et ainsi de comprendre quelles sont les possibilités d'amélioration du point de vue de la collaboration interdisciplinaire, afin d'agir ensemble pour offrir des prestations de soins ou d'accompagnement de meilleure qualité, optimales et efficaces.

La mise en détention ne se résume pas qu'à la privation de liberté d'une personne. C'est aussi un travail de réinsertion qui commence dès le premier jour d'incarcération. Ainsi, la mise en place d'un réseau de professionnels gravitant autour du détenu permet de maintenir sa sécurité, sa santé ainsi que son statut social (Watson et al., 2004). Comme

un puzzle, chaque professionnel est une pièce qui s'assemble afin de parvenir ensemble à un objectif commun. À l'heure actuelle, la population carcérale et le milieu pénitentiaire de manière générale restent tout de même peu étudiés (Chabbal, 2016; Shelton, 2009). Cependant, bien que l'impact à long terme de la collaboration pluridisciplinaire sur la qualité des soins et la santé de la population générale reste difficile à établir (Brandt et al., 2014), l'optimisation de la pratique collaborative, en tant qu'axe d'amélioration de la qualité organisationnelle, a été liée à des résultats positifs, notamment en termes de réduction de durée d'hospitalisation, de diminution des coûts des services de santé, et l'augmentation des activités d'audit (Zwarenstein et al., 2009). Pour cette raison, ce travail tentera d'apporter des éléments de réponse sur l'impact de la collaboration pluridisciplinaire sur la qualité de prise en soin des détenus.

La spécificité du système fédéral suisse fait que ce sont les cantons qui sont chargés de l'organisation du système carcéral, là où le code pénal, par exemple, est applicable au niveau national. Dans certains cantons, les professionnels de santé sont indépendants du pouvoir judiciaire et de l'établissement pénitentiaire, ils sont ainsi rattachés au département de la santé. Dans d'autres cantons, il existe deux autres méthodes de fonctionnement. Le système dépendant (où les soignants sont embauchés par l'administration pénitentiaire) d'une part, et le système mixte (seule une partie du personnel médical, souvent les médecins, sont recrutés par les autorités) de l'autre (Sprumont et al., 2009). Ce travail se basera essentiellement sur le modèle actuellement en vigueur sur le canton de Genève qui est un système indépendant.

1.1. État des connaissances

1.1.1. Système pénal suisse

1.1.1.1. La procédure préliminaire en Suisse

Une personne ayant commis ou soupçonné d'une infraction peut être arrêtée par la police sur le fait (flagrant délit) ou au cours d'une enquête judiciaire (procédure préliminaire, selon les art. 299 à 327 du Code de Procédure Pénale du 5 octobre 2007 [CPP]). Après l'interpellation, elle est placée en « garde à vue » (Art. 217 du CPP), qui est une mesure privative de liberté. Elle a pour objectif de permettre la poursuite de l'enquête, d'empêcher la perte ou la destruction d'indices ou de preuves et d'éviter les pressions morales ou physiques que pourraient avoir à subir les victimes et les témoins d'une affaire. La police informe le ministère public de toute arrestation (Art. 219 al. 1 CPP). Ce dernier a pour mission de définir la politique vis-à-vis de la poursuite des faits commis et de conduire la procédure préliminaire (enquête). Ce qui a pour but de mettre en œuvre tous les moyens disponibles afin de réunir tous les éléments nécessaires à la résolution d'une enquête (directives données à la police, mandat fourni à la police) (Art. 15 et 16 CPP). Le dossier transféré au ministère public sera traité par un procureur qui auditionne le prévenu et décidera s'il y a lieu de poursuivre les faits susceptibles de constituer des actes punissables pénalement (Art. 224 CPP).

1.1.1.2. Clôture de l'instruction et fin de la procédure préliminaire

Par la suite, le procureur pourra ouvrir une instruction, rendre une ordonnance de non-entrée en matière, prononcer un classement, condamner par ordonnance pénale (dans les cas de moindre gravité) ou engager une accusation devant l'autorité compétente (tribunal) (Art. 318 ; 319 ; 352 ; 324 CPP).

1.1.1.3. Les mesures de contrainte

Dans le cas où le ministère public estime qu'un prévenu doit faire l'objet de mesures de contraintes particulières, le dossier sera proposé au Tribunal des mesures de contrainte, qui auditionnera le prévenu et décidera de leur mise en place (Art. 225 & 226 CPP). Elles ont pour but de mettre les preuves en sûreté, assurer la présence de certaines personnes durant la procédure, garantir l'exécution de la décision finale (art. 196 CPP).

Elles ne peuvent être mises en place qu'à certaines conditions. Si des soupçons suffisants laissent présumer une infraction, les buts poursuivis ne peuvent pas être

atteints par des mesures moins sévères, elles apparaissent justifiées au regard de la gravité de l'infraction (Art. 197 CPP).

Les mesures de contraintes sont les perquisitions, fouilles et examens, l'analyse de l'ADN, la saisie, l'utilisation et la conservation de données signalétiques et d'échantillons d'écriture ou de voix le séquestre, les mesures de surveillance secrètes... (Art. 196 CPP).

En ce qui concerne directement le prévenu, trois possibilités s'offre à lui concernant la décision du tribunal des mesures de contrainte :

La première possibilité est la mise en liberté provisoire. Ce qui signifie que la personne sera libre en attente de son jugement ou d'une décision du procureur selon ce dont elle est accusée.

La seconde option est la mise en détention provisoire. Car la personne prévenue présente, entre autres, un risque de fuite, de collusion, de subordination de témoin, de réitération du délit ou un danger potentiel pour autrui. La procédure de mise en liberté provisoire n'étant pas applicable dans ce cas-là, la personne sera incarcérée dans un centre de détention en l'attente d'un jugement.

Enfin, la dernière variante possible est la libération sous mesures de substitution. Cette procédure implique que la personne ayant commis un délit ou un crime est libérée en attente de son jugement. Cependant, elle doit répondre aux ordonnances pénales qui lui auront été définies ; ce qui peut consister en une caution (fourniture de sûreté) (Art. 238 CPP), une confiscation des papiers d'identité ou autres documents officiels, une assignation à résidence, une interdiction de se rendre dans certains lieux ou l'interdiction d'être en contact avec certaines personnes, une obligation de se présenter régulièrement à un service administratif, l'obligation d'avoir un travail régulier, l'obligation de suivre une thérapie médicale... La surveillance électronique peut être demandée dans le cadre de cette procédure. En cas de non-respect des mesures de substitution, des nouvelles mesures ou une mise en détention provisoire peuvent être demandées (Art. 237 CPP).

1.1.1.4. L'ordonnance pénale

Le procureur a la compétence de décider d'une ordonnance pénale. Cette ordonnance pénale peut revêtir les formes suivantes : une amende, une peine pécuniaire de 180 jours-amendes au plus, un travail d'intérêt général de 720 heures au plus ou une peine privative de liberté de six mois au plus (Art.352 CPP).

Ainsi, sous certaines conditions, il a le pouvoir de condamner lui-même le prévenu sans devoir passer par un tribunal. En effet, si l'auteur présumé a avoué les faits (Art. 160 ; 299 ; 327 CPP) ou que les faits sont prouvés tangiblement par les éléments du dossier (preuve par vidéosurveillance par exemple). La seconde condition nécessaire à l'établissement d'une ordonnance pénale est que la sanction ne doit pas dépasser les maximales citées ci-dessus, incluant une possible révocation d'un sursis (Art. 46 du Code Pénal suisse du 21 décembre 1937 [CP]) ou d'une libération conditionnelle (Art. 62a CP).

1.1.1.5. La mise en accusation et la procédure de première instance

Le ministère public (procureur) engage une accusation lorsqu'il considère que les soupçons établis sur la base de la procédure préliminaire sont suffisants et qu'une ordonnance pénale ne peut être rendue (Art. 324 CPP). Cela devant l'un des trois¹ différents tribunaux, selon la gravité de l'infraction commise (cf. Figure 1 Tiré de : République et Canton de Genève (s. d.). Figure 1). La direction de la procédure passe en mains du tribunal saisi de l'affaire (Art. 328 al.2 CPP). Le ministère public prend la fonction d'accusateur public.

C'est donc l'un de ces tribunaux qui décidera de la sanction pénale à appliquer si le prévenu est jugé coupable à l'issue de son procès, notamment par le biais de peines (pécuniaires et/ou de prison). Ces peines peuvent être assorties de mesures supplémentaires.

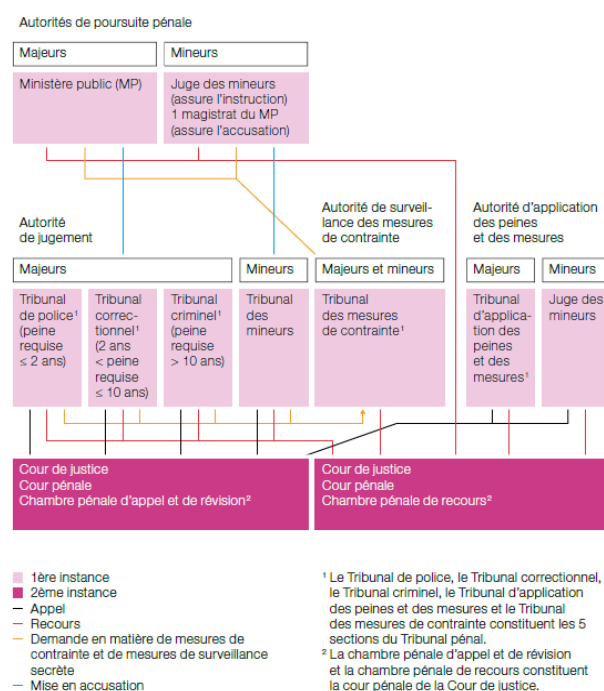


Figure 1 Tiré de : République et Canton de Genève (s. d.).

¹ Les tribunaux de chaque canton portent généralement des noms différents mais occupent globalement les mêmes fonctions. La Figure 1 représente les tribunaux selon leur appellation utilisée à Genève.

1.1.1.6. Peines

Les peines sont établies en plusieurs catégories : les amendes jusqu'à 10'000 francs (Art. 106 CP), les peines pécuniaires sous forme de jours-amende (Art. 34 à 36 CP), les travaux d'intérêt général (Art. 79a CP), et enfin les peines privatives de liberté (Art. 40 et 41 CP).

1.1.1.7. Mesures supplémentaires

Les mesures supplémentaires sont ordonnées notamment lorsque la possibilité pour l'auteur d'une infraction de récidiver est grande. Elles sont soit institutionnelles (dans le cadre de traitement de troubles mentaux, d'addictions), soit ambulatoires (Art. 63 CP). Certaines de ces mesures relevant de l'internement (Art. 64 CP) sont régies de manière spécifique. Il existe certaines mesures applicables spécifiquement aux jeunes adultes (Art. 61 CP). Enfin, il existe d'autres mesures (articles 66 à 73 CP), appliquées dans des situations spécifiques (expulsion du pays, interdiction d'exercer une activité spécifique, etc...).

1.1.2. Les régimes de détention en Suisse

Le Code Pénal suisse prévoit plusieurs régimes de détention, dans le but principal « [d'] améliorer le comportement social du détenu, en particulier son aptitude à vivre sans commettre d'infractions » (Art 75 al. 1). Ce texte précise également que l'exécution de peine de prison doit « correspondre autant que possible à des conditions de vie ordinaires [...] » (Art. 75 al 1).

Ainsi, bien que l'exécution ordinaire des peines de prison implique que « le détenu travaille dans l'établissement et y passe ses heures de loisirs et de repos » (Art 77 CP), il existe plusieurs régimes de détention², notamment le régime dit de « travail externe et logement externe » (Art. 77a CP), ainsi que le régime de « semi-détention » (Art 77b CP).

Selon les conditions fixées par la loi, le détenu bénéficiant du régime de travail et logement externe peut poursuivre son activité professionnelle normalement. Il devra cependant regagner sa cellule durant ses heures de repos (Art. 77a al. 2 CP). Selon l'appréciation du service compétent³, si le travail externe se révèle positif et donne de

² Les régimes présentés ici ne sont pas exhaustifs, cependant les régimes qui ne sont pas évoqués impliquent que le détenu n'est plus présent au sein de la prison, ce qui l'exclut de la population traitée dans ce travail.

³ A Genève, il s'agit du Service de l'Application des Peines et Mesures [SAPEM].

bons résultats vis-à-vis du comportement du détenu, la personne pourra alors solliciter la possibilité de loger à l'extérieur de l'établissement mais restera sous la responsabilité de l'autorité d'exécution (Art. 77a al. 3 CP).

Le régime de travail et logement externe n'est pas tout à fait identique au régime de semi-détention. En effet, ce dernier ne s'applique que pour les peines de prison inférieures ou égales à une année, et ne concerne que la possibilité de poursuivre une activité professionnelle et/ou une formation occupant au moins vingt heures par semaine (art 77b). Le détenu est donc tenu de regagner son lieu de détention pour y passer ses périodes de repos et de loisir. Ce régime peut, sous certaines conditions, être appliqué dans des situations de détention préventive (Art. 77b al. 3 CP).

1.1.3. Les lieux de détention à Genève

À Genève, les services médicaux des différentes institutions judiciaires dépendent des hôpitaux universitaires de Genève (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019c). Dans la plupart des établissements pénitentiaires, les infirmiers sont présents sept jours sur sept, dans certains de ceux-ci vingt-quatre heures sur vingt-quatre ; cela en fonction des besoins de l'institution, par exemple le nombre de détenus (H. Wolff et al., 2019).

1.1.3.1. Champ-Dollon

Il s'agit de l'établissement pénitentiaire genevois de référence dans ce travail. La prison de Champ-Dollon est destinée aux personnes placées en détention préventive (mesure de détention qui vise à emprisonner la personne en attente de son procès). Elle accueille aussi des exécutions de peines (personnes condamnées par la justice et servant une peine de prison) depuis quelques années. Cette prison compte 363 places pour hommes, 35 places pour femmes, 14 places disciplinaires et 10 places en infirmerie (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2020).

En ce qui concerne les collaborateurs y travaillant, ils sont 324, dont 20 postes administratifs, 304 postes en sécurité, 76 postes sanitaires et 13 postes en travail social et 5 collaborateurs externes (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2020).

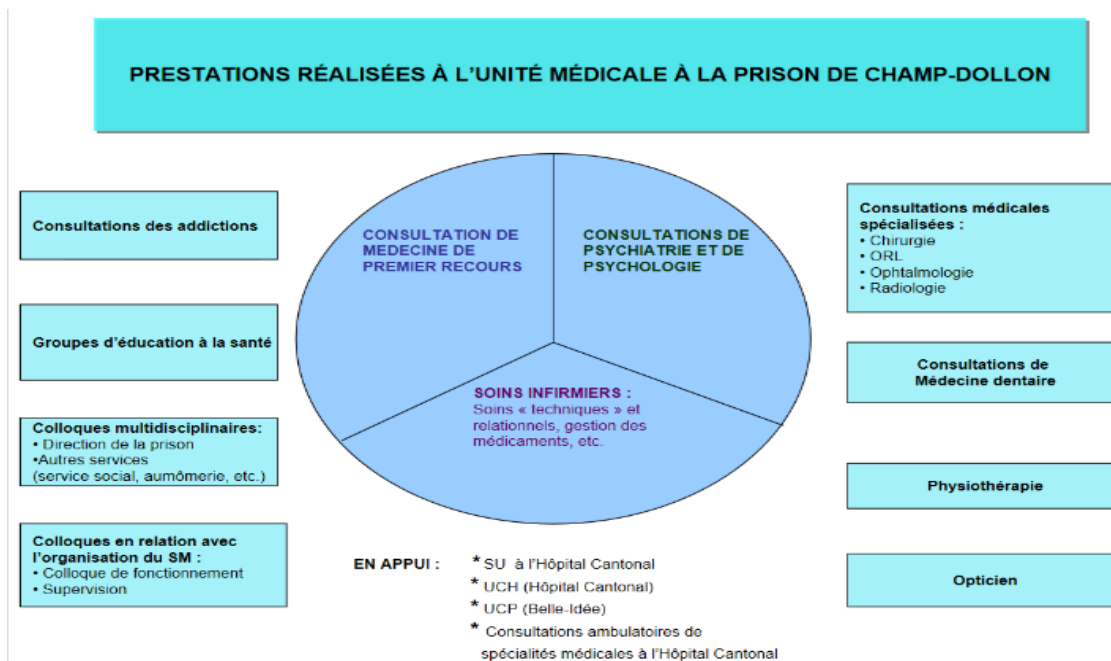


Figure 2 Tiré de Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019b

Concernant l'unité médicale de Champ-Dollon, elle assure un accès aux soins de premiers recours et effectue plus de 18'000 consultations par année (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019b), dont la répartition est représentée sur la Figure 2. Un service de garde médico-infirmier permet un accès aux soins 24h/24 et 7 jours sur 7 à tous les détenus. Étant un établissement de détention préventive, les détenus peuvent être incarcérés à toute heure de la journée et doivent être vu par un professionnel de la santé d'autant plus si le détenu se plaint d'un problème de santé, s'il souffre d'une pathologie nécessitant une médication, par exemple s'il doit bénéficier d'un traitement de substitution (H. Wolff et al., 2019).

À Champ-Dollon, les agents de détention n'administrent aucun traitement.

L'établissement de Champ-Dollon n'étant pas le seul établissement pénitentiaire de Genève, voici une brève présentation des autres lieux de détention à Genève :

1.1.3.2. *Établissement fermé de la Brenaz*

Ouverte en 2008 afin de d'atténuer la surpopulation carcérale à Genève et agrandie depuis 2015, la Brenaz accueille désormais 168 détenus (uniquement des hommes) en exécution de peine ordinaire pour une durée maximale de trois ans. Si la peine prononcée dépasse ce délai, le détenu sera transféré dans un autre centre de détention de Suisse. Seize ateliers dans divers domaines permettent aux détenus de travailler ainsi que de se former au sein de l'établissement. La prise en charge se fait avec un

régime progressif de quatre étapes qui débouche sur des permissions de sortie (Office cantonal de la détention, s.d).

Dans cet établissement, l'équipe infirmière présente fait partie de l'équipe mobile de soins pénitentiaires (EMSP, pour les établissements de la Brenaz, la Clairière, Favra, le Vallon et Villars). Cette équipe a été créée en février 2008 à l'occasion de l'ouverture de l'établissement de la Brenaz. Elle a pour mission la coordination et l'exécution planifiée des soins de médecine générale, psychiatriques (y compris les approches psychologiques) et infirmiers aux détenus des établissements d'exécution de peines cités ci-dessus à Genève. Les médecins psychiatres et psychologues sont des collaborateurs du service de psychiatrie pénitentiaire. Cette mission se déploie aux établissements de détention du canton de Genève et s'inscrit dans les principes édictés par le Conseil d'État sur les soins en milieu pénitentiaire, en particulier l'équivalence des soins avec la population générale et l'accès aux soins en toute circonstance pour l'ensemble des personnes détenues (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2016a). À la Brenaz, cinq infirmiers sont présents du lundi au vendredi de 7h15 à 18h00, ils s'occupent des entretiens d'entrées, des consultations infirmières (soutien, addiction...), de la distribution des médicaments, des urgences médicales (en collaboration avec le médecin), de consultation d'éducation thérapeutique...

Un infirmier est présent le samedi et dimanche de 7h30 à 11h30 afin d'assurer la dispensation des médicaments et la gestion des urgences médicales le week-end.

Les détenus sont autonomes avec leurs traitements. Il existe deux possibilités de distribution des traitements quotidiens aux détenus : soit les traitements sont distribués quotidiennement au moyen d'une pochette contenant leurs traitements pour la journée qui leur est remise par l'infirmier durant la tournée du matin ; soit les traitements sont préparés dans des semainiers de manière hebdomadaire ou bihebdomadaire et sont déposés dans des boîtes aux lettres nominatives par l'infirmier. Si un médicament nécessite une prise contrôlée ce traitement est administré uniquement le matin et contrôlé par l'infirmier.

Lors de cette tournée, l'infirmier est toujours accompagné par un agent de détention.

Dans cet établissement, les agents de détention ne distribuent pas de médicament exception faite lorsqu'un détenu se trouve en cellule forte (cachot). Dans cette situation l'infirmier prépare une pochette quotidienne géré par les agents de détention qui administreront les traitements aux détenus avec les repas, et ce pour des raisons sécuritaires. Les infirmiers informent les gardiens du type de médicament, de son indication, des effets secondaires et des principales précautions à prendre.

Deux médecins sont présents du lundi au vendredi (un médecin consultant gérant les urgences avec les infirmiers et un médecin qui gère les suivis médicaux des détenus). Un psychiatre et deux psychologues sont présents du lundi au vendredi de 9h à 18h00. Hors des horaires de l'équipe médicale, les agents de détention font appel à « SOS médecin » ou aux services d'urgences de Genève (144) s'ils constatent une urgence médicale. En cas d'urgences d'ordre psychiatrique, un médecin psychiatre de garde est joignable les week-ends et en dehors des horaires de présence du psychiatre à la Brenaz (A.M, infirmier de l'équipe mobile de soins pénitentiaires, communication personnelle, juillet 2021).

1.1.3.3. *Établissement fermé de Curabilis*

Ouvert en 2014, cet établissement fermé est composé de 92 places, réparties sur 5 unités. Quinze places sont attribuées à l'unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire (UHPP) qui prend en charge des détenus qui nécessitent des traitements et des soins psychiatriques aigus. Curabilis a été créé pour les personnes qui sont sous mesures thérapeutique de traitement de troubles mentaux (Office cantonal de la détention, s.d). Dans cet établissement, l'équipe soignante travaille en collaboration avec les agents de détention afin de pouvoir assurer une prise en soin en toute sécurité. L'infirmier a le rôle de répondre aux plaintes psychiatriques mais également d'ordre somatique. Après organisation avec les agents de détention, lors des colloques du début de matinée et début d'après-midi, l'infirmier peut organiser des entretiens formels et informels afin de mettre en place un encadrement liée à la pathologie du patient.

Lors des colloques, les agents de détention et l'équipe soignante se met d'accord avec les emplois du temps des détenus, type : horaire de travail, promenade, visite, afin de pouvoir administrer les traitements, et programmer les rendez-vous thérapeutique (entretien avec psychiatre, psychologue, activité individuelle ou en groupe).

L'infirmier, avec l'aide du médecin, a le rôle d'accompagner le patient-détenu dans sa prise en charge afin de l'aider à évoluer favorablement au niveau de sa santé mentale et diminuer les risques de récurrence afin d'avoir une possibilité de réinsertion.

Curabilis se compose de 122 personnels médico-soignants, majoritairement des infirmiers complétés par des médecins, psychologues et autres professionnels de la santé, tous dépendant des HUG (S.B., infirmier à Curabilis, communication personnelle, octobre 2020).

1.1.3.4. *Établissement ouvert Le Vallon*

Cet établissement accueille des personnes ayant exécuté au moins la moitié de leur peine prononcée dans un centre de détention fermé. Elles bénéficient soit du régime de travail externe, soit du régime de semi-détention. D'autres détenus purgent eux leur peine en milieu ouvert (Office cantonal de la détention, s.d). Dans cet établissement, le mardi matin deux infirmiers de l'équipe mobile de soins pénitentiaires se détachent de la Brenaz pour se rendre dans l'établissement du Vallon. Ils préparent les traitements dans des semainiers et répondent aux demandes des détenus concernant le domaine médical. Les agents de détention gèrent l'administration de traitements (A.M, infirmier de l'équipe mobile de soins pénitentiaires, communication personnelle, juillet 2021).

1.1.3.5. *Établissement ouvert avec section fermée de Villars*

Cette institution dotée de 19 places pour des personnes condamnées à une privation de liberté d'une durée de moins d'une année (Art. 40, 41, 77 CP). L'établissement offre le programme de travail externe et de logement externe (Art. 77b CP). Villars possède également une section fermée pour l'exécution de peines ordinaires (Office cantonal de la détention, s.d).

Pour cet établissement, le mercredi matin, deux infirmiers de l'équipe mobile de soins pénitentiaires se détachent de la Brenaz et se rendent à Villars. Ils préparent les médicaments des détenus pour la semaine dans des semainiers. Ils gèrent les demandes concernant le médical des détenus. Les agents de détention gèrent la dispensation des traitements (A.M, infirmier de l'équipe mobile de soins pénitentiaires, communication personnelle, juillet 2021).

1.1.3.6. *L'unité cellulaire hospitalière (UCH)*

Cette structure hospitalière se trouve à l'intérieur du bâtiment des HUG sur le site Cluse-Roseraie. Elle accueille des détenus de plusieurs cantons (Genève, Valais, Vaud, Neuchâtel, Jura, Fribourg, Tessin) qui nécessitent une hospitalisation. Cette unité dispose de 10 lits (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2016b) et dispense des soins qui ne pourraient pas être dispensés dans l'infirmerie des centres de détention. Dans ce service, deux infirmiers sont présents le matin, un infirmier le soir et un la nuit. Trois agents de détention sont également présents en permanence. Ce service dispose de toutes sortes de spécificités médicales (traumatologie, urologie, oncologie...), mais ne peut pas prodiguer de soins aigus nécessitant le monitoring du patient. Au niveau médical, un médecin est présent dans le service et il est possible de faire appel à d'autres

médecins consultant selon la spécificité médicale nécessaire (B.C, infirmière de l'unité cellulaire hospitalière, communication personnelle, juillet 2021).

1.1.3.7. Centre éducatif mixte de détention et d'observation de la Clairière

La Clairière accueille des jeunes de 12 à 18 ans. Elle dispose de deux secteurs distincts (Office cantonal de la détention, s.d). Le secteur « préventive » compte 14 places où des mineurs, et exceptionnellement des jeunes majeurs (mineurs au moment des faits), ayant commis des actes punissables par la justice y sont placés avant jugement (Art. 27 al.1 du Droit pénal des mineurs du 20 juin 2003 [DPmin]) ainsi que des mineurs en mandat disciplinaire (Art.16b al.2 DPmin). Le secteur « observation » est doté de 16 places, où les mineurs sont placés pour un minimum de trois mois par le tribunal des mineurs (mandat pénal) (Art.27 DPmin) et par le tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (mandat civil de privation de liberté à des fins d'assistance) (Art. 10 ; Art. 15 de la procédure pénale applicable aux mineurs du 20 mars 2009 [PPMin]).

Le service médical de la clairière se compose d'un infirmier présent du lundi au vendredi et deux ou trois jours par semaine, selon les besoins, un deuxième infirmier est présent de 08h ou 10h à 18h30.

Un médecin pédiatre est présent trois jours par semaine. Trois psychologues et un médecin psychiatre sont présents du lundi au vendredi.

Comme pour les adultes, tous les mineurs admis à la clairière doivent passer un « premier entretien d'entrée ». Cet entretien est effectué généralement par l'infirmier et le jeune sera vu par le médecin pédiatre dès que possible. Durant cet entretien le jeune bénéficie d'une évaluation de l'état de sa santé actuelle, ainsi que de soins et de traitements adaptés, notamment dans les situations de consommation de stupéfiants (besoin d'une substitution). Une évaluation des comportements sexuels à risque (relations sexuelles non protégées, dépistage d'infections sexuellement transmissibles, test de grossesse), ainsi qu'une évaluation de l'état de santé mentale (choc carcéral, risque d'auto-agressivité, risque suicidaire) sont également effectuées.

Les infirmiers sont aussi chargés d'assurer les consultations de premier recours. Cela comprend notamment le soutien et l'écoute, les soins pour lesquels les jeunes sont réticents à l'extérieur⁴, vérifier que les vaccinations sont à jour, effectuer certaines surveillances particulières, par exemple si un changement de comportement est signalé

⁴ Une attention particulière est portée aux mineurs non accompagnés. Il s'agit de jeunes enfants de moins de 18 ans partis de leur pays d'origine sans leur famille.

chez un jeune. Enfin, les infirmiers surveillent de manière accrue les prises de traitement, la tolérance, leur efficacité et leurs effets secondaires.

Les infirmiers ont également un rôle dans l'éducation à la santé concernant l'alimentation, les maladies chroniques, la prévention des consommations à risque de stupéfiants ou d'alcool, la prévention concernant la sexualité, etc...

Les infirmiers préparent des semainiers pour les médicaments. Ils administrent eux-mêmes les traitements lorsqu'ils sont présents. Hors de leurs horaires, ce sont les éducateurs qui dispensent les traitements. Chaque semaine, des pochettes personnelles avec les traitements de réserves du jeunes et la prescription médicale sont aussi préparées. Ainsi, les éducateurs peuvent administrer les traitements, en l'absence d'infirmiers sur place.

Le personnel médical travaille en collaboration pluridisciplinaire avec l'équipe socio-éducative (éducateurs présents tous les jours de 07h à 22h) ainsi qu'avec les agents de détentions présents en permanence.

Tous les matins, l'infirmier se rend aux transmissions des éducateurs du secteur « observation » afin d'obtenir les informations concernant les jeunes, l'organisation de la journée.

Tous les lundis, un colloque pluridisciplinaire est organisé avec tous les professionnels (éducateurs, direction, agents de détention, équipe médicale) présent ce jour. Lors de ces colloques, la situation de chaque jeune est discutée et évaluée d'un point de vue médical, social et sécuritaire.

Les mercredi un colloque médical à lieu où sont présent tous les membres de l'équipe médicale afin de faire le point sur la situation de santé du jeune, ses objectifs (A.M, infirmier à l'équipe mobile de soins pénitentiaires, communication personnelle, juillet 2021).

1.1.3.8. *Établissement concordataire de détention administratif de Frambois*

L'établissement Frambois est le premier issu du concordat sur l'exécution de la détention administrative à l'égard des étrangers, ouvert en 2004. Il a une capacité de vingt places qui accueille uniquement des hommes en détention administrative (immigrés en attente d'un renvoi dans leurs pays d'origine). Ces personnes ont la possibilité de circuler librement à l'intérieur des murs, d'échanger entre eux et recevoir des visites durant la journée. À 21h, ils sont enfermés dans leur chambre. Il ne s'agit pas d'un établissement d'exécution de peines, puisqu'il s'agit de détention administrative. Les personnes n'étant pas condamnées pour un crime commis, il ne s'agit donc pas d'un centre de détention relevant du code pénal (Fondation Romande de détention LMC, 2004).

Il s'agit d'une institution privée indépendante (seul lieu de détention privé à Genève). Le personnel soignant se compose de médecins « de ville » appelés en cas de besoin, d'une équipe de trois infirmiers indépendants présents cinq jours sur sept et joignables hors de ces horaires en cas de besoin. Ils commencent leur journée à 09h mais n'ont pas d'horaires définis, et établissent leur planification en fonction des besoins journaliers. Les infirmiers se chargent des visites d'entrées, des consultations infirmières de première ligne, des consultations de soutien psychologique, font appel à un médecin si nécessaire, préparent les médicaments dans des semainiers, s'assure d'une continuité de soins lors de la sortie d'un détenu ayant un traitement (préparation d'un traitement pour plusieurs mois, recherche d'aide médicale dans le pays d'origine du détenu, prise de contact avec des associations locales, etc...).

Les agents de détention sont présents sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ce sont les professionnels les plus en contact avec les détenus et collaborent étroitement avec l'équipe soignante. Ce sont les agents de détention qui administrent les médicaments aux détenus et qui surveillent la bonne prise de ceux-ci. Cela est bénéfique à la prévention d'overdose ou de trafics au sein de l'établissement.

Les infirmiers arrivent à 9h du matin se rendent au colloque pluridisciplinaire avec les agents de détention, les assistants sociaux et la direction. Les transmissions de la veille, les observations de chacun y sont discutées (M. S., infirmière de l'établissement de Frambois, communication personnelle, juillet 2021).

1.1.3.9. *Établissement de Favra*

Le SEM (secrétariat d'état au migration) prend la décision de renvoi des requérant d'asile, conformément à la LEI (loi fédérale sur les étrangers et l'intégrations), et dans ce cas le canton est compétent en mesure d'ordonner un placement dit « en détention administrative » si des éléments concrets font craindre que la personne concernée entende s'y soustraire. Ouvert en 1977, prévu initialement pour de l'exécution de peine, l'établissement de Favra est devenu aujourd'hui, en lien avec la forte demande dans ce domaine, une structure spécialisée pour les personnes placées en détention administrative. Par la suite les personnes détenues dans cet établissement seront renvoyées dans leur pays d'origine. Vingt places sont disponibles dans cet établissement (Office cantonal de la détention, s.d; Office Fédéral de la Justice [OFJ], 2018). Dans cet établissement, le lundi matin un médecin et un infirmier et le vendredi matin deux infirmiers appartenant à l'équipe mobile de soins pénitentiaires se détachent de la Brenaz pour se rendre à Favra. Les agents de détention gèrent la dispensation de

traitements (A.M, infirmier de l'équipe mobile de soins pénitentiaires, communication personnelle, juillet 2021).

1.1.4. L'arrivée du détenu en milieu pénitentiaire

Lors de son arrivée en centre de détention, le détenu est soumis à un interrogatoire d'identité ainsi qu'à une fouille complète et doit prendre une douche sous la supervision des gardiens (Art.11 du Règlement genevois sur le régime intérieur de la prison et le statut des personnes incarcérées du 30 septembre 1985 [RRIP/GE]). Cet examen externe du corps, a pour but de s'assurer que le nouvel arrivant n'entre pas en cellule avec du matériel interdit. Les gardiens doivent aussi observer que la personne n'est pas déjà porteuse de lésions traumatiques, l'administration pénitentiaire pouvant effectivement en porter la responsabilité par la suite. Cette première phase de l'arrivée en détention ne se déroule qu'en présence de gardiens, et ne concerne pas l'état de santé du détenu en dehors de lésions physiques visibles préexistantes ; le personnel soignant effectuant son propre examen, selon des délais et des conditions préétablies, précisées ci-dessous. Les affaires personnelles du détenu, non conformes au règlement institutionnel, sont déposées aux greffes de l'établissement (art.12-1 RRIP). Le détenu peut demander une copie de l'inventaire.

Durant les trois premiers jours, le détenu est en « statut d'arrivant » dans une cellule individuelle. Les gardiens ont pour mission d'observer son comportement et procèdent à l'évaluation des risques. Cette expertise concerne particulièrement le risque d'évasion et d'hétéro-agression. Pour cette vérification sont pris en compte : l'attitude de la personne, le délit ou crime commis pour cette détention et si présent les antécédents de comportement à risque de la personne lors d'une précédente détention. Les gardiens doivent penser à la sécurité avant tout. Ils doivent envisager le pire et être toujours attentifs au moindre signe qui pourrait leur faire penser à un potentiel passage à l'acte. (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).

Le détenu doit bénéficier d'une entrevue médicale dans les premières vingt-quatre heures suivant l'arrivée en détention, conformément aux standards internationaux (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [CPT], 1992; Organisation des Nations Unies [ONU], 2015).

Selon le CPT, cet examen peut être pratiqué par un médecin comme par un infirmier diplômé qui en fera rapport au médecin. Cet entretien a une visée tant psychiatrique que somatique. Il détermine les potentielles problématiques pour faire appel ensuite aux professionnels adaptés. Il existe sept principes fondamentaux guidant les soins en prison

(Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2019a; Office Fédéral de la Justice [OFJ], 2019) :

1. Accès aux soins : tout être humain placé en détention doit pouvoir avoir accès aux soins, quel que soit leur statut administratif ou juridique.
2. Équivalence des soins : Les détenus ont le droit de bénéficier de soins de santé équivalents aux personnes en liberté.
3. Consentement du patient et confidentialité : Détenue ou non, le consentement doit être pris en compte, lorsque la personne est capable de discernement, et le secret médical doit être respecté.
4. Prévention des maladies et de la violence : En prison le service de santé est également responsable de la médecine préventive et sociale concernant les maladies transmissibles, l'hygiène, la protection des liens sociaux et familiaux notamment, la prévention des suicides et de la violence.
5. Intervention humanitaire : Les soignants du milieu pénitentiaire doivent prêter attention aux personnes vulnérables tel que les mineurs, les mères et leurs enfants, les personnes gravement malades et les patients psychiatriques.
6. Indépendance professionnelle : Les décisions prises par le personnel soignant du milieu pénitentiaire, doivent être basées sur des critères professionnels et doivent être indépendante du système pénitentiaire et rattachée au système de santé extérieur.
7. Compétence professionnelle : Les soignants travaillant avec des détenus doivent avoir les connaissances nécessaires et spécifiques dans le domaine de la santé en milieu carcéral.

Le service pénitentiaire est dans l'obligation de s'assurer que cet entretien médical ait lieu dans les délais.

En effet, cette première consultation est un élément capital lors de l'entrée d'une personne en détention, l'emprisonnement représentant un facteur de risque, pour la personne détenue elle-même (risque suicidaire, sevrage non traité...), comme pour l'établissement pénitentiaire (maladies infectieuses transmissibles). Cet entretien doit donc inclure le dépistage systématique des pathologies dont les maladies infectieuses (VIH/sida, hépatites et tuberculose sont les plus répandues), de la potentielle médication que le détenu prenait à l'extérieur, d'addictions à des substances, de troubles psychiatriques, du risque suicidaire et d'automutilation.

En cas de besoin, la première consultation d'entrée doit être suivie d'un examen médical et de la mise en place d'un traitement approprié (traitement psychiatrique, de

substitution, somatique). L'infirmier est aussi tenu de procéder à une déclaration systématique suivi d'une dénonciation à l'autorité compétente (p.ex. procureur) de fait de maltraitance, d'éventuels coups et blessures observés (Office Fédéral de la Justice [OFJ], 2019).

Par la suite, pour les détenus qui ne sont pas suivis de manière régulière par le service médical, il existe deux manières de formuler une demande de consultation. La première est la demande orale. Le détenu interpelle directement et oralement l'infirmier de passage dans le secteur cellulaire ou par l'intermédiaire d'un agent de détention. Les demandent sont ensuite transmissent à la l'infirmier coordinateur du jour qui effectue le tri et priorise selon le degré de gravité de la demande. Si le problème de santé requière une intervention médicale immédiate, le médecin de garde est prévenu instantanément. La seconde est une demande écrite. À Genève, elle est déposée dans une boîte aux lettres disponible dans chaque quartier cellulaire. Cette boîte aux lettres est relevée tous les jours par un l'infirmier coordinateur qui se chargera du tri des demandes selon le degré d'urgence, d'organiser les consultations et d'informer le professionnel compétent (médecin interne, psychologue, médecin spécialiste...) (H. Wolff et al., 2019).

Après ces trois jours, le détenu rejoindra une cellule commune. Les détenus sont si possible regroupés selon leurs âges, la gravité et la nature des actes qui leurs sont imputés (Art. 14 RRIP). Toutes les cellules sont équipées de façon à permettre une vie descente et conforme aux exigences de la salubrité (Art. 15 RRIP). Au plus vite, le service social de la prison (Secteur socio-éducatif de Champ-Dollon dépendant du service de probation et insertion [SPI]) procède à une évaluation de la situation sociale de la personne, afin d'examiner et de prendre en charge ses besoins personnels et sociaux (Art. 16, let. D, Conseil de l'Europe & Comité des ministres, 2006).

1.1.5. Les professions rencontrées en milieu pénitentiaire

Comme mentionné ci-dessus, plusieurs professions sont représentées au sein d'un établissement pénitentiaire. Selon le concept du sociologue Erving Goffman (2013), une prison est considérée comme une institution totale qu'il définit comme « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées » (pp.41-47). C'est le système carcéral qui se charge de tous les besoins des détenus et ne laisse que très peu d'autonomie à ces derniers. Les principaux professionnels présents à l'intérieur d'une prison et donc chargés du bon fonctionnement de celle-ci,

ainsi que de la bonne santé et sécurité de ses occupants figurent sur le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Présentation des professionnels employés en prison à Champ-Dollon et leurs prérogatives (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020)

Prérogatives Professions	Soins	Contrôle des détenus	Administrati on	Prise en charge socio- éducative
Direction			X	
Direction adjointe			X	
Gardien chef		X	X	
Gardien chef adjoint		X	X	
Sous-chef		X	X	
Gardien principal		X	X	
Gardien principal adjoint		X		
Agent de détention		X		
Médecins (interniste & psychiatre)	X			
Infirmier	X			
Psychologue	X			
Secteur socio- éducatif			X	X

1.1.5.1. Agent de détention

Dans ce milieu multidisciplinaire, les professionnels qui ont le plus de contact avec les détenus sont les agents de détention. Leur rôle est basé sur la surveillance, la sécurité et le contrôle des détenus ainsi que du bâtiment. Ils, sont également tenu de collaborer à la réinsertion des détenus dans la société (K., gardien chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).

Les agents de détention sont en général les premiers répondants des détenus. Leur formation de base comprend un module de « santé ». Ils sont donc en mesure de détecter un problème de santé et de jauger un degré d'urgence. Le rôle de triage et d'orientation des agents de détention est indispensable. Si le problème de santé est jugé

mineur par les agents, ils encourageront le détenu à formuler une demande écrite afin d'être reçu en consultation infirmière. Sinon les agents de détention contactent directement l'infirmier coordinateur présent au service médical (H. Wolff et al., 2019).

1.1.5.2. Hiérarchie des agents de détention : gardien principal et gardien chef

Il existe plusieurs niveaux hiérarchiques de surveillant pénitentiaire, qui comportent différents degrés de responsabilité et de tâches. Par exemple, le gardien principal, dirige une unité cellulaire ou un atelier, participe à la formation des agents de détention en apprentissage, rédige des rapport journaliers... (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).

La plus haute fonction hiérarchique des surveillants est celle de gardien chef. Il est principalement chargé de seconder la direction, d'organiser et de contrôler le service de gardiennage de la prison. Il forme avec la direction, la direction adjointe et les autres gardiens chefs de la prison, le conseil de direction (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).

1.1.5.3. Direction et administration

La direction s'occupe du côté administratif de l'établissement. Elle prend des décisions telles que les sanctions, le placement en cellule disciplinaire et si un doute concernant la sécurité à l'intérieur d'une cellule est objectivé par les agents de détention, la direction peut demander l'inspection de cette dernière. À Champ-Dollon, Le conseil de direction se réunit une fois par mois avec le service médical et une fois par mois avec le service social (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).

1.1.5.4. Secteur socio-éducatif

Le secteur socio-éducatif de la prison de Champ-Dollon, s'occupe du côté social et éducatif. Le travailleur social doit s'entourer de partenaires dans l'institution et dans le réseau interne et externe. Il doit être informé du comportement et de l'évolution (psychologique, médicale, etc.) du détenu. Il apporte un soutien pour la gestion de la détention, crée un réseau d'aide et gère les liens avec l'extérieur (famille, employeur, partenaires du réseau). Il aide à préparer les sorties et met en place des projets de formation en collaboration avec les détenus. Le cahier des charges du travailleur social varie selon le profil du détenu. Par exemple, si ce dernier est placé dans un quartier de haute sécurité ou proche de la libération placée dans un quartier de basse sécurité, les besoins ne sont pas les mêmes (Hospice général, s.d.).

1.1.5.5. Personnel de soin : médecins, psychiatres et psychologues

Les personnes souffrant de maladies mentales diagnostiquées ainsi que les personnes sous mesures thérapeutique (Art. 56 CP) bénéficieront d'un suivi assuré par un psychiatre (P.H., responsable de l'unité de psychiatrie pénitentiaire des HUG, communication personnelle, novembre 2020).

1.1.5.6. Personnel de soin : infirmiers

L'infirmier en milieu carcéral est un professionnel de santé diplômé, qui a la possibilité de perfectionner ses connaissances et compétences notamment par le biais de formations postgrades, de type DAS ou CAS, dans les domaines de santé en milieu pénitentiaire (Université de Genève [UNIGE], 2021), ou de santé mentale et psychiatrie (Haute École de Santé [HEdS] & Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2021).

1.1.6. Suivi de santé physique

Au moins une fois par semaine, un colloque médical interdisciplinaire est effectué.

Entre autres il convient aussi de faire un point sur des situations de santé problématiques. Ces situations sont analysées et elles sont retransmises sur le « tableau des risques », qui synthétise les différents risques (évasion, d'auto/hétéro agressivité, etc...) pour chaque détenu (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020). Ce tableau peut être complété par chaque professionnel de l'établissement (direction administrative, agents de détention, infirmiers, médecins, travailleurs sociaux, ...) (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).

Le patient dont l'état de santé requière une attention particulière fait l'objet d'un signalement de la part des agents de détention, qui aboutit à l'inscription du détenu sur une liste de « priorité médicale », gérée par l'équipe soignante. Cela a pour effet principal de déclencher une réponse médico-soignante immédiate lorsque le détenu est impliqué dans une situation hors du commun (accès de violence, d'agressivité, auto/hétéro agressivité, ...) (K., gardien-chef de la prison de Champ-Dollon, communication personnelle, novembre 2020).

Cette liste influe également sur le suivi médico-soignant dont bénéficie ce détenu. En effet, ce suivi peut être augmenté en fréquence, pour atteindre une consultation quotidienne si besoin, avec une alternance entre les consultations médico-psychologiques et les consultations infirmières. De plus, le détenu sur la liste de « priorité médicale » se voit affilier un infirmier référent, chargé de coordonner la situation particulière du détenu avec les autres professionnels du milieu carcéral.

Enfin, et ce uniquement avec le consentement du détenu, certaines informations liées à la situation de celui-ci peuvent être communiquées à d'autres services de la prison (aumônerie, service social, ...), dans le but d'éviter la péjoration de la santé du détenu, tant du point de vue somatique que psychique, et par voie de conséquence, une situation de crise nécessitant un transfert dans un service d'urgence (H. Wolff et al., 2019).

1.1.7. Suivi de santé mentale et psychiatrique

La pathologie psychiatrique représente environ une personne sur cinq en milieu carcéral, selon Simone Hänggi, cheffe du service de psychiatrie légale du canton de Bâle-Campagne (Office Fédéral de la Justice [OFJ], 2019). Elle ajoute que « Les troubles mentaux sont des maladies fréquentes, en particulier chez les détenus. Ces derniers présentent également un risque suicidaire beaucoup plus élevé que la moyenne, d'où la nécessité de proposer une prise en charge psychiatrique dans tous les établissements de privation de liberté » (Office Fédéral de la Justice [OFJ], 2019, p. 14).

Ceci démontre l'importance du dépistage d'un trouble psychiatrique et la mise en place ou la poursuite d'un traitement, le cas échéant ; et ce d'autant plus qu'un trouble mental ou l'exacerbation de celui-ci peut mener à des comportements violents et agressifs, ce qui représente un danger pour la personne elle-même, ses codétenus et les professionnels qui l'entourent. Ces comportements peuvent amener à des sanctions, qui peuvent rendre une détention plus difficile qu'elle ne l'est déjà, mais également représenter un obstacle ou un retard à la réinsertion. La compréhension de la situation médicale du détenu est un élément clé lui permettant ainsi de devenir acteur et collaborateur dans sa prise en charge. Des détenus présentaient déjà des troubles mentaux avant leur incarcération. D'autres, en raison du stress provoqué par l'environnement carcéral, peuvent se retrouver en situation de « choc carcéral », s'accompagnant souvent d'idées suicidaires. Ces personnes doivent impérativement être suivies et sous surveillance car il y a un risque majeur de tentative de suicide.

Selon les besoins du détenu, le suivi psychiatrique consiste en un entretien par semaine avec un psychologue ou un psychiatre. Si ce suivi devait se montrer insuffisant, un soutien infirmier peut se mettre en place, toujours à l'interne de la prison. Lorsque la situation n'est plus gérable avec les moyens disponibles à Champ-Dollon, l'unité Hospitalière Psychiatrique Pénitentiaire (UHPP) de Curabilis est sollicitée afin de réaliser une prise en soins hospitalière spécialisée en psychiatrie. Cette hospitalisation s'effectue

à la demande d'un psychiatre (art. 30 RRIP), selon le principe du placement à des fins d'assistance (PAFA MED, art. 426-439 du Code Civil suisse du 10 décembre 1907 [CC]).

1.1.8. Transmissions des informations

Dans le contexte genevois, des colloques interdisciplinaires sont organisés plusieurs fois par jour. D'une durée généralement courte, ils se répètent dans la journée afin que toutes les équipes puissent bénéficier du même niveau d'information concernant les détenus du secteur. Réunissant au minimum l'équipe médico-soignante, la participation de l'ensemble des professionnels de la prison est recommandée, selon les possibilités de chacun. Ces colloques ont pour but de coordonner les informations récoltées avec les actions à entreprendre. Ils comprennent généralement les informations de la veille, un résumé des entrées vues lors du premier entretien d'entrée, les analyses des situations afin de déterminer le type de suivi à attribuer et leur fréquence, la répartition des tâches entre les divers professionnels (H. Wolff et al., 2019).

1.1.9. Rôle de l'infirmier en milieu pénitentiaire

Ce paragraphe sera centré sur le rôle infirmier défini dans le contexte genevois. Dans l'établissement de Champ-Dollon, l'équipe infirmière est présente tous les jours, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les infirmiers représentent le plus grand nombre d'effectif (H. Wolff et al., 2019). L'infirmier est « indispensable pour faire le lien entre tous les intervenants [de la prison] et travaille en interdisciplinarité » (H. Wolff et al., 2019, p. 254).

Depuis 2015, l'établissement de Champ-Dollon a vu le rôle de l'infirmier coordinateur formalisé. En effet, il s'agit désormais d'un infirmier spécifiquement dédié à la coordination entre les professionnels (social, santé, agents de détention, etc...). Il est également chargé de coordonner les activités des membres de l'équipe médico-soignante durant la journée et de garder un fil conducteur tout au long de la journée. Par la suite, il a également permis d'augmenter la réactivité de l'équipe médico-soignante, grâce à une réorganisation des rôles de l'équipe. En effet, les différents membres de l'équipe se sont répartis par tâche, afin de permettre à l'infirmier coordinateur de solliciter directement la personne adaptée en fonction du besoin immédiat. L'ensemble des collaborateurs de la prison de Champ-Dollon s'accordent pour souligner l'intérêt de ce poste (H. Wolff et al., 2019).

En règle générale, les consultations médico-infirmière se font sans la présence d'un gardien et sont soumises au secret médical. Le personnel de santé se doit d'insister

pour que le détenu soit reçu en consultation dans une pièce conforme, sans menottes et loin de la vue et de l'écoute des agents de détention. À la demande du médecin ou de l'infirmier, s'ils considèrent que le détenu représente un risque d'agressivité ou de violence, les gardiens peuvent rester derrière la porte, laisser la porte ouverte ou se trouver dans le local de consultation (H. Wolff et al., 2019).

L'infirmier a un rôle central en prison. Il est le professionnel de l'équipe médicale le plus représenté et le plus au contact des détenus. Il détecte les difficultés, répond en première ligne aux demandes des détenus et les oriente vers le professionnel le plus apte à répondre aux divers besoins. En distribuant les traitements, l'infirmier a la possibilité d'avoir une observation quotidienne du détenu, de son environnement de vie (sa cellule), son hygiène personnelle et celle de sa cellule, l'humeur/l'expression et la potentielle tension interne du détenu.

Les consultations de première ligne ont pour but de répondre rapidement et efficacement aux nombreuses demandes des personnes détenues. Cela permet un accès aux soins rapide, de prioriser les demandes selon le degré d'urgence et si nécessaire orienter les détenus vers le bon professionnel qui pourra répondre à sa demande de manière plus approfondie. Ces consultations sont des opportunités pour les infirmiers de développer leurs rôles autonomes propre, leurs compétences d'évaluation clinique et de triage, une pratique collaborative et de pluridisciplinarité, une plus-value aux soins techniques médico-délégué en apportant des principes et en effectuant des interventions de promotion et de prévention de la santé (H. Wolff et al., 2019). En effet, l'infirmière a aussi un rôle éducatif concernant les addictions, l'hygiène de vie, les comorbidités, les pathologies chronique, etc... Cela peut jouer un rôle précieux dans le processus de réinsertion. Ceci en collaboration avec toutes les autres actions mises en place en parallèle par les autres professionnels (travail social, atelier, enseignement...). Ces consultations permettent également de recevoir au plus vite le détenu pour répondre à sa demande ou besoin. Ainsi il ne se sent pas ignoré, il est au contraire satisfait et rassuré car sa demande a été prise en compte rapidement. De cette manière il sollicite aussi moins les agents de détention (H. Wolff et al., 2019).

1.2. Situation clinique emblématique

La situation clinique suivante présente la situation d'un jeune homme, Boris⁵ 15 ans et 8 mois, d'origine Kurde de Syrie arrivé en Suisse en 2014. Incarcéré en détention

⁵ Prénom d'emprunt.

préventive hors de son canton d'origine, au sein d'un établissement pénitentiaire du canton de Genève. Boris est diabétique de type 1 depuis deux ans. C'est un jeune garçon ayant vécu la guerre en Syrie jusqu'à ses 6 ans. Par la suite, il a demeuré pendant 3 ans dans un camp de réfugiés en Turquie.

Dans l'institution, sur le plan médical somatique Boris est suivi par la pédiatre et les infirmiers. Il était suivi par une endocrinologue dans son canton d'origine. Au niveau psychiatrique, un psychologue d'un autre canton a fait une pré-expertise de son statut psychologique. Cependant il n'y a pas de suivi psychiatrique dans l'établissement.

Sur le lieu de vie, il est suivi par les éducateurs de l'institution et deux d'entre eux sont ses référents. Ces derniers s'occupent de faire le lien entre le jeune et le réseau social extérieur (ses parents, la juge, l'assistante sociale...). Ils se chargent de tout l'aspect socio-éducatif du jeune.

Boris s'entend bien avec les professionnels qui l'entourent. Il apprécie beaucoup le contact avec les agents de détention qui sont selon lui « trop drôles et gentils ». Il communique peu avec les autres jeunes car ils ne parlent pas tous le français (barrière de la langue) et Boris parle français et kurde. Il a également du mal à faire confiance.

À son arrivée, une instabilité concernant son diabète est objectivée par l'équipe médicale (hyperglycémie en continu). Il est décidé par l'équipe socio-éducative de lui limiter ses apports alimentaires depuis le jeune se plaint d'avoir tout le temps faim. De plus, Boris est agacé par ses soins quotidiens et les effectue de manière désorganisée. Une problématique au niveau de l'hygiène de sa cellule est aussi observée (relevée par les éducateurs et les infirmiers).

Concernant le diabète, en accord avec Boris des entretiens bi-hebdomadaires d'éducation thérapeutique sont premièrement mis en place avec l'infirmier institutionnel. L'endocrinologue qui le suivait dans son canton est contactée dans le but d'obtenir des informations importantes qui seront utiles pour la prise en soin. L'infirmier spécialisé en diabétologie des HUG est également contacté.

À partir de ce moment, un entretien par vidéo conférence sera organisé. En présence du jeune, de la Dre de l'institution, de l'infirmier spécialisé des HUG et de l'infirmier de l'établissement pénitentiaire. Durant cette vidéo-conférence il est décidé que le jeune devra être autonome dans la prise en charge de son diabète, qu'il pourra manger de la même manière que les autres jeunes et à sa faim. Il devra être en mesure de gérer ses

doses d'insuline selon ce qu'il mange. L'infirmier passera une journée auprès du jeune avec les éducateurs pour évaluer ses habitudes alimentaires.

En parallèle, un colloque est organisé entre les différents intervenant (éducateurs, agents de détention, équipe médicale) pour discuter des problématiques concernant le jeune, des points essentiels du diabète (rappels théoriques) et des marches à suivre pour les injections, les hypoglycémies, les repas, le sport... Un document informatif sur le diabète est créé par la Dre et l'infirmier de l'institution à l'attention des éducateurs et des gardiens. Des moyens sont mis en place, entre autres une boîte de rangement pour son matériel de soin lui est donnée, une surveillance de sa glycémie avec un éducateur avant le couché est planifiée, les éducateurs lui fournissent une brique de jus d'orange le soir.

Les semaines suivantes les glycémies étaient dans les normes. Il peut manger à sa faim et les aliments qu'il souhaite. Concernant l'hygiène de son environnement, Boris a fait beaucoup de progrès et range même sa cellule grâce aux éducateurs qui ont pu reprendre cela avec lui.

Les éducateurs et les gardiens soulèvent aussi des problèmes comportementaux observés chez le jeune. Ils se demandent si le jeune devrait être vu par un des psychologues de l'institution.

Durant cette période, un manque d'effectif au niveau de l'équipe psychologique a dû être palliée par les infirmiers. Ce qui a été utile afin de permettre au jeune de s'exprimer. Il a aussi pu le faire de manière informelle avec les éducateurs, les gardiens et lors des passages infirmiers sur le lieu de vie ou dans sa cellule pour les soins.

La difficulté primaire dans cette prise en soin était l'environnement carcéral. Une prison n'est pas un service hospitalier où à tout moment il est possible d'aller voir le jeune. Il est nécessaire d'organiser les entretiens avec les éducateurs et leurs programmes. Il a été possible de s'adapter et cela grâce au soutien des éducateurs. Les infirmiers pouvaient voir quatre fois par jour le jeune au début de la prise en soin. Les passages ont diminué au fils des semaines afin que le jeune s'autonomise et les éducateurs ont pu prendre le relai (lorsque la situation était stable). La collaboration entre les infirmiers sur place, la Dre de l'institution, l'endocrinologue, l'équipe éducative, les agents de détention et de l'infirmier spécialisé des HUG a été essentielle !

La seconde difficulté était qu'il y avait un suivi psychologique à mettre en place avec ce jeune. Malheureusement cela n'a pas pu être organisé. L'équipe s'est adaptée avec les moyens disponibles et cela a été un excellent travail de collaboration entre tous les professionnels et le détenu !

Lorsque l'infirmier a demandé à Boris le vécu de sa détention : « J'ai passé des moments très durs dans ma vie. Mais ici j'ai l'impression qu'on est là pour moi et tu as pris du temps pour moi. Je vois que je vais mieux et je me sens bien ».

En conclusion, cet exemple illustre que la participation de tous les intervenants est essentielle dans une situation. Que sans l'un d'entre eux des informations primordiales peuvent ne pas être décelées et faire obstacle au bien-être du détenu. Malgré le contexte carcéral, il a été possible de créer une relation de confiance avec ce jeune. Cela en utilisant le tutoiement thérapeutique, en assurant une confidentialité pendant les entretiens, en entourant le jeune, en l'intégrant comme acteur de sa prise en soin... Il s'est senti soutenu et accompagné durant toute cette période difficile. Chaque professionnel a pu apporter au jeune un soutien et de l'aide avec ses propres compétences.

Ces interventions menées auprès du jeune ne sont pas exhaustives, il y a eu bien d'autres actions effectuées de la part de tous les collaborateurs.

1.2.1. Collaboration, coopération, coordination, interprofessionnalité et pluridisciplinarité

Une partie de ce travail a consisté en une recherche des termes les plus adaptés selon les situations rencontrées dans le monde professionnel.

Les définitions « pures » de ces termes confèrent à ces derniers un sens très proche, celui étymologique de « travailler avec » ou de « travailler ensemble » (Larousse, s. d.), Beaumont et coll. (2011) reprennent de nombreuses définitions de ces termes pour permettre de les différencier les uns des autres. Ainsi la *coopération* « représente un faible niveau d'interdépendance, c'est-à-dire qu'on la perçoit comme la simple coordination du travail, comme la juxtaposition des expertises [...] » (p.5). L'une des conditions énoncées à l'apparition d'une « réelle collaboration » est d'augmenter ce fameux niveau d'interdépendance, ce qui implique que « les membres de l'équipe travaillent ensemble, partagent leurs connaissances, leur expertise, leurs expériences, leurs habiletés et leurs compétences individuelles dans le but de résoudre des

problèmes communs » (p.5). Ces éléments permettent d'aboutir à la définition du concept de *collaboration interprofessionnelle*, qui est considérée comme étant « un type d'interaction qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, dans un processus de communication visant la prise de décision et divers apprentissages » (p.5). D'autres éléments caractéristiques de la collaboration au sein d'un groupe sont mentionnés (pp. 7-9) :

- **La collaboration est volontaire**, elle ne peut pas être forcée et requiert d'abord le désir des partenaires de participer au travail d'équipe [...].
 - o En milieu carcéral, cela implique par exemple de laisser la liberté aux différents professionnels de choisir de s'engager dans une collaboration
- **La collaboration nécessite la parité entre les participants**. Le travail de collaboration requiert que les membres de l'équipe aient la conviction de pouvoir contribuer également à la prise de décision et que leurs opinions soient prises en compte dans le dénouement de la situation présentée [...].
 - o Dans un contexte pénitentiaire, cela signifie que les agents de détention ne doivent pas prendre l'ascendant sur le personnel soignant, et inversement. Chacun doit être convaincu de pouvoir apporter sa contribution de manière égalitaire.
- **La collaboration est basée sur la poursuite de buts communs**. Dans un travail collaboratif, les membres partagent des buts communs et sont motivés par le désir de les atteindre [...].
 - o L'un des buts poursuivis en prison peut être par exemple la diminution des comportements violents des détenus envers le personnel. Cet objectif devra être commun à chaque professionnel et ces derniers devront être motivés pour atteindre ce but.
- **La collaboration requiert le partage des responsabilités**. Ce partage des responsabilités implique que chacun participe à la tâche, dans l'optique d'atteindre le but commun fixé, mais selon les compétences ou le rôle de chacun [...].
 - o Ici, il s'agira par exemple de laisser la responsabilité du contrôle des détenus aux agents de détention, là où la relation thérapeutique avec les détenus sera confiée au personnel soignant, toujours à la poursuite du même objectif de diminution des comportements violents.
- **Les individus qui collaborent partagent leurs ressources**. Chaque individu engagé dans une activité collaborative possède et met en application ses ressources pour l'atteinte d'objectifs communs [...].

- Dans l'éventualité d'un détenu souffrant de pathologies psychiatriques mettant en jeu l'intégrité physique des agents de détention, le personnel soignant pourra mettre ses ressources (thérapeutiques, connaissances de la pathologie) à disposition des gardiens afin que ces derniers puissent faire appel à l'équipe soignante en cas de crise ou de situation à risque.
- **Les individus qui collaborent estiment et valorisent ce mode d'interaction interpersonnelle.** Le travail de collaboration requiert des efforts et s'avère parfois difficile bien qu'extrêmement constructif. Les expériences antérieures de collaboration influenceront positivement ou négativement la perception des individus concernant ce style d'interaction et feront en sorte qu'ils auront envie de s'engager à nouveau dans des activités d'équipe [...].
 - Ici, la notion d'expérience passée sera très importante, puisqu'il s'agira d'inclure le plus possible d'autres professionnels qui ont déjà expérimenté la collaboration interprofessionnelle afin de renforcer cette modalité de travail.
- **La confiance mutuelle est présente au sein d'une équipe collaborative.** Pour pouvoir exprimer librement leurs opinions sans craindre le jugement ou la dépréciation, les individus ont besoin de se sentir en confiance avec les membres de l'équipe [...].
 - Il s'agira ici de permettre à chacun de s'exprimer, en renforçant, par exemple, la confiance des soignants envers les agents de détention et réciproquement.
- **Un sentiment d'appartenance accompagne les individus qui travaillent en collaboration.** Sentir qu'ils font partie d'une réelle communauté professionnelle contribue à améliorer le sentiment d'efficacité des membres des équipes qui perçoivent l'importance du travail effectué et qui s'identifient à leur groupe [...].
 - La création d'une véritable équipe pluridisciplinaire (par exemple dans laquelle chacun porte un écusson identique) permet de renforcer l'esprit de groupe, élément privilégié d'une bonne collaboration.

S'agissant de différencier l'interdisciplinarité (ou interprofessionnalité) de la pluridisciplinarité, ces concepts se définissent comme suit : l'interdisciplinarité se définit comme « une articulation de savoirs, qui entraîne, par approches successives, comme dans un dialogue, des réorganisations partielles des champs théoriques en présence » (Louvel, 2015, p. 1). Elle fait plus notion de discussion et de partage de savoirs/compétences entre professionnels.

La pluridisciplinarité est un concept qui fait appel à plusieurs disciplines travaillant ensemble ayant un objectif commun. Cela sous-entend donc un partenariat entre les professionnels. Ce partenariat inclut tous les membres d'une équipe, qui communiquent

et connaissent leurs fonctions et celles des autres. Ensemble, ils mettent en place la meilleure manière de s'organiser dans l'intérêt de leur objectif, tout en veillant à ce que chacun soit à sa place et que toutes les personnes soient à un niveau de « pouvoir » égalitaire (Sanson, 2006).

À la lumière des définitions apportées ci-dessus, les termes utilisés dans ce travail seront ceux de collaboration pluridisciplinaire.

1.2.2. Les outils favorisant la collaboration pluridisciplinaire

À l'heure actuelle, les concepts d'interprofessionnalité et pluridisciplinarité sont de plus en plus répandus, notamment au travers de concepts tels que TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013)).

Le concept TeamSTEPPS est une méthode issue de l'aviation, ayant pour but de renforcer la performance d'équipe et la sécurité dans les soins. Cette méthode repose sur quatre compétences : la communication, le leadership, le monitoring de la situation et le soutien mutuel (Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013; Staines et al., 2016).

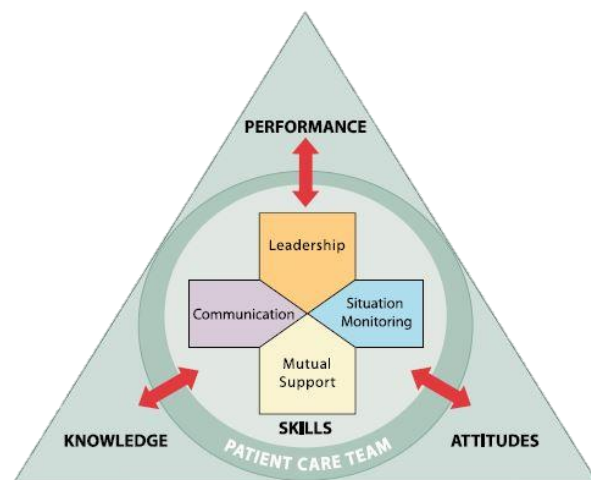


Figure 3 Tiré de Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013

Sur le schéma présenté à la Figure

3, les bases du concept sont présentées : les flèches rouges représentent la relation à double sens entre les 4 compétences présentées au centre de la figure et les résultats au niveau de l'équipe en matière de *performance* (adaptabilité, précision, productivité, efficacité et sécurité), de *connaissances* (modèle mental partagé) et *d'attitudes* (confiance mutuelle et orientation vers le travail d'équipe) (AHRQ, 2013). Cette interaction entre les résultats et les compétences est la base d'une équipe cherchant à prodiguer des soins de bonne qualité à la population, et l'équipe symbolisée autour de la croix des compétences ne se limite pas uniquement aux personnels soignants immédiatement disponibles (médecins et infirmiers, par exemple), mais cherche à inclure tous les professionnels qui jouent un rôle de soutien dans le milieu de soins (alliés de santé) (AHRQ, 2013).

1.3. Modèle théorique

Les infirmiers exerçant dans un environnement carcéral ont un rôle autonome important. Ils travaillent en interdisciplinarité et en partenariat avec les agents de détention, la direction ainsi qu'avec le service socio-éducatif et les autres corps de métiers médicaux (psychiatre, médecin, psychologue) (H. Wolff et al., 2019).

Les soins prodigués par les infirmiers ont pour but de développer et de maintenir l'autonomie et de préserver la qualité de vie des détenus, ce en collaboration avec les autres professionnels de l'institution pénitentiaire et ou externes (H. Wolff et al., 2019). Comme cité plus haut dans ce travail, les infirmiers constituent le pilier central de l'équipe médicale d'une prison (H. Wolff et al., 2019). En effet, ces derniers se chargent d'assurer les premières consultations d'entrées, les consultations de première ligne, les actions visant à la promotion de la santé, aux soins et à l'éducation thérapeutique. Cela tant au niveau de santé mentale que somatique (H. Wolff et al., 2019).

Les compétences relationnelles que possèdent les infirmiers sont indispensables pour créer une relation de confiance avec les détenus mais aussi avec les autres professionnels (H. Wolff et al., 2019). La théorie d'Imogène King, entoure cette relation et les interactions et c'est pour cela que la théorie de l'atteinte de buts développée par cette dernière figure comme modèle théorique de ce travail.

1.3.1. Ancrage disciplinaire

Basée sur l'interaction, la théorie de King permet de convenir autant au personnel soignant qu'aux agents de détention ainsi qu'à l'équipe socio-éducatif. L'atteinte des buts fixés entre soignant-patient mais les buts peuvent être fixés également par les collaborateurs entre eux (soignant, agents de détentions, travailleurs sociaux, etc...).

Une collaboration s'articule autour de buts communs à atteindre, ce qui est la base de la théorie de l'atteinte des buts d'I. King.

1.3.2. Modèle théorique

L'école de pensée de I. King est celle de l'interaction, ancrée dans le paradigme de l'intégration. Selon cette école de pensée, le soin est décrit comme un procédé interactif entre une personne qui a besoin d'aide et une personne en mesure de lui fournir cette aide (Pepin et al., 2010). Le choix de cette théorie se justifie par le fait que dans le paradigme de l'interaction la santé est dynamique et nécessite des réajustements perpétuels aux stress de l'environnement (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013; Meleis, 2011). Le vécu des personnes (croyances, attitudes, opinions, les expériences) est pris

en compte. L'étude est centrée sur la personnalité, le développement personnel et la réalisation de soi et fait appel à d'autres disciplines (sociologie, psychologie...).

L'environnement carcéral est un facteur de stress à part entière (Neri & Needham, 2015). Il est donc nécessaire de pouvoir apporter de l'aide à ces personnes détenues afin de les accompagner lors de ce passage de leurs vies dans les meilleures conditions possible. Cet environnement a aussi un impact sur le psychisme de la personne, ses croyances, sa motivation... (Moschetti et al., 2017)

1.3.3. Métaconcepts

Premièrement, il est important de bien comprendre la signification du terme métaconcept. Un métaconcept, comprend l'ensemble des centres d'intérêt de la profession d'infirmière. C'est-à-dire que ce sont ces métaconcepts qui entourent l'activité infirmière. Ils sont composés des quatre concepts principaux suivant : La personne, le soin, l'environnement et la santé (Formarier & Jovic, 2012). La description des concepts centraux selon I. King se définit comme suit :

1.3.3.1. La personne

Selon King (1971), la personne est un être social et spirituel (possède ses propres croyances, sa culture...) qui réagit, perçoit et est capable d'orienter ses choix. La personne collabore dans les prises de décisions en partenariat avec le professionnel. Considérée comme un être dynamique avec un comportement influençable par des personnes, des événements ou son environnement (Williams, 2001).

Dans un contexte médico-carcéral, le détenu (possédant sa capacité de discernement) doit pouvoir conserver son autonomie en participant aux décisions le concernant. Cela est d'autant plus important dans ce milieu car les détenus sont souvent affectés par la limitation de leur autonomie liée à l'enfermement et au règlement strict de l'établissement pénitentiaire. Le respect de l'autonomie aussi est un élément important qui contribue à l'élaboration d'une relation de confiance entre le détenu et le professionnel (H. Wolff et al., 2019). Selon King (1981), le patient est dans le droit de refuser ou de demander plus amples informations sur son traitement, les soins et toutes informations doivent lui être fournies. Le détenu doit bénéficier d'un consentement éclairé, c'est-à-dire qu'il doit avoir toutes les informations et les avoir comprises. Par exemple, si un détenu refuse de prendre son traitement. Le détenu est informé que son choix sera respecté, en essayant de comprendre la raison de son refus, en lui expliquant à quoi sert ce traitement, ce qu'il se passera s'il ne le prend pas et que son choix va à l'encontre de l'avis médical (H. Wolff et al., 2019). Le respect de l'autonomie connaît ses limites. S'il subsiste un danger

pour autrui ou dans une situation d'urgence. Il est aussi indispensable d'adopter une posture dépourvue de jugement car la perception influence le comportement et donc la qualité des soins (King, 1989). De ce fait, il ne faut pas laisser les préjugés ou les stéréotypes influencer sur la prise en charge du détenu (de la part de tous les professionnels) surtout dans un environnement carcéral.

1.3.3.2. *Le soin*

Selon King (1981), Le soin est un déroulement d'interactions entre l'infirmier et le patient. À travers la communication ils fixent des buts, analyse et valide les moyens d'atteindre ces buts. L'atteinte des buts a pour objectif de permettre au patient d'atteindre un état de santé lui permettant de fonctionner à son habitude. Les soins ont pour principaux buts de maintenir, restaurer ou promouvoir la santé. Concernant les soins en prison, une personne incarcérée est sur le même pied d'égalité qu'une personne libre. La Commission des droits de l'Homme de l'Ordre des avocats de Genève, dans son vade mecum à ce sujet (2015), précise que « Les détenus doivent pouvoir bénéficier de soins adéquats ». L'incarcération ne peut pas avoir pour conséquence une diminution de l'accès aux soins. Les détenus devant bénéficier du même niveau de soins que la population générale. D'autres règlements, telle que les « Les Règles Nelson Mandela » (Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus) ou les règles pénitentiaires européennes visent à protéger les détenus et améliorer la santé et la qualité de vie. Le CPT (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants) décrit les sept critères de qualité de soins de santé en prison. (H. Wolff et al., 2019).

L'indépendance du service médical est l'aspect principal du droit d'accès aux soins de santé en prison. (H. Wolff et al., 2019) en 2012, l'ASSM (académie suisse des sciences médicales) certifie que l'indépendance du service médical envers l'autorité pénitentiaire améliore la qualité des soins (H. Wolff et al., 2019).

1.3.3.3. *La santé*

Selon King (1981), « La santé est un cycle de vie actif » c'est-à-dire que la santé n'est pas un état statique. Plusieurs facteurs peuvent influencer la santé (l'environnement, le stress, la culture...). La santé nécessite un ajustement continuels aux différents facteurs cités précédemment.

L'OMS, définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2005).

L'incarcération peut avoir un impact sur cette dernière. Les différents professionnels exerçant dans un établissement pénitentiaire sont en mesure d'agir ensemble pour qu'un détenu puisse atteindre un état de santé optimale.

Le rattachement du service médical de la prison à l'hôpital universitaire (ce qui est le cas à Genève), fait entrer la santé carcérale dans un domaine de santé publique.

1.3.3.4. L'environnement

King estime que l'environnement d'une personne est tout aussi important que le biologique, les valeurs ou encore le psychologique. Un environnement sain et stable favorise un état de santé qui permet à un individu d'exécuter ses activités habituelles. L'infirmier joue un rôle fondamental sur l'environnement du patient, en étant attentif à ce dernier et en aidant à trouver des solutions si une problématique est décelée (King, 1981). L'environnement en prison est un sujet sensible qui reste problématique, car il faut d'une part respecter les droits fondamentaux et la dignité des personnes incarcérées. D'autre part, pour certains, la prison reste un lieu de sanction qui sous-entendrait qu'elle doit être un endroit pénible. Le personnel soignant, se doit de respecter les principes fondamentaux de l'éthique (respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice) lors de l'exercice de leur profession en prisons. Cela en tenant compte des exigences concernant la sécurité qu'impose l'environnement carcéral.

Selon Raccaud et Nieuwe Weme (2019), il est important de se rappeler que la sanction reste tout d'abord la privation de liberté et non pas vivre dans des conditions déplorables. Psychologiquement parlant, l'enfermement est suffisamment pesant, il n'est donc pas nécessaire d'aggraver cette situation en y ajoutant de la violence. Il faut également tenir compte de la réinsertion sociale, elle sera plus complexe si le détenu a purgé sa peine dans des conditions néfastes. L'environnement où la peine sera exécutée jouera un rôle considérable sur l'individu ainsi que sur sa réinsertion dans la société (L'auditoire, 2019).

1.3.4. La théorie de l'atteinte des buts selon I. King

La théorie de l'atteinte des buts se base sur le modèle conceptuel (représentation d'un système composé de concepts) d'Imogene King qui comprend trois systèmes centraux composés de différentes dimensions (concepts) (King, 1981).

Selon King (1971), une personne constitue un type de système appelé le système personnel. Les personnes constituent ensuite des petits ou grands groupes ce qui forme le système interpersonnel. Ces groupes sont constamment en interaction avec

l'environnement dans lequel ils se trouvent, ce qui forme le système social (organisation institutionnelle)

1. **Système personnel** : *Composé de sept dimensions qui composent un individu* : Perception, Soi, Croissance et développement, Image corporelle, Temps, Espace personnel et Apprentissage (Marriner-Tomey & Alligood, 2006).
2. **Système interpersonnel** : *Composé de six dimensions qui composent les relations interpersonnelles* : Human Interaction, Communication, Transaction, Rôle, Stress et Adaptation (Marriner-Tomey & Alligood, 2006).
3. **Système social** : *Composé de six dimensions qui composent le système social* : Organisation, autorité, pouvoir, statut, prise de décision et contrôle (Marriner-Tomey & Alligood, 2006).

Ces trois systèmes sont en interaction constante et interreliés.

L'analyse de ces systèmes et dimensions dans une situation, permet de mieux prendre connaissance d'une personne, d'identifier ses ressources personnelles et de repérer d'éventuelles problématiques.

La théorie de l'atteinte des buts se compose, entre-autre, de quatre étapes : la perception (jugement, action), la réaction, l'interaction et la transaction.

La première phase est représentée par la perception, le jugement, l'action et la réaction. Au cours de cette phase, l'infirmière utilise des méthodes qui permettent d'acquérir des informations sur la perception du patient de sa situation. Au travers de la communication, l'infirmière observe et écoute ce que le patient dit et ressent d'une situation particulière (King, 1992). Durant cette phase, chaque partie a son propre jugement vis-à-vis de l'autre c'est ce que King appelle le jugement. (King, 1981). Il est aussi possible de recueillir des données auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

La phase de diagnostic est représentée par l'identification d'une perturbation. C'est l'acte par lequel l'infirmière s'informe de l'environnement, des systèmes personnels et interpersonnels du patient et repère une problématique si elle est présente (King, 1992). Après cela, la fixation des objectifs entre le patient et l'infirmière, la recherche des moyens d'atteindre ces objectifs forment la phase de mise en œuvre de la théorie de l'atteinte des buts (King, 1981).

Une mise au point de la situation se fait par la communication entre l'infirmière et le patient. Si les buts n'ont pas été atteints, le patient et l'infirmière doivent analyser ce qui a empêché l'atteinte de ces objectifs. Ceci représente la phase d'évaluation du processus de l'interaction (King, 1981).

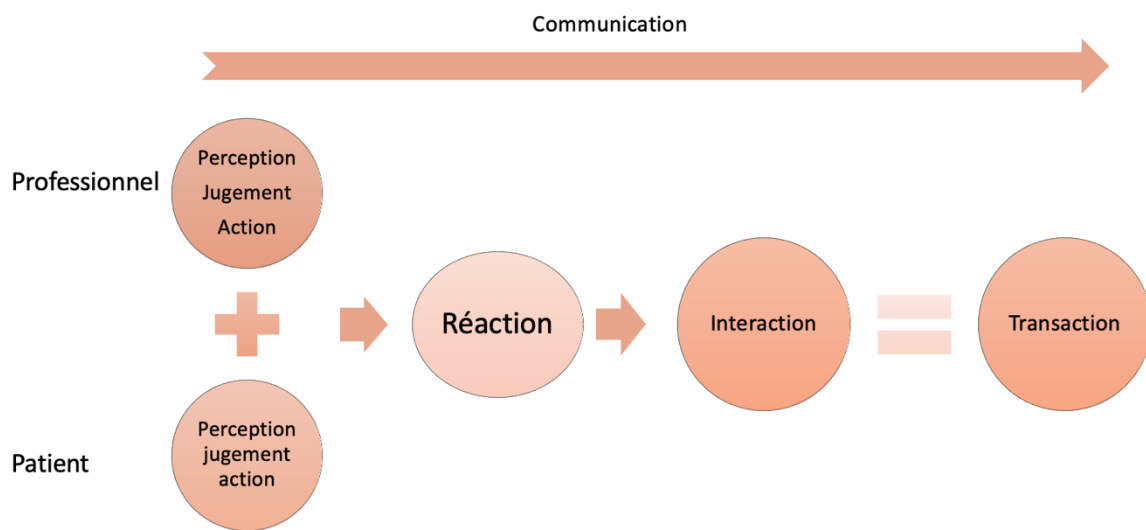


Figure 4: Tiré de King (1971), p.92

L'analyse de ces systèmes et dimensions dans une situation, permet de mieux prendre connaissance d'une personne, d'identifier ses ressources personnelles et de repérer d'éventuelles problématiques.

Ce modèle peut être utile en milieu carcéral car chaque système peut être perturbé en vue de l'impact que l'enfermement et l'environnement carcéral a sur une personne. Cela peut être au niveau personnel (sentiment d'injustice, colère, peur...), au niveau interpersonnel (isolement, maltraitance de la part de codétenus...) ainsi qu'au niveau sociétal (statut social, pouvoir, organisation de sa vie...) (Moschetti et al., 2017).

Selon King, une personne est sensible aux échanges d'information, d'énergie et de matière avec l'environnement (Pepin, 2010). Comme cité ci-dessus dans un environnement carcéral, l'interaction semble primordiale. Car l'organisation d'une prison n'est pas comme celle d'un hôpital. Le patient doit être motivé et demandeur d'une prise en soin s'il souhaite être vu par un professionnel de la santé. (Moschetti et al., 2017). Cependant, le professionnel peut identifier des potentielles difficultés chez le détenu lors des entretiens avec ce dernier en l'observant, l'écoutant et en échangeant avec lui. Le professionnel peut alors s'aider des concepts cités ci-dessus. Selon King (1971), l'infirmière se doit de pouvoir identifier les ressources, les forces et les faiblesses d'une personne dans le but de l'aider à réagir aux différentes problématiques et pouvoir élaborer ensemble des stratégies efficaces pour l'avenir

L'utilisation de la théorie de King peut se résumer comme suit :

Le professionnel fait connaissance avec le patient/détenu lors d'un premier entretien. Il récolte des informations lors des interactions (échanges) avec le patient, en l'observant

et avec une anamnèse (« historique » de la personne). Ensuite, le professionnel analyse ses propres perceptions et celles du patient/détenu. Puis il identifie les potentielles problématiques d'une situation. Ensemble, ils clarifient les problématiques identifiées et posent des buts avec les moyens nécessaires pour tenter de palier à ces problématiques. Puis le professionnel et le patient/détenu évalue l'atteinte des buts, s'ils sont atteints ou non, s'il faut mettre en place d'autres moyens pour y parvenir.

1.3.4.1. Illustration de la mise en pratique de la théorie au travers d'une vignette clinique

1.3.4.1.1. Détermination de la problématique

Boris me dit qu'il aimerait écrire des lettres à ses amis mais il ne connaît pas leurs adresses. Je peux lier cela au concept « Human interaction » du système interpersonnel, car j'ai l'impression que Boris semble triste et déçu de ne pas pouvoir communiquer avec ses amis. Je ressens une inquiétude de sa part lorsqu'il me dit « ils vont m'oublier » et quand il verbalise que ses amis lui manquent. De plus, lors d'un colloque pluridisciplinaire, les éducateurs ont transmis que Boris ne communique pas avec les autres jeunes (qui ne parlent pas français) à cause de la barrière de la langue. Ce qui amplifie la problématique car il n'a pas de contacts sociaux avec des jeunes de son âge au sein de l'établissement.

Les agents de détention ont fait part, lors de ce même colloque, de leurs observations quant au faciès triste de Boris.

1.3.4.1.2. Fixation des buts

Boris et moi-même avons pu identifier une diminution des interactions sociales avec ses pairs. D'après les caractéristiques verbalisées par Boris (« Je n'ai pas leur adresse, ils vont m'oublier... ») et son inquiétude palpable. Après en avoir parlé avec Boris je lui propose, en m'étant renseigné au préalable auprès de la direction si le jeune avait l'autorisation de correspondre avec l'extérieur, de demander à son frère ou ses sœurs s'ils peuvent se procurer les adresses de ses amis. Je l'invite également à s'exprimer autant qu'il le souhaite avec les différents professionnels et qu'il n'ait pas le sentiment de déranger car nous sommes là pour l'écouter. Il est d'accord pour demander à sa famille et me dit que j'ai raison qu'il a réellement besoin de pouvoir reprendre contact avec ses amis. Le but sera que Boris **améliore sa vie sociale et qu'il se sente moins seul**. Je peux soutenir Boris pour ce but mais il devra effectuer les démarches lui-même. Ce but est à court terme.

1.3.4.1.3. Évaluation de l'atteinte des buts

Suite à la pose des buts, nous évaluons avec le jeune l'évolution de ces derniers.

Pour le but « **Boris améliorera sa vie sociale et évitera un sentiment de solitude** ». J'ai pu évaluer ce but trois semaines plus tard. Boris a pu reprendre contact avec ces amis. Il a pu obtenir certaines adresses auprès de sa famille. Cependant, il ne trouvait pas une adresse qui lui était, selon ses dires, très importante. Lors d'un entretien avec l'accord de la direction, des agents de détention et des éducateurs, nous avons pris le temps de chercher sur « Google maps » la maison d'une de ses amies et avons estimé une adresse. Il a ensuite envoyé une lettre et deux semaines plus tard il a reçu une réponse. Boris est ravi. Il est enthousiaste de pouvoir écrire d'autres courriers. Il est très remerciant envers nous et je peux remarquer sa joie. Au fil des semaines, les éducateurs nous ont transmis qu'il a pu aussi se sociabiliser avec les jeunes de l'établissement, certains parlant le français. Lors d'un de nos entretiens bihebdomadaire, Boris m'a raconté qu'un jeune dont la mère est atteinte de diabète s'est montré très bienveillant à son égard, car Boris est lui-même atteint de diabète.

2. PROBLÉMATIQUE

La recherche documentaire effectuée avait pour but de déterminer les éléments nécessaires pour instaurer une dynamique de coordination interprofessionnelle en milieu carcéral, dans le but d'optimiser la qualité des soins prodigués aux détenus.

2.1. Question de recherche

La question de recherche est formulée comme suit : Quels sont les composants qui permettent d'instaurer une collaboration pluridisciplinaire en milieu carcéral pour optimiser la qualité de soins des détenus ?

3. MÉTHODE

Dans le cadre de ce travail, l'accent a été mis sur la recherche documentaire, tout en restant géographiquement et culturellement le plus proche possible de ce qui est actuellement en vigueur à Genève. Toutefois, certains modèles utilisés, notamment en Europe du Nord, méritent de s'y intéresser.

3.1. Méthodologie de recherche documentaire

En parallèle, il a fallu structurer la recherche, notamment au moyen de la méthode du *PICO* (Population, Intervention, Comparaison, Outcome).

Le Tableau 2 ci-dessous présente les différents éléments de la recherche (PICOT, mots-clés en français et leur équivalent en MeSH Terms en langue anglaise). Les recherches documentaires ont été effectuées entre novembre 2020 et mai 2021.

Tableau 2 Mots-clés, MeSH Terms et traductions

PICOT	Mots-clés en français	MeSH Terms en anglais
P – Population	Détenus Prisonniers	Prisoners
I – Intervention	Collaboration pluridisciplinaire	Collaborative practice
C – Comparaison	Soins usuels	Usual care
O - Outcome	Qualité des soins	Quality of care

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 5, sur base des équations de recherche du Tableau 4 en annexe.

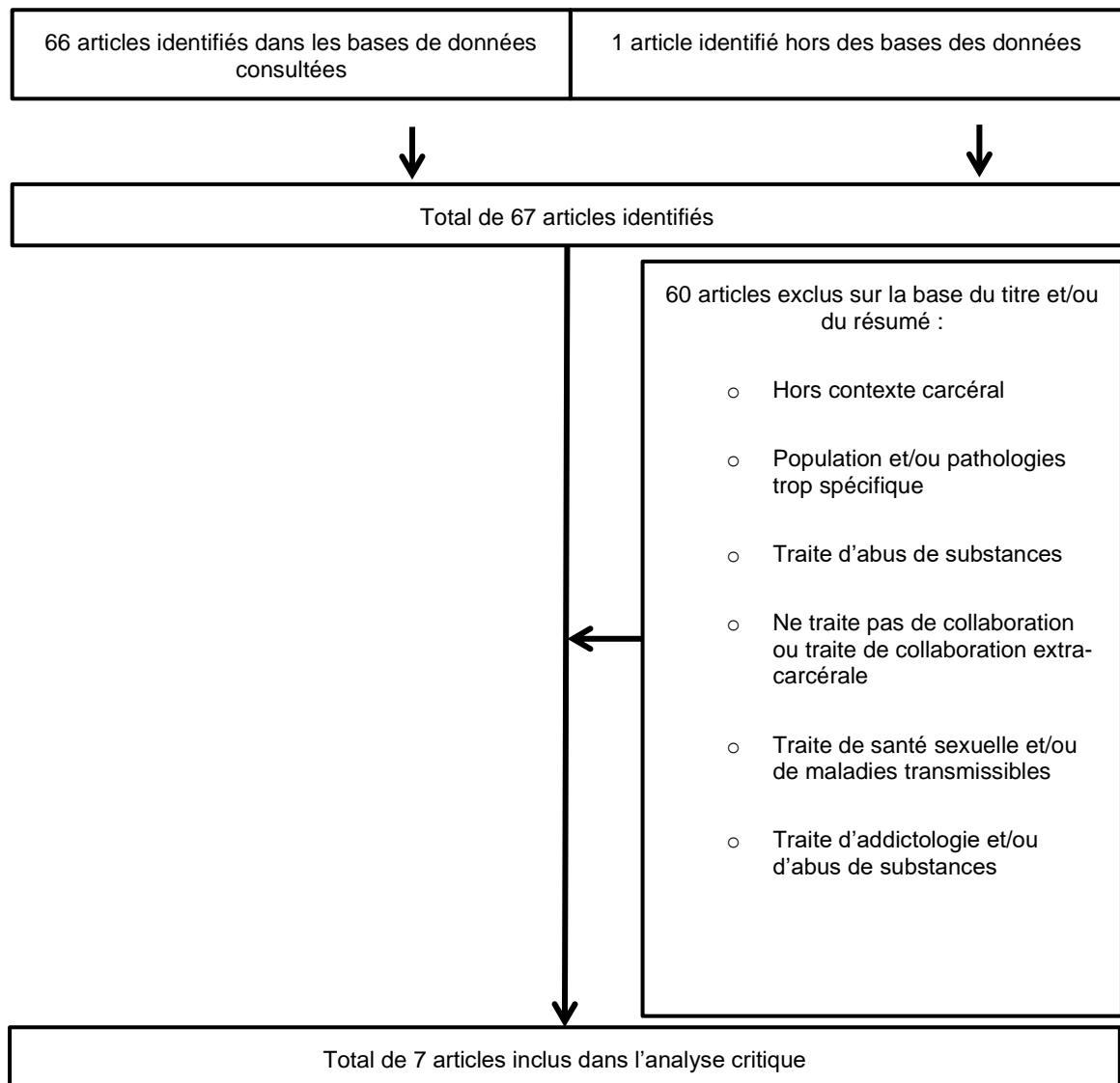


Figure 5: Diagramme de flux du processus d'identification des articles

En ce qui concerne l'article identifié hors des bases de données, ce dernier a été identifié suite à la lecture de l'ouvrage de Gittell (2011), traitant des lignes guides de la théorie de la coordination relationnelle. Il est fait mention à la page 3 que la théorie a été testée notamment dans le système carcéral. L'article référencé a été ensuite recherché sur la plateforme Google scholar, puis lu et analysé pour apparaître dans ce travail.

4. RÉSULTATS

Sept articles ont été retenus. Ils semblaient pertinents pour guider la réponse à la question de recherche. Sur les articles sélectionnés, 8 thèmes apparaissent de manière plus forte et semblent avoir le plus grand impact sur la réponse à apporter à la question de recherche :

- L'indépendance du service médical en prison
- L'équilibre entre soins et sécurité
- La connaissance de son propre rôle et celui des autres (limites/ responsabilité)
- Les tensions lors de la collaboration entre systèmes
- La complexité des structures externes
- La différence entre coordination, collaboration et coopération.
- La coordination relationnelle
- La formation en milieu carcéral.

Ces différents thèmes permettent d'avoir une vue d'ensemble sur l'impact et l'utilité de la collaboration pluridisciplinaire dans un contexte carcéral.

Parmi ces articles, trois sont des études qualitatives, deux sont des revues systématiques de la littérature, un est une étude quantitative et un est un guide méthodologique. Le tableau comparatif des résultats regroupe l'ensemble des résultats tirés de l'analyse de chacun des 7 articles étudiés.

4.1. Tableau comparatif

Tableau 3 : tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année	Population Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
John Foster, Linda Bell, Neil Jayasinghe 2012	10 collaborateurs de la prison, dont une infirmière coordinatrice 2 infirmières diplômées, 3 aides- soignantes, et 4 professionnels de sécurité (Healthcare Officer « HO ») <u>Type d'étude :</u> Étude qualitative	Comprendre les pratiques actuelles dans une aile médicale de prison et vérifier ce que le personnel considère comme étant les bonnes pratiques dans les soins. Explorer les perceptions des différents membres du personnel pour comprendre comment ils contribuent à l'élaboration de la collaboration interprofessionnelle.	<u>Méthode mixte :</u> 3 étapes : 1. Groupes de discussion 2. Observation 3. Entretiens semi dirigés <u>Intervention :</u> 3 groupes de discussion avec différents professionnels. Observation pour voir les interactions entre les différents professionnels et les patients. 7 entretiens semi- structurés (SSI) avec des intervenants externes à la prison.	Le thème sécurité et soin englobe tous les autres thèmes. Les infirmières effectuent un travail de coordination plutôt que de collaboration. Risque de basculement vers une attitude jugeante si focus sur la sécurité. Rôles des équipes très définis, tendance à la coopération plus qu'à la collaboration.	

Auteurs- Année	Population Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Sarah Hean, Atle Ødegård, Elisabeth Willumsen 2017	160 agents de détention <u>Type d'étude :</u> Étude qualitative	<u>But de l'étude :</u> Mesurer la coordination relationnelle (CR) actuelle. Évaluer le niveau de coordination relationnelle entre les différents groupes professionnels en milieu carcéral du point de vue des agents de détention	Questionnaires (adaptés de Gittel 2011) distribués aux agents de détention, afin de mesurer la CR. Questionnaire composé de 7 items : 3 mesurent la fréquence et la qualité de la communication ; 4 concernent la qualité des relations entre les professionnels. Les questionnaires ont été distribués par des gardiens volontaires de chaque prison	Communication la plus fréquente, la plus opportune et retours les plus pertinents entre agents de détention et infirmiers, travailleurs sociaux et autres agents de détention au sujet des détenus. Différence significative dans la qualité des relations entretenues avec les différentes professions. Partage des responsabilités liées à la prise en charge d'un détenu entre agents de détention avec 3 groupes (agents de détention, infirmiers, travailleurs sociaux), en lien avec les meilleures connaissances de ces groupes des compétences des agents, ainsi qu'avec le respect porté par ces groupes à la fonction d'agent de détention.	

Auteurs- Année	Population Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Sarah Hean, Atle Ødegård, Elisabeth Willumsen 2016 Norvège.	12 personnes, répartie entre gardien (CS) et spécialiste en santé mental (MHS) 6 hommes et 6 femmes dont 2 infirmières, 4 travailleurs sociaux, 3 avocats, 1 médecin, 1 thérapeute familial et 1 psychiatre. <u>Type d'étude :</u> Qualitative	<u>But de l'étude</u> Explorer les éléments qui favorisent la collaboration, la nature des relations de collaboration et les facteurs qui les facilitent, ou les limitent.	1 entretien semi- structuré de durée de 1 à 1,5 heure avec chaque participant. <u>Intervention :</u> Exploration qualitative de la collaboration pluridisciplinaire et des structures qui dirigent la collaboration. Exploration inductive de la façon dont les professionnels travaillent ensemble dans la pratique.	<u>Pratique collaborative attendue</u> : les personnes interrogées décrivent des modèles standard de collaboration, les différentes fonctions réparties de manière uni- et inter- professionnelle. <u>Complexité des structures externes</u> : frustration exprimée lorsque d'autres professionnels n'assument pas la responsabilité qui est attendue de leur part. <u>Structures individuelles</u> : difficultés à définir ce qui fait un bon travailleur collaboratif dans ce domaine. Au fil de l'entretien, les caractéristiques du professionnel qui ont un impact sur la qualité de la collaboration et la prise en charge du détenu sont abordées. <u>Tensions lors de la collaboration entre systèmes</u> : tension identifiée liée à la répartition des responsabilités entre les différentes professions, pas toujours claire. L'attribution varie entre régions, organisations et municipalités, ce qui crée une confusion entre les différents professionnels.	

Auteurs- Année	Population Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Roger Watson, Anne Stimpson, Tony Hostick. 2004	Revue systématique de la littérature basée sur 90 articles et 21 rapports dont 13 du Royaume Unis et 5 Amérique du nord et 3 Europe (hors Royaume-Uni).	Aider les services pénitentiaires et sanitaires locaux à produire un modèle de partenariat pour la prestation de soins de santé dans les prisons	Lecture d'articles et d'études pertinents sur des modèles de soins de santé en prison via la passerelle Internet ATHENS (incluant des articles liés à la santé, à la sociologie et à la psychologie ont été inclus).	Pas de modèle unique applicable, mais des ingrédients essentiels à tout modèle : <u>Promotion de la santé</u> : évaluation des besoins en matière de santé. <u>Bilan de santé</u> : à l'entrée, avec des protocoles standardisés et des instruments validés, avec un accent sur la santé mentale. <u>Partenariat entre les services pénitentiaires et le service national de santé.</u> <u>La télémédecine comme moyen de prestation médicale dans les prisons.</u> <u>La formation du personnel pénitentiaire et de santé</u> : sur les besoins de santé des détenus. <u>Le développement d'un modèle de soins</u> : élaboration d'un modèle qui va au-delà de l'environnement carcéral et s'adresse aux communautés desservies par la prison.	

Auteurs- Année	Population Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
<p>Apa Zoltan, Bai RuoYu, Mukherejee Dhritiman, Herzig Carolyn, Koenigsmann Carl, Lowy Franklin, Larson Elaine.</p> <p>2012</p>	<p>Populations de deux prisons de hautes sécurités de l'Etat de New York.</p> <p><u>Type d'études :</u> Guide méthodologique.</p>	<p>3 objectifs déterminés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la relation de recherche collaborative entre le milieu académique et l'institution correctionnelle (établissements pénitentiaires) - Établir des contacts à l'intérieur des prisons - Maintenir des méthodes de recherche rigoureuses, dans le contexte du maintien de la sécurité et de la confidentialité. 	<p>Entretiens avec le personnel administratif, de santé, de sécurité et les détenus.</p> <p>Établissement d'un tableau reprenant différents « composants et approches essentiels » afin de conduire une recherche avec une institution correctionnelle.</p>	<p>Les chercheurs doivent connaître la fonction de base du système administratif pénitentiaire, ainsi que les divers intervenants et responsables, dans le but d'identifier les partenaires de recherche appropriés.</p> <p>Bien que les objectifs généraux des prisons puissent être similaires, chaque prison a établi sa propre culture et son propre système.</p> <p>La liste proposée, bien qu'élaborée pour une étude spécifique, peut être considérée comme des lignes guides pour la recherche en milieu carcéral de haute sécurité.</p>	<p>Les lignes guides élaborées par l'auteur ont été réalisées « sur mesure » dans le cadre d'une étude précédente, elles n'ont pas été validées par d'autres recherches.</p>

Auteurs- Année	Population Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Norman Ann et Alan A. Parrish 2000	Tous les collaborateurs d'une prison, évaluation de la perception infirmière et la collaboration interprofessionnelle. <u>Type d'étude :</u> Revue systématique de littérature.	Discussion sur les changements nécessaires dans les services de santé des prisons. Souligner l'évolution vers une approche d'équipe multidisciplinaire en prison. Suggère comment cela peut être réalisé localement, en appelant les infirmières travaillant en milieu carcéral à être proactives et à forger des liens avec leurs collègues des services locaux du NHS. Souligne la nécessité de soumettre des rapports réguliers aux directeurs de prison sur la qualité et la prestation des services.		Souligner la valeur des soins infirmiers communautaires et des services primaires pour les détenus. Le travail en équipe multidisciplinaire est une voie positive pour les soins de santé en prison. Les infirmières doivent devenir plus politiques, créatives et flexibles dans leur pratique	Avis d'expert. Le moins fiable. Article de plus de 20 ans.

Auteurs- Année	Population Type d'étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Brenda J. Bond et Jody Hoffer Gittell 2010	Administrateurs d'organismes (service sociaux, service d'aide à la toxicomanie, service de police, service de justice pénale, agence pour l'emploi) (N=45) Étude quantitative	Examiner les relations entre les organismes impliqués dans la réinsertion des détenus, en utilisant le concept de coordination relationnelle	Questionnaires. Les questions suivantes ont été posées aux répondants à propos de chacune des cinq agences spécifiques : " À quelle fréquence communiquez-vous avec ces organismes au sujet de la réinsertion des délinquants dans votre communauté ? ". "Ces organismes communiquent-ils avec vous en temps opportun sur les questions de réinsertion des délinquants ? ".	Mise en lumière des relations dans un environnement de réinsertion collaborative. Le concept de coordination relationnelle est pertinent dans le contexte de la réinsertion selon les auteurs. La mise en œuvre d'une politique de réinsertion inter-agences reste un défi, même dans cet environnement innovant et ouvert. Bien que les organismes impliqués dans la réinsertion fassent des efforts, une approche collaborative n'a pas encore été pleinement atteinte ici. Le modèle de coordination relationnelle peut aider les agences à améliorer leurs efforts de collaboration et à affecter les résultats en matière de récidive et de sécurité publique.	

4.2. Analyse critique des articles retenus

Selon les thèmes définis ci-dessus, les articles utilisés présentent les éléments suivants :

4.2.1. Indépendance du service médical en prison

Concernant l'indépendance du service médical en prison, Apa et al., (2012) indiquent que les détenus peuvent avoir peur de donner certains détails au personnel soignant, en lien avec le risque de voir ces informations divulguées. Il semble donc essentiel de séparer l'institution carcérale de l'institution de soins, afin de pouvoir garantir la confidentialité. Ce qui est le cas à Genève où tous les secteurs médico-pénitentiaire dépendent de l'hôpital universitaire de Genève, ce qui assure la confidentialité des soins (H. Wolff et al., 2019).

Il est aussi essentiel de créer un environnement de travail qui permette au personnel d'utiliser ses compétences, et de ne pas être gêné ou limité par une réglementation nuisible. Ce qui n'affectera en rien le niveau de sécurité au sein de la prison. Le système actuel est inflexible ; les règles et règlements donnent au personnel la possibilité, quand cela lui convient, de restreindre les interventions thérapeutiques. Aussi, il faut trouver des moyens de s'assurer que le personnel soit en mesure de fournir un service de qualité avec autant de flexibilité que possible dans un système qui a pour priorité absolue la surveillance et la sécurité des détenus (UKCC, 1999, cité par Norman & al., 2000).

4.2.2. Équilibre entre soins et sécurité

Foster et al. (2013) indiquent qu'il existe bons nombres de discussions évoquant le risque, la sécurité, les soins et le contrôle. Ces dernières confirment que l'équilibre entre soins et sécurité en milieu carcéral est essentiel à la prestation de soins de santé efficaces (Watson et al., 2004). Les prisons ne sont principalement pas concernées par la santé de la population carcérale et, de ce fait, "le besoin de sécurité et de discipline peut aller à l'encontre de la reconnaissance de détenus en tant que patients" (Her Majesty's Inspector of Prisons (HMIP), 1996, p. 1 cité par Watson et al., 2004).

De prime abord, les agents de détention considèrent que les infirmières peuvent se mettre dans des situations à risque. Elles auraient tendance à se concentrer sur les soins. Il arrive donc qu'elles se détournent de l'aspect disciplinaire. Les agents de détentions ont l'impression que les infirmières ont tendance à se précipiter dans des situations, alors que la priorité pour eux reste la sécurité. Ils doivent d'abord analyser la

situation avant d'agir afin d'être certains qu'aucun risque ne soit encouru. (Foster et al., 2013).

En effet, les agents de détention basent principalement leurs surveillances sur les risques liés à la sécurité interne de l'établissement pénitentiaire (évasion, hétéro-agressivité), là où la vision "soignante" de l'infirmier permet de révéler d'autres problématiques telles que le risque suicidaire, les besoins concernant la santé mentale ou somatique et d'éventuels problèmes sociaux. Ces deux regards sont convexes et ne vont pas sans l'autre, dans le milieu carcéral. C'est donc cet équilibre entre le soin et la sécurité qu'il est important de maintenir dans toute situation rencontrée (Foster et al., 2013).

Néanmoins, la vision des gardiens est complémentaire de celle des soignants. Ceci s'expliquant par le fait que les agents de détention sont des observateurs clés puisqu'ils sont les principaux professionnels au contact des détenus, et qu'ils ont un contact direct avec ces derniers (Foster et al., 2013; Wright et al., 2014). D'après Hean (2016), le lien qui se crée entre l'agent de détention et le détenu peut parfois primer sur les compétences d'un professionnel qualifié, lorsqu'il s'agit de soutenir le détenu.

En fonction de l'état de santé mentale du détenu, la relation privilégiée entretenue avec un professionnel (agent de détention comme personnel soignant) peut représenter une alternative de poids en cas de manque d'infrastructures ou de personnels spécialisés (Hean et al., 2016). Cet exemple est particulièrement significatif lorsque l'on se réfère aux études publiées par Appelbaum et coll. (2001), ainsi que par Dvoskin et Spiers (2004) (cités par Hean, 2016). Ces derniers ont en effet exploré les manières dont les agents de détention peuvent prendre un rôle de thérapeute, ce malgré un faible niveau de connaissances spécialisées en comparaisons à d'autres professionnels (psychiatres, et/ou spécialistes en santé mentale). Dans certains cas, l'action des gardiens s'avère plus efficace que celle fournie par les spécialistes en santé mentale par exemple.

Ceci démontre en partie que la collaboration, la communication et la coopération entre professionnels sont des éléments essentiels au bon fonctionnement de l'institution.

Les agents de détention estiment qu'une collaboration avec les autres professionnels exerçant dans l'établissement pénitentiaire est essentielle au bon fonctionnement de celui-ci. Cela avec une importance particulière pour les infirmières et travailleurs sociaux (Hean et al., 2017). Ils se sentent mieux respectés par ces corps de métier que par d'autres intervenants. Ils voient cette collaboration comme un « tandem » essentiel pour gérer les soins et la sécurité de manière équilibrée (Foster et al., 2013).

Lors de l'étude menée par Foster et coll. (2013), les infirmières ont décrit un processus par lequel, au fil du temps, se voit devenir plus " soucieuses de la sécurité " et modifient leur comportement en conséquence. Ce comportement peut représenter une forme de danger lorsque la culture dominante est axée sur la sécurité. En effet, le personnel soignant peut commencer à utiliser des termes péjoratifs pour décrire les détenus, tels que « cinglé » ou « simulateur ». De ce fait, c'est l'aspect humain du patient, avec le respect qui doit lui être accordé, qui est parfois négligé au profit des aspects sécuritaires. Des résultats similaires ont été rapportés dans des contextes de santé mentale médico-légale (Foster et al., 2013).

Le médecin généraliste et les psychiatres de la prison, quant à eux, considèrent que leur rôle principal est la gestion des risques (Foster et al., 2013).

4.2.3. La connaissance de son propre rôle et celui des autres (Limites/Responsabilité)

La qualité d'une coordination pluridisciplinaire est évaluée directement par les premiers concernés, en fonction de leurs objectifs communs, de leur connaissance des rôles de chacun et de leur respect mutuel (Gittell, 2011; Hean et al., 2017).

Le professionnel doit faire preuve de ce qu'Edwards (2011) et Akkerman & Bakker (2011) (cités par Hean et al., 2016) appellent « l'agence relationnelle » et « la perception ». C'est l'aptitude à comprendre le rôle, les compétences d'un autre groupe de professionnels, la capacité de comprendre les contraintes et les priorités imposées à un autre intervenant d'une situation ainsi que l'habilité d'adapter ses actions en conséquence. En d'autres termes, un professionnel doit être en mesure de cibler le professionnel qui sera le plus apte à intervenir dans une situation précise. Il est aussi important de prendre en considération que dans la pratique, certaines contraintes (financière, d'effectivité, de priorité imposée) peuvent empêcher le professionnel sollicité d'intervenir. Les autres intervenants doivent alors faire en sorte de pallier ce manque par d'autres moyens (Hean et al., 2016).

Dans la pratique, cela se traduit par la capacité d'un infirmier, par exemple, à solliciter une assistante sociale lorsque le détenu est en voie de libération, afin d'anticiper ses besoins, notamment de logement. Cependant, il sera nécessaire que l'infirmier soit conscient que pour des raisons budgétaires (le plus souvent), l'assistante sociale puisse ne pas être disponible avant plusieurs semaines ou plusieurs mois ; l'infirmier devra alors adapter son travail et les soins qu'il dispense en fonction de ces paramètres.

La problématique de responsabilité des équipes envers les détenus, soulevée entre l'équipe médicale et les gardiens soulignent une grande tension entre les besoins

sécuritaires et besoins de santé (Foster et al., 2013; Norman & Parrish, 2000). Ces derniers témoignent que l'absence de communication entre gardiens et infirmiers, et sans une bonne connaissance des compétences/limites de chaque profession, une collaboration efficace est impossible à mettre en œuvre (Foster et al., 2013).

Le cadre de compétences du collectif pour l'éducation interprofessionnelle (Interprofessional Education Collaborative, 2021) donne, comme description de ce thème de rôle et de responsabilités, la capacité à "utiliser les connaissances de son propre rôle et celles des autres professions pour évaluer et répondre de manière appropriée aux besoins de soins de santé des patients et des populations desservies".

De ce fait, la connaissance de son rôle propre et de ceux des autres intervenants relève d'une compétence qui est la capacité d'articuler son propre rôle et les rôles des autres professions, de comprendre comment ils se complètent et d'utiliser ces connaissances pour traiter le patient de manière holistique (Hean et al., 2016).

Selon Hean et al. (2016), la recherche de la bonne personne pour assumer la responsabilité du détenu peut s'avérer parfois complexe. C'est-à-dire, déterminer le bon professionnel (par exemple une assistante sociale) après avoir évalué (par l'intermédiaire d'un infirmier) les besoins et les risques avec le détenu et établir un plan pour les activités liées à la réinsertion (logement, travail, etc...). En effet, par manque de moyens, de temps ou de personnel ce processus peut être freiné.

Akkerman et Bakker (2011, cité par Hean et al., 2016) présentent le principe de procédure standardisée en milieu de soins. Ces procédures permettent d'améliorer les capacités de prises de décisions, quant aux responsabilités de chacun, à différentes étapes du processus. Seulement, la complexité du milieu carcéral rend difficile la mise en place de ces procédures standardisées. Cela s'explique notamment par le fait que les besoins spécifiques et individuels de la population carcérale représentent un réel défi, par leur résistance à la création et/ou la formulation de protocoles standardisés (Hean et al., 2016)

Selon Watson et coll. (2004), le contrôle de santé à l'arrivée dans le système pénitentiaire, avec des protocoles standardisés et des instruments validés, en mettant l'accent sur la santé mentale, consiste en un ingrédient essentiel pour la production d'un modèle de partenariat pour la prestation de soins de santé dans les prisons.

Pour aller plus loin, Foster et coll. (2013) proposent que les agents de détentions puissent bénéficier d'une formation semblable à celle d'une ASA (aide en soins et en accompagnement) pour acquérir certaines compétences de santé et élargir leur vision

« uniquement » sécuritaire. D'autre part, cela permettrait aux infirmiers d'élargir leur rôle en milieu carcéral pour s'intégrer d'avantage aux autres intervenants.

4.2.4. Tensions lors de la collaboration entre systèmes.

Selon Hean et coll. (2016), les personnes interrogées dans le cadre de l'étude pensent que plusieurs raisons empêchent d'autres professionnels d'assumer ou de remplir des responsabilités particulières liées au délinquant.

Premièrement, la répartition des responsabilités (cahier des charges) entre les multiples professions n'est pas toujours claire. Cela signifie également que les professionnels, lorsqu'ils cherchent à créer ou à maintenir le réseau de soutien du délinquant, ont du mal à identifier un contact pour assumer la fonction du soutien souhaité.

Deuxièmement, les personnes interrogées pensent que des motifs logistiques limitent les opportunités de collaboration entre les organismes. Par exemple, les horaires de travail incompatibles entre certains professionnels, les distances géographiques entre l'institution pénitentiaire et la municipalité d'origine du détenu. Ce qui mène à la conclusion que l'élaboration d'un réseau de collaborateurs autour d'un détenu se révèle être un défi. C'est d'autant plus vrai lorsque, pour des raisons de sécurité, les services spécialisés externes sont encouragés à venir en prison, plutôt que d'amener le détenu hors de la prison et que, par manque de temps ou de personnel, les professionnels des services spécialisés ne peuvent s'y rendre. Hean et al. 2016)

Dans tous les cas, les ressources humaines limitées restreignent la capacité des organismes à s'engager dans des tâches collaboratives, servant à recenser les besoins des détenus et à y répondre. Ainsi, dans les prisons, ce sont uniquement les plus nécessaires qui reçoivent une évaluation complète de leurs besoins en raison du nombre limité de personnel disponible pour remplir ce rôle. Hean et al. 2016)

Parmi les autres problèmes de ressources, il est possible de citer le nombre limité de places dans les logements d'aides de la municipalité, le nombre limité de lits dans les services à proximité, la nécessité de faire des économies en cette période de crise économique et financière, l'absence totale de services dans la région d'origine du délinquant ainsi que le fait que les besoins des détenus sont parfois complexes et que leur prise en charge est coûteuse (Hean et al., 2016).

4.2.5. La complexité des structures externes

Dans le contexte carcéral norvégien, les services externes ayant pour responsabilité de s'occuper de la réinsertion post carcérale sont différents selon l'emplacement géographique. Car ce sont les municipalités d'origine des détenus qui, de manière

indépendante, gèrent cela. Elles ont donc, chacune des budgets et des lois différentes. La répartition des rôles des professionnels, des responsabilités et des points de contact clés des structures externes diffère d'une municipalité à l'autre. Qui plus est, que chaque « catégorie » de détenu (classée par infraction, par exemple) et chaque personne détenue, de manière individuelle, requière différents types de prise en charge (Hean et al., 2016).

Ces points cités ci-dessus, amènent les personnes interrogées lors dans le cadre de l'étude menée par Hean et coll. (2016) à décrire leurs recherches d'expertise auprès d'autres organisations comme extrêmement complexes et incertaines. Cela limite la prévisibilité et la standardisation des pratiques de collaboration entre les systèmes de santé, du travail social et du service pénitentiaire (Hean et al., 2016).

Hean et coll. (2016) indiquent que dans le contexte norvégien étudié dans son article, les structures externes sont souvent vagues, manquant de procédures de routines et de standards lorsqu'il s'agit d'impliquer d'autres professions et/ou institutions, que ce soit en termes de temporalité (quand leur faire appel ?) ou de personnel (à qui faire appel ?).

D'après Foster et al. (2013), un agent de probation a déclaré qu'en raison du grand nombre de personnes impliquées dans les soins de santé en prison, il était souvent difficile de rester pleinement informé des plans de soins proposés et d'évaluer les potentiels risques pour la communauté.

Hean et coll. (2016) décrivent dans leur étude que la connaissance des professionnels issues de structures externes qui l'entourent, fait partie d'une des compétences clés requises pour travailler en collaboration. Il s'agit d'une compétence liée à la prise de décisions concernant l'attribution du rôle de référent et la prise de responsabilités dans une situation.

En conclusion, lorsqu'un problème est décelé chez un détenu, les professionnels impliqués dans son environnement savent et comprennent qu'il est nécessaire d'anticiper ses besoins lors de sa sortie (logement, emploi, etc...). Ce travail commence dès le début de la détention.

4.2.6. La différence entre coordination, collaboration et coopération.

Dès le début du XXI^{ème} siècle, Norman et Parrish (2000) ont suggéré dans leur article un changement de principe de fonctionnement des soins en milieu carcéral. À cette période, les différents professionnels travaillaient de manière cloisonnée, où chacun n'allait que très rarement vers un autre professionnel pour échanger des informations. Les auteurs promouvaient ici une approche d'équipe pluridisciplinaire. D'après cet article, le travail

en équipe pluridisciplinaire est une voie positive pour les soins de santé en prison. Les auteurs attirent l'attention sur le fait qu'un travail pluridisciplinaire véritable et efficace ne consiste pas qu'en une équipe de professionnels de la santé dirigée par un médecin par exemple. Il s'agit d'un groupe de professionnels travaillant ensemble et partageant leurs connaissances et leurs compétences. L'équité et l'égalité sont primordiales, et aucun professionnel ne doit dominer.

L'étude menée par Foster et coll. (2013) mentionne que les agents de détention estiment que les infirmiers travaillent plutôt de manière coordinatrice que collaborative. Cette étude, fait ressortir les concepts de "coopération", "coordination", "collaboration" et aussi de "pouvoir".

Gray (1991, cité par Foster et al., 2013) a défini la collaboration comme étant un processus dans lequel les parties voient différents aspects d'un problème et peuvent explorer de manière constructive leurs différences et rechercher des solutions.

Le concept de coordination est ensuite défini comme un procédé où les individus ajustent leurs perspectives, leurs objectifs et leurs méthodes de travail (Foster et al. 2013).

La collaboration, par exemple, peut être associée à la perception des différences de pouvoir par les professionnels de différents services entre eux, aux niveaux de communication entre les professionnels ou à une culture organisationnelle qui encourage ou décourage l'action collaborative (Hean et al. 2016). Dans l'étude menée par Hean et coll. (2017), la coordination y est décrite comme une présence de chaîne de soins ou d'actions ou de « chemins clinique ». Durant ce processus, la communication est de haute qualité lorsque que des individus se coordonnent entre eux.

Pour ce qui est de la coopération, lorsque des équipes coopèrent, elles échangent des informations pour atteindre des objectifs. Les ressources personnelles sont conservées par chaque groupe/individu, et il n'y a pratiquement aucun risque (Foster et al. 2013). Une autre description cite que la coopération implique plusieurs professionnels de réseaux définis qui relient le travail d'unités indépendante au niveau des système (Hean et al., 2017).

Dans la pratique, les infirmières coopèrent en grande partie avec leurs collègues des soins de santé. Les données de l'étude suggèrent que lorsqu'elles travaillent avec les agents de détention, elles se déplacent entre la coordination et la collaboration. Il est possible, dans ce cas, de dire que la dynamique clé dans cette situation est de savoir quel groupe détient le pouvoir. Souvent, ce pouvoir découle du statut professionnel (Foster et al. 2013). Les agents pénitenciers, le personnel infirmier et les travailleurs sociaux, par exemple, passent plus de temps en prison, ont plus de contacts avec les délinquants et sont plus responsables de leur prise en charge quotidienne (Hean et al., 2017).

Des réunions régulières et informatives impliquant tous les membres de l'équipe soignante sont nécessaires pour débattre des questions professionnelles, et formuler des stratégies. Ces réunions devraient être présidées en alternance, avec un président élu, renouvelé chaque année, et les comptes rendus des réunions devraient être distribués à tout le personnel de santé de la prison (Norman & Parrish, 2000).

Petrie (1976, cité par Foster et al., 2013) postule que chaque groupe professionnel possède une "carte cognitive" qui dépend de la façon dont il est formé et ensuite socialisé. Ainsi, les infirmières peuvent avoir passé plus de temps à être formées aux côtés de collègues médecins, ce qui influence leur carte cognitive et donc ce sont les personnes avec lesquelles elles sont plus à l'aise pour communiquer. À l'inverse, les agents de détention, bien que n'ayant reçu aucune formation professionnelle, peuvent avoir une carte cognitive plus appropriée au milieu carcéral que les infirmières, ce qui leur permet de s'intégrer plus efficacement.

Pour accentuer ce résultat, d'après Foster et al. (2013), tout au long des entretiens menés, les infirmières ont à peine mentionné un autre département de la prison. En revanche, les agents de détention ont parlé de leur collaboration avec de nombreux autres individus et groupes de professionnels. De plus, ils ont parlé des rôles joués par les aumôniers, les immams et les rabbins dans l'aile de la prison. Cela suggère que, par rapport aux infirmières, les agents de détention sont plus intégrés dans la culture de la prison, alors que ces dernières sont largement définies par leur rôle de soins.

Comme déjà mentionné ci-dessus, dans une autre thématique, Foster et al. (2013) conclut son article en émettant l'hypothèse que si les infirmières élargissaient leur rôle, elles pourraient jouer un rôle clé dans la mise en place d'un ensemble de soins plus holistiques qui pourraient impliquer une plus grande participation des équipes.

Hean et coll. (2016) indiquent que les 4 thèmes combinés « pratique collaborative attendue, complexité des structures externes, structures individuelles, tension lors de la collaboration entre systèmes », créent un environnement dans lequel les intervenants engagés dans une activité de collaboration entre les institutions carcérales et professionnels de santé spécialisés en santé mentale et psychiatrie peuvent ne pas assumer la responsabilité du délinquant comme prévu.

4.2.7. La coordination relationnelle

La coordination relationnelle (relational coordination [RC] en anglais) est une théorie définie comme un processus de communication et de relation qui se renforcent mutuellement dans un but d'intégration des tâches au niveau professionnel (Relational Coordination Collaborative [RCC], 2021). En effet, les théoriciens ayant contribué à

l'émergence de cette théorie ont souhaité mettre l'accent sur l'importance de la relation professionnelle pour le travail coordonné (Gittell, 2011). Plusieurs études menées à travers le monde tendent à démontrer les effets de l'application de ce processus sur des indicateurs de qualité, d'efficacité, de résilience professionnelle, ainsi que de bien-être et de satisfaction de la clientèle. La coordination relationnelle a été depuis appliquée dans plus de 73 domaines professionnels, notamment en milieu de soins ainsi que dans le domaine carcéral (Bond & Gittell, 2010; RCC, 2021).

Cette théorie est composée de 3 propositions majeures (RCC, 2021) :

1. Les relations fondées sur des objectifs communs, des connaissances partagées et un respect mutuel favorisent une communication fréquente, opportune, précise et axée sur la résolution des problèmes, et inversement. Ensemble ces 7 dimensions forment un concept validé empiriquement appelé coordination relationnelle.
2. La coordination relationnelle produit des résultats bénéfiques pour les multiples parties prenantes lorsqu'elle est forte, et des résultats néfastes lorsqu'elle est faible, en particulier lorsque le travail est fortement interdépendant, incertain et limité dans le temps.
3. Les organisations peuvent concevoir leurs structures – pratiques en matière de ressources humaines et mécanismes de coordination – de manière à réduire l'optimisation des sous-objectifs⁶ et à accroître la pensée systémique, renforçant ainsi la coordination relationnelle.

⁶ L'optimisation des sous-objectifs consiste à optimiser le but local au détriment du but global (RCC, 2021). En clair, il s'agit de perdre de vue l'objectif global au détriment de buts intermédiaires propres à chaque professionnel.

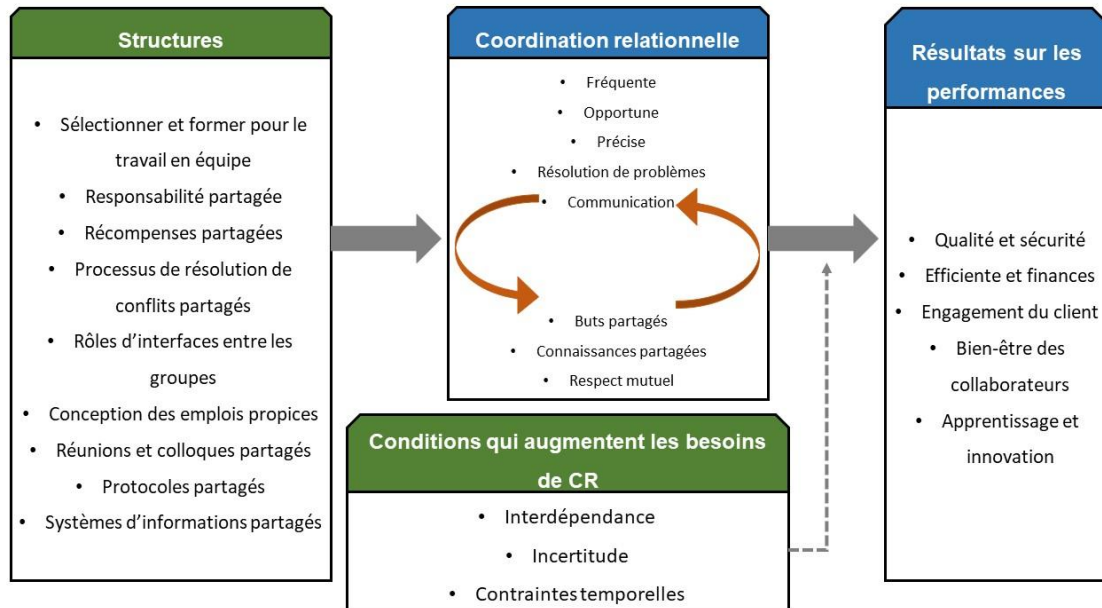


Figure 6: Tiré de RCC, 2021.

La Figure 6 synthétise les éléments à mettre en place au niveau structurel (de l'institution), les accents mis au niveau interpersonnel (entre professionnels impliqués dans la situation) ainsi que les implications sur les performances de l'application de la théorie de la coordination relationnelle. L'influence réciproque de la dimension relationnelle sur la dimension communicationnelle est représentée par les flèches au centre.

Des différences de compétences professionnelles ou organisationnelles créent des espaces entre les collaborateurs. Ces espaces sont décrits comme des zones potentiellement très productives où une diversité d'idées se rencontrent et génèrent des solutions socialement innovantes aux problèmes de la pratique (Hean et al., 2017).

Dans le contexte norvégien, les agents pénitenciers signalent les plus hauts niveaux de coordination relationnelle avec les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres agents. Ce qui suggère que ce sont les professions avec lesquelles ils interagissent le plus et avec lesquelles ils se sentent le plus à l'aise. Les niveaux les plus bas de coordination relationnelle sont rapportés entre les agents pénitenciers et les services de santé mentale spécialisés (psychologues, psychiatres) et sont également faibles avec le médecin de la prison (Hean et al., 2017).

Dans ce cas également, certaines limitations logistiques, telles que les horaires de travail incompatibles avec ceux de visites du centre pénitentiaire signifient que les professionnels de la santé mentale d'organismes externes ne peuvent pas venir dans les prisons aussi souvent qu'ils le souhaiteraient. Aussi les aprioris à l'égard du travail avec la population carcérale, sont quelques-unes des barrières qui sont apparues comme des potentielles raisons pour ne pas atteindre des niveaux d'une coordination

relationnelle optimale entre les agents pénitenciers et les autres professions (Hean et al., 2017).

Selon Hean et coll. (2017), un manque de compréhension commune des informations sur un détenu qui peuvent ou non être partagées entre les professionnels est une contrainte clé à la communication, entre le l'équipe médicale et le professionnel du centre pénitentiaire. De ce fait, Hean et coll. (2017) signalent qu'il est important de se poser la question de « comment les codes professionnels relatifs au secret professionnel sont-ils compris par les différentes professions ? ».

4.2.8. Formations continues pour les professionnels en milieu carcéral

Les résultats de l'étude menée par Hean et al. (2017) démontrent que les agents pénitenciers considèrent que la coordination et les bonnes relations avec les infirmiers et les travailleurs sociaux sont de la plus haute importance. Ils pensent également qu'une meilleure coordination relationnelle entre eux et les médecins et spécialistes de la santé mentale est encore nécessaire.

Les niveaux élevés de coordination relationnelle avec les infirmières, les travailleurs sociaux et les autres agents pénitenciers, dans cette étude, soulignent l'importance des infirmières et des travailleurs sociaux des prisons en tant que gardiens du flux d'informations entre l'agent et les prestataires de santé mentale. Une formation en résolution de conflits, en santé mentale et en travail collaboratif pourrait donc être particulièrement utile, si elle était destinée aux infirmières et aux travailleurs sociaux travaillant dans les prisons. En tant que premier port d'appel pour l'agent pénitencier, ces professionnels peuvent avoir besoin d'une sensibilisation accrue à la santé mentale, d'une affirmation de soi, d'un leadership, d'une liaison, d'une collaboration et de compétences en gestion du changement qui leur permettront de travailler efficacement avec les agents pénitenciers, et/ou de les mettre en relation avec des spécialistes de la santé mentale, avec lesquels ils ont actuellement peu de contacts (Young et al., 2009). Il est important à ce stade de faire la différence entre une formation dans laquelle les soins de santé mentale sont enseignés aux agents pénitenciers/infirmiers, etc. par des spécialistes de la santé mentale et une formation qui apprend aux professionnels à être capables de travailler ensemble pour créer des solutions communes.

La formation doit être spécialisée pour l'environnement médico-légal, car d'après Kettles et coll. (2001), le rôle de l'infirmière de santé mentale en prison est qualitativement différent de celui de l'infirmière de santé mentale plus générale en raison de la nature complexe du groupe de clients (détenus) et de l'environnement carcéral.

La formation où les soins en santé mentale sont enseignés aux agents pénitenciers est également nécessaire, non seulement pour les préparer à jouer un rôle plus important dans l'observation, le suivi et le soutien des délinquants souffrant de troubles mentaux (Bradley, 2009; Brooker & Gojkovic, 2009), mais aussi pour qu'ils apprennent les uns des autres, avec les professionnels de la santé (Hean et al., 2016).

Une formation en résolution de conflits, en santé mentale et en travail collaboratif, dans le but de développer des compétences en matière de collaboration et d'intégration, nécessaires au personnel afin de collaborer et travailler ensemble au sein de services intégrés (Hean et al., 2017). Ces professionnels (infirmier, agent pénitentiaire, travailleur social) peuvent avoir besoin d'une sensibilisation accrue à la santé mentale, d'une affirmation de soi, d'un leadership, d'une liaison, d'une collaboration et de compétences en gestion du changement (Hean et al., 2017).

Il en va de même pour les professionnels tels que les psychologues et les psychiatres, dont l'expérience et la préparation au travail avec les délinquants se sont également révélées limitées (Brooker & Gojkovic, 2009). La nécessité d'une formation de ce type est confirmée par ceux qui recommandent les ensembles d'apprentissage par l'action comme moyen d'améliorer le travail pluridisciplinaire (Walsh et al., 2014).

Comme les agents pénitenciers déclarent souhaiter un meilleur contact avec les services de santé mentale spécialisés, ces ensembles d'apprentissage par l'action, ou d'autres interventions visant à améliorer la collaboration, pourraient donc également inclure des professionnels de la santé mentale spécialisés parmi leurs participants, en plus des infirmières et des agents pénitenciers actuellement engagés dans ces activités.

De même, un projet Horizon 2020 RISE COLAB (2017-2021) explore le potentiel des laboratoires de changement (outil finlandais de développement de la main-d'œuvre) dans lequel des agents pénitenciers, des spécialistes de la santé mentale et des détenus travaillent ensemble pour élaborer des solutions innovantes aux défis de la pratique.

Les ensembles d'actions et les laboratoires de changement sont tous deux basés sur des niveaux d'intégration plus élevés (coopération), plutôt que sur les systèmes d'aiguillage actuels et les parcours de soins informels (liaison et coordination) sur lesquels chaque service exerce un contrôle partiel, mettant en commun leurs ressources et leurs intérêts (N. Wolff, 2002).

Ces méthodes, offrant un potentiel d'intégration plus élevé et se concentrant sur des défis pratiques spécifiques, peuvent être coûteuses non seulement en termes de perte de ressources, mais elles peuvent être difficiles pour les participants. En leur demandant beaucoup de temps et d'instabilité si les partenaires manquent d'engagement et de confiance mutuelle (N. Wolff, 2002). Le projet COLAB explore ces défis.

Le modèle d'importation utilisé en Norvège est une approche de l'intégration entre les services pour le bien social, mais les coûts internes de ce type de travail (par exemple, la perte de ressources ou d'autonomie professionnelle) peuvent être trop importants pour que les agents pénitenciers et les spécialistes de la santé mentale travaillent ensemble de manière significative. Il faut trouver des moyens de minimiser les coûts réels et tangibles de la collaboration et de l'intégration en faveur de la promotion du concept plus nébuleux de bien social et des avantages de la collaboration (Wolff, 2002, cité par Hean et al., 2017).

4.3. Synthèse des résultats

En comparaison aux soins usuels, quel est l'impact de la collaboration pluridisciplinaire sur la qualité de prise en soins des détenus ?

Les 8 thèmes abordés permettent d'établir une liste des prérequis à une collaboration pluridisciplinaire efficace en milieu carcéral :

- **L'indépendance du service médical en prison :**

Le personnel soignant devrait être employé de préférence sous la responsabilité d'une autre institution (ou ministère) afin de garantir plusieurs éléments de qualité et sécurité des soins, ainsi que pour améliorer la confidentialité des soins prodigués) ; le but étant de proposer des soins avec la plus grande flexibilité possible dans un environnement axé sur la sécurité.

L'indépendance du service médical en prison : le personnel soignant devrait être employé de préférence sous la responsabilité d'une autre institution (ou ministère) afin de garantir plusieurs éléments de qualité et sécurité des soins, ainsi que pour améliorer la confidentialité des soins prodigués) ; le but étant de proposer des soins avec la plus grande flexibilité possible dans un environnement axé sur la sécurité.

- **Équilibre entre soins et sécurité :**

Il est important d'octroyer le statut de patient à un détenu qui nécessite des soins médicaux. Pour autant, la vision de chaque profession (soins et surveillance) est complémentaire et permet une meilleure prise en soins. Enfin, le rôle de « thérapeute » peut être endossé par un gardien dans certaines situations spécifiques.

Selon King (1992), Il est indispensable d'adopter un comportement non-jugeant car la perception influence le comportement et donc la qualité des soins. Les

détenus, doivent pouvoir recevoir des soins dépourvus de stigmatisation et de jugement de la part des professionnels. Un langage respectueux et une reconnaissance du détenu en tant que patient fait partie de l'approche des soins centrés sur la personne (Wolff et Al. 2019).

« Car c'est le détenu devenu patient qu'on doit placer au centre de la réflexion sur la médecine en milieu carcéral. S'agissant de la condition de prisonniers, il faut partir de ce principe : un être humain, en détention demeure titulaire de tous les droits fondamentaux, hormis ceux qu'une décision de justice lui a retirés. Or, parmi ces droits, il n'en est guère de plus précieux que l'accès aux soins, le respect de la dignité et de l'intimité. »

Robert Badinter, sénateur, ancien Ministre français de la Justice, cité par HUG, 2019a.

Selon King (1971), dans un établissement hospitalier, l'infirmier apparait comme l'élément constant dans l'environnement du patient et possède un certain « pouvoir » sur le processus de décision relatif au plan de soins. Ceci demande une prise de conscience de la part de l'infirmier concernant les potentiels éléments de la situation pouvant favoriser ou entraver l'efficacité des soins. Donc, la perception de l'infirmier, du patient, du médecin, et des autres professionnels, sont des éléments essentiels dans une situation de soins infirmiers. D'autant plus dans un environnement carcéral étant donné que l'infirmier n'est plus un élément constant dans l'environnement du patient. C'est l'agent de détention qui endosse ce rôle. Bien que les soins et le bien-être du patient sont la priorité des soignants (H. Wolff 2019), la planification des soins (hors urgence) doit être en accord avec l'organisation de l'établissement pénitentiaire.

Les agents de détention sont donc les personnes qui sont au plus près des détenus. De ce fait, ils ont la possibilité de créer un lien de confiance avec ces derniers. Ils ont aussi la possibilité d'apporter du soutien moral au détenu lors de leurs passages réguliers. Cependant, ils peuvent faire appel à leurs collègues soignants s'ils se sentent dépassés par la situation.

- **La connaissance de son propre rôle et celui des autres (limites/ Responsabilité) :**

Il est nécessaire que chaque groupe professionnel soit conscient des responsabilités et des limites des autres. Cela va de pair avec la connaissance des rôles de chacun.

C'est chaque personne intervenant selon son rôle auprès du patient/détenu, qui permettra de franchir une étape vers l'atteinte d'un objectif. L'interaction de ces rôles et les objectifs mutuels qui en résultent forment la collaboration interdisciplinaire. De plus, si la clarification des rôles est absente, il peut être difficile pour les patients/détenus de savoir qui est responsable d'eux. De nombreux objectifs peuvent être réalisés avec l'aide d'autres personnes que l'infirmière. Par exemple, si l'objectif d'un patient/détenu est de trouver un logement à sa sortie de prison le service socio-éducatif peut aider le patient à entreprendre des démarches. Les objectifs doivent être mutuellement déterminés par le patient et l'équipe interdisciplinaire. Il est donc nécessaire pour la compréhension et le confort du patient ainsi que pour le professionnel de connaître les membres de l'équipe et leurs rôles (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008).

- **Tensions lors de la collaboration entre systèmes :**

Il faut clarifier la répartition des responsabilités de chacun (notamment sous la forme d'un cahier des charges), clarifier également les possibilités de faire appel à d'autres professionnels externes à la prison. Enfin, les ressources humaines disponibles à l'intérieur de la prison devraient pouvoir permettre à chaque détenu de recevoir une évaluation complète de leurs besoins.

L'aspect nommé par King (1971) qui est l'exploration des moyens pour atteindre les buts. Lorsque l'infirmier communique avec le patient tout ce qu'il a identifié comme stratégie. L'infirmier doit savoir où sont ses limites d'action et doit pouvoir faire appel à la bonne personne capable de répondre aux besoins. Il est donc nécessaire de connaître ses limites ainsi que le rôle des autres professionnels.

- **La complexité des structures externes :**

Chaque établissement étant géré d'une manière particulière (dans le cas suisse, chaque canton organise indépendamment ses services pénitentiaires et de soins).

Chaque professionnel du milieu carcéral qui se retrouve à la recherche d'un spécialiste est confronté à une procédure spécifique à chaque établissement de détention. Il faudrait donc promouvoir la standardisation, au travers de protocoles clairement établis et connus de tous, en mettant l'accent sur la temporalité.

Un premier entretien d'entrée, par exemple, nécessite une analyse complète car le patient/détenu et le professionnel ne se connaissent pas.

La théorie d'I. King propose un système interactif centré sur le patient (les trois systèmes) (I. King, 1992).

Dans le processus d'évaluation de l'état de santé, King (1992), débute avec deux questions. « Que sollicite l'état du patient ? » et « Que veut le patient ? ». Les professionnels doivent être sensible à l'importance de la communication qui, par son biais et à l'aide des trois systèmes, permettra d'identifier les potentiels problématiques qui empêchent le patient/détenu de fonctionner à son habitude. Puis, la mise en place d'objectifs/buts en explorant les moyens disponibles propices à l'atteinte de ses derniers. Enfin l'évaluation de l'atteinte des objectifs.

Les HUG, ont alors établis un questionnaire d'entretien d'entrée standardisé (annexe).

En utilisant ce formulaire et en utilisant la théorie suggérée par I. King, les points essentiels concernant la santé et les besoins personnel du détenu/patient sont abordés et pris en considérations.

- **La différence entre coordination, collaboration et coopération :**

Il apparaît que les infirmiers oscillent entre coordination et collaboration lorsqu'ils travaillent avec leurs collègues des services de détention. L'obstacle à la collaboration « continue » est la notion de détention du pouvoir et l'aspect de personne de contact. Le but ici serait de définir des groupes pluridisciplinaires, sans notion de hiérarchie et avec des buts communs, ainsi que la volonté de collaborer.

Pour King (1981) le rôle est, grâce à des échanges réciproques, dynamique et différent d'une situation à une autre. Un rôle est donc lié à une situation. Par exemple une infirmière peut être perçue comme telle mais également comme une aide, une collaboratrice, une coordinatrice... L'infirmière peut être coordinatrice lors de certaines situations comme par exemple la planification d'entretien avec un détenu qui doit être en concordance avec l'organisation de la prison. Et collaborative dans d'autres situations, par exemple lorsqu'elle délègue l'administration de traitement à un agent de détention.

Selon King (1981), le rôle est une palette de comportements attendue par un système social {prison} pour l'occupation d'une certaine position. Les règles et procédure définissent les droits et les obligations d'une position occupée au sein d'une organisation {HUG/Champ-Dollon}. Le rôle est une relation avec un ou plusieurs individus en interaction dans une situation spécifique.

La qualité des soins infirmiers augmente à mesure que la disparité dans le degré de pouvoir accordé aux intervenants de l'interaction et exercé par eux diminue. Bien qu'elle ne soit jamais parfaitement équilibrée, la symétrie du pouvoir de l'infirmière et du pouvoir du patient dans la relation thérapeutique établit le degré de mutualité dans la prise de décision. (King, 1981) Ce qu'il est possible de transposer dans une situation de relation professionnelle.

King (1981) a décrit la prise de décision mutuelle comme une interaction réciproquement contingente impliquant la participation active de l'infirmière et du patient ou d'un autre professionnel et favorisant la collaboration. Chacun a quelque chose à donner à l'autre, que l'autre désire ou dont il a besoin, ce qui peut être facilité par la participation active des deux individus à la situation. Il y a une mutualité, une interdépendance dans la situation dans laquelle les deux atteignent des objectifs (King, 1981, p. 84). Le centre d'intérêt de l'interaction reste toujours le patient, et non la commodité ou les besoins de l'infirmière ou des autres professionnels (King, 1981).

- **La coordination relationnelle :**

Il faudrait promouvoir les relations professionnelles entre groupes, ces zones étant très propices à l'apparition de nouvelles solutions à certains problèmes. Il

faudrait également permettre à chacun de déconstruire ses aprioris du travail en milieu carcéral afin de favoriser la coordination relationnelle.

Selon Fawcett (2013) le modèle conceptuel proposé par King peut être utilisée pour étudier des systèmes de soins, et que l'objectif ultime de ce dernier est de déterminer les effets sur l'atteinte des buts, lors d'un choix de buts communs et de la mise en place d'interventions en lien avec ces buts (Fawcett, 2005, p.104). La théorie de l'atteinte des buts est décrite en termes d'interaction infirmière-patient, mais il est possible d'utiliser cette théorie pour étudier l'interaction entre professionnels centrée sur le patient/détenu (buts pour le patient/détenu) (Fawcett, 2005, pp.88-119).

- **La formation en milieu carcéral :**

La population carcérale dans son ensemble est très spécifique et nécessite une formation adaptée afin d'en saisir les caractéristiques et de pouvoir adapter sa pratique professionnelle. Pour favoriser la collaboration pluridisciplinaire, il est également recommandable de favoriser l'intégration des professionnels dans la pratique, par exemple en leur proposant une immersion temporaire avec d'autres groupes professionnels.

L'infirmière et le patient œuvrent ensemble à la mise en place de moyens pour favoriser au mieux le bien-être du patient. Afin d'éviter de perturber le sentiment d'identité du patient, ses rythmes circadiens et sa perception du temps (King 1981).

Selon King (1981), cette relation nécessite que les infirmières possèdent des connaissances sur le comportement humain et une connaissance spécifique du comportement en situation de stress. Elle nécessite également une connaissance des modèles culturels de croissance et de développement.

King (1981) a défini l'action infirmière comme une séquence de comportements comprenant la reconnaissance des conditions présentes, le lancement d'activités liées à ces conditions, et le contrôle des événements et des activités pour atteindre un objectif.

Plus l'infirmière sera formée et comprendra le milieu carcéral plus elle sera apte à entendre ce que vivent les détenus ainsi que ses collègues. Elle pourra ainsi mettre en place des actions et repérer les préoccupations/besoins des détenus ou collègues.

Les variables qui influencent la prise de décision comprennent "les connaissances, les expériences, les objectifs, les valeurs et les perceptions de la situation" (King, 1981, p. 134).

King (1981) a conseillé aux infirmières d'être " conscientes du besoin d'aide du patient pour prendre des décisions et de son besoin de participer à ces décisions " (p. 134).

5. DISCUSSION

Pour faire suite à l'analyse descriptive effectuée ci-dessus, la discussion permettra de faire le lien entre ce que cette analyse met en évidence et notre question de recherche : « Quels sont les composants qui permettent d'instaurer une coordination interprofessionnelle en milieu carcéral pour optimiser la qualité de soins des détenus ? »

Depuis l'analyse critique des articles, 8 thèmes principaux sont ressortis. Comme cité précédemment dans ce travail, plusieurs professionnels, issus de disciplines différentes se rencontrent en prison. Ils s'organisent entre eux, communiquent et ont des buts communs. Avec des visions et compétences différentes, ils se complètent et se coordonnent pour pouvoir atteindre leurs objectifs et remplir leurs tâches quotidiennes. Les articles ont permis de mieux comprendre l'organisation des prisons, les systèmes pénitentiaires de différents pays, l'importance de cette collaboration pluridisciplinaire et les problèmes pouvant survenir dans cet environnement spécifique qu'est la prison. Pour King (1971), la théorie de l'atteinte des buts est fondée sur le processus « interaction-transaction » qui est formé de dix aspects à mettre en pratique dans une situations de soins. Ce processus commence par la perception du patient et celle du soignant lors de leur première rencontre lors du premier entretien d'entrée, le plus souvent effectué par l'infirmier.

Selon King (1989 cité par Fawcett, 2005), la perception est la variable la plus importante car la perception influence le comportement. Il est donc important de connaître notre jugement du bien et du mal, mais aussi d'avoir conscience que le patient a sa propre vision de ceux-ci. Chacun à son propre avis vis-à-vis de l'autre c'est ce que King appelle *le jugement* (King 1971, cité dans Fawcett & Desanto-Madeya, 2013).

Comme mentionné plus haut, les professionnels peuvent avoir des perceptions différentes d'une situation. Les agents de détention par exemple, se focalisent sur plusieurs critères différents dans leurs évaluations. Ils comprennent le passé de la personne, le crime commis ou les anciens actes violents commis en détention. Les soignants, quant à eux, ont une évaluation dynamique, ils ne prennent pas en compte le passif du détenu. Ce qui influence la perception. Cette dernière, peut aussi être

influencée par les valeurs, les attitudes et les croyances personnelles. Il arrive aussi fréquemment que la perception qu'un détenu a de sa vie, de ses crimes ou de ses délits soit totalement différente de celle des professionnels (Laben et al., 1991).

Il est possible de faire un lien avec le thème « Le juste milieu entre soins et sécurité » ressorti des résultats. Car encore une fois la perception peut être différente voir faussée selon l'axe de vision du professionnel (sécuritaire ou sanitaire) et les stéréotypes de la prison (Foster et al., 2013).

Ces deux visions sont complémentaires dans un milieu carcéral, car d'une part il n'est pas possible de négliger la sécurité. Et d'autre part, les soins, qu'ils soient somatiques ou psychologiques sont une dimension essentielle dans la qualité de la prise en charge d'un détenu sous tous ses aspects. Ces derniers peuvent en effet favoriser une détention dans de bonnes conditions et potentiellement faciliter la réadaptation post carcérale (Moschetti et al., 2017).

Lorsque les fondements médicaux et les fondements sécuritaires s'opposent, cela amène à une problématique d'éthique de « double loyauté ». C'est-à-dire le personnel soignant face au personnel pénitentiaire (H. Wolff et al., 2019). Autrement dit, dans la relation soignant-soigné s'ajoute un tiers. Ce qui est inévitable dans un milieu carcéral étant donné qu'il n'est pas possible de négliger la sécurité et le cadre judiciaire.

Il peut donc s'agir des agents de détention comme de l'administration pénitentiaire ou encore des autorités judiciaires. Il est possible ici d'intégrer le thème de l'indépendance du service médical en prison. Selon Norman (2000), il est nécessaire de mettre en place des moyens afin de s'assurer que le personnel de santé soit en mesure de fournir un service de qualité avec autant de flexibilité que possible dans un système qui doit avoir pour priorité absolue la garde et la sécurité des détenus.

Pour cette raison, les services médicaux des établissements pénitentiaires du canton de Genève dépendent des HUG. Dans le but de pouvoir assurer des prestations et prendre des décisions sans subir de contraintes ni de pression de la part de l'administration pénitentiaire et des autorités judiciaires (H. Wolff et al., 2019).

Cependant, bien que les décisions cliniques des soignants doivent uniquement être fondées sur des critères médicaux, le personnel médical se doit de prendre en compte les exigences de sécurité d'une prison et ainsi adapté ses interventions à celles-ci.

Lorsqu'un conflit entre la sécurité et les soins survient. L'équipe médical est dans l'obligation d'en faire part, avec l'autorisation du patient, à l'administration ou autorité judiciaire compétente. Afin de pouvoir trouver une solution dans l'intérêt médical du patient.

À Genève, une procédure mise en place appliquée avant chaque transfert de détenu dans une autre institution carcéral implique le service médical et l'autorité concernée.

Ensemble ils vérifient que le nouvel établissement accueillant le détenu soit adapté à garantir une suite optimale de soin (H. Wolff et al., 2019).

De plus, l'exemple de Jacob (2014), indique que le rôle propre de l'infirmier est impossible à exercer de manière individuelle et autonome en milieu carcéral. Car une autre problématique est la distance qu'il faut imposer et maintenir entre le soignant et le patient.

Selon King (1981), l'infirmière a une place d'expert conseil, d'écoute active et de soutien pour la personne soignée. Or, en prison il est nécessaire de garder une certaine distance avec le détenu ce qui rend difficile la création de ce lien facilitateur de la prise en soins. En l'occurrence, il n'est pas possible de répondre aux besoins d'un détenu sans la présence d'un agent de détention. Ce qui appuie cette notion de « tandem » entre l'agent de détention et l'infirmier ressortie dans l'étude de Foster et al. (2013).

L'infirmier doit se référer au règlement de l'établissement avant toute prise de décision. Cela renforce également l'importance d'une communication et relation professionnel de qualité afin de pouvoir s'entendre et obtenir des résultats positifs ensemble.

D'après la théorie de King, à la suite de la perception il y a l'identification des « perturbations » (King 1971, cité dans Fawcett - De Santo Madeya, 2012), dans cet aspect les intervenants d'une situation communiquent et interagissent ensemble. C'est à ce moment qu'ils vérifient ce qu'ils ont observés (les perceptions) et identifient les perturbations, les problèmes et les préoccupations du patient. Selon King (1981), il est nécessaire d'identifier les perturbations car elles font obstacle à l'atteinte des buts et donc la transaction n'est alors pas réalisable.

De ce fait, en prison, il s'agit de trouver une solution à ces perturbations et de mettre en place des actions nécessaires avec les autres professionnels en tenant compte des normes sécuritaires et des obstacles que l'environnement carcéral peut créer. Donc, lors de l'application de la théorie de l'atteinte des buts, il est impératif de prendre en compte toutes les données sociales, médicales de la personne soignée (le détenu) car une inégalité sociale, par exemple, peut faire obstacle à l'atteinte d'un objectif. Ce qui est le cas en détention où subsiste une population majoritairement précaire, avec peu de ressources sociales (Vanneste, 2014).

Aussi, cela démontre l'importance d'une collaboration avec le service socio-éducatif de la prison. Car ce sont eux les plus à même de prendre en charge cet aspect de la situation. C'est donc lors de colloques pluridisciplinaires que toutes ces perturbations pourront être identifiées avec les éléments apportés par les autres professionnels.

Ensuite, il y a « l'action » qui est considérée comme une suite de comportements individuels dans l'interaction entre les acteurs d'une situation (dans ce cas tous les professionnels impliqués, incluant le détenu). L'interaction engendre une réflexion. C'est

à dire que les acteurs de la situation réagissent (mentalement) en fonction de leurs perceptions qu'il se sont faites de l'autre. Les actions découleront de l'interaction et permettront de fixer des objectifs.

Le savoir esthétique est utilisé tout au long de la théorie de King. Il se définit par une appréciation profonde du sens de la situation (Carper, 1978). Nommé « art du soin », il fait référence à la maîtrise d'un savoir, d'un savoir-faire, d'un savoir être, ainsi qu'à l'expression de l'expérience et de son appréciation. Il s'acquiert par un travail rigoureux et inclut également l'habileté de soins techniques. Il est utile dans « l'action », car il fait appel aux expériences vécues et s'inspire de ces dernières pour agir. Chinn et Kramer (2004, 2008), ont écrit que le savoir esthétique est une utilisation inspirée des ressources personnelles permettant de faire émerger d'autres alternatives, par un recours à l'expérience. Ces auteures, situent ce savoir au-delà des gestes techniques. L'art se situe plutôt dans une performance habile qui s'exprime dans le mouvement et les paroles de l'infirmière et qui peut impliquer ou non la réalisation d'une procédure technique (Chinn & Kramer, 2004, 2008). Ce qui fait la force d'une équipe, c'est que chaque professionnel apporte ses propres connaissances et compétences en lien avec son expérience professionnelle et parfois personnelle. En prison, tout type de problème lié à la santé (psychique ou physique) peut être rencontré. En effet il ne s'agit pas d'un service hospitalier à proprement parler. Chacun peut donc y apporter son « art » et ainsi palier à une problématique. Cela fait appel à un des thèmes qui est « la connaissance de son propre rôle et celui des autres (limites/ responsabilité) ». Car il est aussi essentiel dans ce savoir de connaître ses limites et ainsi de pouvoir faire appel à la bonne personne.

Ce qui amène au prochain aspect qui est la définition des buts mutuels, les intervenants interagissent délibérément pour fixer des buts convenus d'un commun accord. La mise en place des objectifs est basée sur les perceptions, l'analyse et l'interaction entre les professionnels et le détenu. King (1981) a déclaré que la fixation et l'atteinte d'objectifs mutuels sont accomplies lorsque des personnes se réunissent dans un cadre pour aider à maintenir un état de santé permettant de fonctionner dans leurs rôles habituels.

Il est important dans cet aspect d'inclure la prise en compte du concept éthique de la situation. Dans la pratique, c'est surtout lors des colloques pluridisciplinaires que sont décidés les interventions qui seront mises en place et quel professionnel est le plus apte à le faire. Le modèle de Genève a vu naître le rôle d'infirmier coordinateur des soins (H. Wolff et al., 2019), qui est chargé de coordonner les soins à prodiguer aux détenus (appel des médecins, demande de consultation, planification des soins infirmiers de la journée, etc...). Qui pourra en dehors de colloque, faire appel à la bonne personne pour s'occuper d'une problématique.

Lors des entretiens individuels avec le détenu, l'infirmier peut aussi fixer des objectifs en partenariat ce dernier. Notamment lors de consultation pour les troubles de dépendance aux substances, d'éducation thérapeutique de maladie chronique telle que le diabète etc... L'infirmier peut aussi utiliser les ressources externes, telles que des spécialistes cliniques. Il peut les contacter et organiser des entretiens. Les vidéo-conférences sont un bon moyen de suppléer aux difficultés logistiques qui ont été citées dans le chapitre « analyse des résultats ». Effectivement, se rendre dans un centre de détention en tant qu'intervenant externe peut parfois s'avérer compliqué, pour les raisons énoncées plus haut. La nécessité d'un droit d'entrée, les horaires de visites, l'emplacement géographique de l'établissement en font partie. L'infirmier doit tout de même informer de cet entretien à l'administration du centre pénitentiaire et s'assurer que cette entrevue respecte le cadre de sécurité.

Un autre aspect ressorti de nos articles dans le thème de « La connaissance de son propre rôle et celui des autres (Limites/Responsabilité) » était la difficulté de mettre en place des processus standardisés dans le contexte carcéral. Au sein de l'établissement de Champ-Dollon, un questionnaire standardisé⁷ aide l'infirmier à effectuer son premier entretien d'entrée.

Pour citer les concepts généraux de King, d'un point de vue systémique, King (1981) a écrit que le premier système social est la famille. L'héritage biologique et le système social dans lequel un individu naît modifient, développent et influencent le comportement de la personne. Les valeurs, les coutumes et les mœurs de la communauté sont apprises dans le système dans lequel les gens sont socialisés. Les professionnels qui entrent dans une prison doivent apprendre les valeurs, les coutumes, les attitudes et les croyances de ce milieu particulier. Il est impératif d'apprendre qui a le pouvoir, l'autorité et le statut de décideur pour pouvoir aider les détenus et obtenir le soutien des autres professionnels de l'établissement (Laben et al., 1991).

Ainsi comme le cite Foster et al. (2013) cette notion de pouvoir découle du statut professionnel. Et selon la problématique observée, chaque professionnel est en mesure d'endosser ce statut de décideur. Lorsqu'il s'agit d'un problème de santé physique, il peut être décelé par l'agent de détention mais sera pris en charge par l'infirmière ou le médecin interne. Si c'est un problème d'ordre social, il peut être relevé par l'infirmière lors d'informations récoltées en entretien ou par l'agent de détention mais la personne apte à s'en occuper sera un travailleur social. Lors d'un problème lié à un risque d'insécurité le professionnel ayant un doute en fera part à un des agents de détention qui eux s'en chargeront.

⁷ Exemple disponible en annexe.

Cela démontre, la nécessité d'une bonne communication et promeut la richesse de plusieurs personnes compétentes dans leurs domaines afin de parvenir à une prise en charge globale de tous les aspects d'une situation.

Par la suite, concernant le système personnel d'après King (1971), dans la dimension du concept « Learning » en lien avec le savoir empirique. Il est important qu'un infirmier ait connaissance des bases de la psychologie du comportement, d'autant plus en milieu carcéral, car les professionnels sont confrontés à une population à haut risque de présenter des troubles du comportement. Concernant les connaissances scientifiques, l'infirmier est dans l'obligation de les connaître. Dans un de nos thème « Formations pour le milieu carcéral », des formations plus poussées en santé mentale, en communication, en gestion de conflits, en leadership... Sont recommandés non seulement au personnel soignant mais aussi aux autres groupes de professionnels exerçant en prison. Il est aussi suggéré que ces formations soient spécifiques au milieu carcéral. Car ce milieu représente un environnement à part entière tant il est particulier. À Genève, étant donné que l'infirmier a, entre autres, pour rôle de s'occuper des consultations de première ligne. Afin d'optimiser les pratiques, de renforcer les qualifications et d'actualiser les connaissances. Des cours théoriques et pratiques de soins de premiers recours sont organisés au sein des services de soins pénitentiaire (H. Wolff et al., 2019).

Selon King (1971), le système personnel est en éternel interaction avec le système interpersonnel. Pour citer un exemple, le concept « learning » se lie au concept de « communication » dans cet exemple : Avoir des connaissances suffisantes du système judiciaire est également important pour une personne exerçant en prison (*learnig*). Car cela permet aux professionnels de se familiariser avec le langage spécifique de la justice. Ce qui est indispensable dans la dimension de la communication de la théorie de King afin de pouvoir comprendre ce que les autres professionnels transmettent et ce que les détenus vivent (*communication*). Par exemple lorsqu'un détenu explique son parcours judiciaire, les modalités de sa peine... Il est encore une fois ici possible de faire le lien avec le thème « La connaissance de son propre rôle et celui des autres (limites/ responsabilité) ». Car en s'intéressant aux professionnels qui nous entourent, de leurs rôles et fonction, il est ainsi possible de mieux communiquer et de faire appels à ses derniers lorsque la situation le demande.

Toujours au sujet de la communication, étant donné que la théorie de King est basée sur l'interaction ainsi que sur la perception, l'empathie et l'observation sont aussi une aide pour une bonne communication. En effet, l'infirmier analyse, ressent et transmet sa

perception. Pourtant, en prison, l'infirmière n'est pas la personne qui est au plus près du détenu quotidiennement. Les agents de détention, entre autres, seront une aide majeure à l'analyse d'une situation pour l'infirmière. L'infirmier, quant à lui, peut être une ressource d'informations élémentaire pour d'autres professionnels tels que les médecins, les psychiatres, les agents de détention, les travailleurs sociaux...

Partant de ces postulats, King (1971) considère qu'une situation de soins infirmiers est conçue pour être l'environnement immédiat, la réalité spatiale et temporelle, dans laquelle l'infirmière et le patient établissent une relation dans le but de faire face aux problèmes de santé et de s'adapter à l'évolution des activités de la vie quotidienne, si la situation exige une adaptation (King, 1971, p. 89).

Par des échanges, l'infirmier est attentif à ce que le patient verbalise, observe son attitude et ressent d'une situation particulière.

Il a déjà été mentionné plusieurs fois dans ce travail combien la prison est un environnement particulier et l'enfermement une situation problématique. Ce qu'il semble important d'évoquer dans ce paragraphe, c'est la relation qu'un soignant doit créer avec le détenu. Dans leur article, Apa et coll. (2012) déclaraient que les prisonniers sont réticents à accorder leur confiance de crainte de ne pas être couvert par la confidentialité. Cela peut faire entrave à la création d'un lien entre le soignant et le détenu.

La confidentialité est dans l'intérêt de tous. Un détenu doit pouvoir se sentir libre de s'exprimer en toute confiance. En se sentant en confiance, par exemple, si la personne est malade, elle le signalera et pourra se faire traiter. Compte tenu de la proximité des détenus dans les prisons cela semble essentiel pour diminuer la transmission de certaines maladies.

De ce fait, les entretiens médicaux sont soumis au secret professionnel/médical. Exception faite lorsque le détenu déclare vouloir se faire du mal ou nuire à autrui et dans le cas d'une infection à une maladie infectieuse transmissible. Avant toute chose, le soignant peut tenter de discuter avec le détenu afin de comprendre et de résoudre le problème. Si cette tentative échoue, le médecin peut demander une levée du secret médical à une autorité cantonale Suisse (Art. 453 CC ; Art. 321 ch. 3 CP).

Ce secret professionnel, peut faire entrave à une bonne relation entre professionnel, comme cité dans notre thème « Coordination relationnelle ». En effet, le personnel pénitencier peut ne pas comprendre pourquoi certaines informations ne peuvent pas être révélées et ainsi se sentir mis à l'écart. Que ce soit en prison ou à l'extérieur la protection d'autrui prime sur le secret médical. Le professionnel est tenu d'en informer le détenu lors du premier entretien d'entrée (H. Wolff et al., 2019).

Cependant, le secret médical ne doit pas abîmer la relation entre les professionnels. Lors du « forum de la détention et de la probation » qui a eu lieu les 27 et 28 novembre 2019 à Berne, un atelier intitulé « Partenariat entre les équipes pénitentiaires et sanitaires : quels outils pour favoriser une collaboration constructive ? » s'est tenu, avec la présence de plusieurs professionnels du domaine carcéral (Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales [CSCSP], 2019).

Durant cet atelier, plusieurs éléments ont été abordés d'un le sujet du secret médical : Le secret médical n'est pas en soi un frein à la bonne collaboration pluridisciplinaire. En effet, la confiance mutuelle permet de travailler dans ce cadre.

Un autre point discuté a été de savoir si l'indépendance des soins permet d'affiner les outils de collaboration. Il ressort de la discussion que si « l'indépendance n'est pas une condition pour favoriser les échanges entre les partenaires elle ne représente en aucun cas un obstacle ». Ainsi que, continuant sur cette notion de secret médical « Ce qui importe, c'est de bien informer dès le début de la prise en charge les patients et les autres acteurs impliqués en clarifiant leur rôle et leurs responsabilités ».

À ce propos, il est fait mention de la notion de confiance partagée : « L 'objectif est de créer des espaces pluridisciplinaires où les personnes avec des rôles différents communiquent entre elles. L'idée est notamment de se mettre d'accord sur les informations à transmettre et de développer un langage commun » (Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales [CSCSP], 2019). Comme cité dans notre thème « coordination relationnelle », les relations professionnelles positives et entretenues favorisent une meilleure collaboration. Et de surcroit une meilleure prise en charge globale des détenus.

Ainsi, comme indiqué par Diane Golay dans ce même document, les espaces d'échanges pluridisciplinaire sont un moyen de favoriser la collaboration entre les différents professionnels et d'assurer une prise en charge globale et optimale.

Au demeurant, les soignants doivent être attentifs à ne pas dévoiler des informations soumises au secret médical/professionnel. Il est possible de demander au détenu, si cela va dans son intérêt, s'il est d'accord que le soignant partage certains éléments évoquer dans un entretien avec d'autres personnes.

5.1. Recommandations

Ce travail a fait émerger quelques recommandations qui peuvent être formulées pour le développement de la collaboration pluridisciplinaire en milieu carcéral. Ces recommandations sont formulées pour la pratique, pour la formation et pour la recherche.

5.1.1. Recommandations pour la pratique

Dans un premier temps, il est important de souligner que les gardiens de prison ont une relation privilégiée avec les détenus et peuvent être de véritables protecteurs de la santé mentale des détenus, de même qu'ils peuvent avoir un rôle d'observateur dans ces situations (Foster et al., 2013; Hean et al., 2016). Il semble donc très utile de promouvoir ce rôle auprès de ces professionnels, et de reconnaître à juste titre leur implication quotidienne auprès des détenus, notamment en prenant en compte leurs impressions et sensations. Ceci est particulièrement valable pour le personnel de soins, qui se doit de collaborer de manière efficace avec les gardiens. À Genève, par exemple, il existe un colloque hebdomadaire entre les différents acteurs du milieu carcéral (gardiens, soignants, service de probation et d'insertion [SPI], service d'application des peines et mesures [SAPEM]), en plus d'autres réunions, dont certaines plus informelles.

Le but ici est de rappeler que l'un des piliers de l'efficacité de la collaboration est la capacité à communiquer des membres d'une équipe (Beaumont et al., 2011; Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales [CSCSP], 2019). Secondement, il semble important de rappeler les recommandations internationales rappelées lors du forum de la détention et de la probation de 2019 (Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales [CSCSP], 2019), qui rappellent que « la médecine pénitentiaire [devrait être] confiée au ministère de la santé, et non de la justice », avançant ainsi les arguments de qualité des soins, d'accès aux soins, de confiance et de confidentialité, ainsi que l'équivalence des soins par rapport au milieu libre. Ainsi, bien que ce soit le cas à Genève, où le personnel médical dépend des HUG, en Suisse, cela représente une minorité à l'échelle nationale (seuls 6 cantons fonctionnent avec ce même principe).

Enfin, l'un des éléments-clés d'une bonne collaboration pluridisciplinaire est la connaissance des différentes professions impliquées, à savoir en l'occurrence, les infirmiers et les gardiens ; ce que Beaumont et al. (2011) précise en parlant de partage des responsabilités, des ressources et de confiance mutuelle. Ainsi, il apparaît certain que la collaboration pluridisciplinaire requière une vision et la conscience d'un but commun, ici les détenus.

« Un travail multidisciplinaire véritable et efficace ne consiste pas en une équipe de professionnels de la santé dirigée par un médecin : il s'agit d'un groupe de professionnels travaillant ensemble et partageant leurs connaissances et leurs compétences. L'équité et l'égalité sont primordiales et aucun professionnel ne doit dominer » (Norman & Parrish, 2000).

Cette citation permet de rappeler l'importance de la parité en matière de discussion, de responsabilité et de prise de décision, également valorisée par Beaumont et al. (2011), soit la nécessité d'écouter chaque membre de l'équipe et de ne pas déséquilibrer le groupe de travail en imposant une hiérarchie décisionnelle qui ne tienne pas compte des fruits de la collaboration entre les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, l'application de la théorie de la coordination relationnelle (Bond & Gittel, 2010; Gittel, 2011; Hean et al., 2017) apparaît comme une solution pour favoriser la collaboration pluridisciplinaire, y compris en milieu carcéral.

5.1.2. Recommandations pour la formation

En termes de formation continue, il semble utile à chaque profession d'expérimenter une journée « dans les bottes de » afin de mieux découvrir et comprendre le cahier des charges de chacun. Ainsi, tous seront plus conscients de la réalité de l'Autre et pourront mieux appréhender les futures occasions de collaboration.

Concernant les gardiens, Foster et al. (2013) a proposé que les gardiens puissent suivre une formation pour améliorer leurs compétences médicales, notamment en leur offrant la possibilité de réaliser divers actes, tels que la prise de paramètres vitaux, réalisation de gestes de premier secours en attendant l'arrivée de renforts médicalisés.

Dans le domaine de la formation initiale, il semble important de familiariser l'ensemble des professionnels à l'importance et aux bénéfices de la collaboration pluridisciplinaire, notamment dans son volet volontaire (Beaumont et al., 2011).

Enfin, concernant la formation d'infirmier, un volet de la formation dispensée en santé mentale et psychiatrie pourrait être dévolu à la population carcérale, en tant que population spécifique et distincte de la population générale.

5.1.3. Recommandations pour la recherche

En suivant les recommandations formulées par Apa et coll. (2012), 3 « composants clés » sont nécessaire à la conduite d'une étude en milieu carcéral. Bien que la population carcérale soit très peu étudiée (Chabbal, 2016; Shelton, 2009), il semble important de rappeler que la population carcérale reste extrêmement vulnérable. Ce faisant, il semble primordial d'accroître le niveau de connaissances scientifiques vis-à-

vis de cette population, notamment au travers d'études descriptives, ayant comme but de comprendre l'impact d'une bonne collaboration pluridisciplinaire sur la vie quotidienne des détenus. Il semble également important d'être à l'écoute des besoins des détenus, afin de limiter l'impact négatif sur leur situation.

6. CONCLUSION

6.1. Apports et limites du travail

6.1.1. Apport du travail

L'apport principal de ce travail est sans doute l'emphase qui a été mise sur l'importance des éléments qui contribuent à une bonne collaboration pluridisciplinaire. Sans une bonne collaboration pluridisciplinaire, on perd beaucoup de qualité dans le travail, et dans un milieu de soins, cela a inmanquablement des conséquences sur les personnes soignées. En effet, négliger l'apport que représente la perception d'un autre professionnel, c'est négliger toute une partie de la personne soignée.

Le second apport de ce travail est certainement la confirmation du rôle propre et essentiel que joue l'infirmier en milieu carcéral. Le rôle de coordinateur des soins représente un véritable pilier de l'institution carcérale, aux côtés de la sécurité et du social, et ce rôle doit être reconnu, valorisé et étendu à d'autres structures pénitentiaires.

6.1.2. Limites du travail

Ce travail comporte néanmoins quelques limites. En effet, comme dans l'ensemble des recherches qualitatives, il est difficile de théoriser une transposition dans un autre environnement, chacun étant différent des autres. Ainsi, la question peut se poser d'une généralisation à la population carcérale nationale, voire internationale. Cependant, un autre aspect à considérer est les différences entre systèmes politiques d'un pays à l'autre. Les lois sont propres à chaque pays, mais les recommandations internationales devraient être appliquées partout.

Enfin, la prison est milieu très fermé et très difficile d'accès pour obtenir des informations. Ainsi, sans les communications personnelles qui ont été présentées dans ce travail, il aurait été tout simplement impossible d'être suffisamment précis pour aboutir à un travail de bonne qualité. Il faut donc considérer les recommandations en termes de recherche en milieu carcéral, et débiter tout protocole de recherche par la création de liens professionnels forts afin de se prémunir de ces difficultés.

7. RÉFÉRENCES

- Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM]. (2018). *Exercice de la médecine auprès de personnes détenues*. https://www.samw.ch/dam/jcr:0957bb1b-dd74-4f3d-86d1-d5b452f8f611/directives_assm_personnes_detenues.pdf
- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ]. (2013). *Pocket Guide TeamSTEPPS 2.0*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pocketguide.pdf>
- Akkerman, S. F., & Bakker, A. (2011). Boundary Crossing and Boundary Objects. *Review of Educational Research*, 81(2), 132-169. <https://doi.org/10.3102/0034654311404435>
- Apa, Z. L., Bai, R., Mukherejee, D. V., Herzig, C. T. A., Koenigsmann, C., Lowy, F. D., & Larson, E. L. (2012). Challenges and Strategies for Research in Prisons. *Public Health Nursing*, 29(5), 467-472. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2012.01027.x>
- Beaumont, C., Lavoie, J., & Couture, C. (2011). *Les pratiques collaboratives en milieu scolaire : Cadre de référence pour soutenir la formation*. https://crires.ulaval.ca/sites/default/files/guide_sec_nouvelle_version.pdf
- Bond, B. J., & Gittell, J. H. (2010). Cross-agency coordination of offender reentry : Testing collaboration outcomes. *Journal of Criminal Justice*, 38(2), 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.icrimjus.2010.02.003>
- Bradley, K. (2009). *The Bradley Report* (p. 173). Department of Health. <https://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/The%20Bradley%20report.pdf>
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A., & Chioreso, C. (2014). A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 393-399. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.906391>
- Brooker, C., & Gojkovic, D. (2009). The second national survey of mental health in-reach services in prisons. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(sup1), S11-S28. <https://doi.org/10.1080/14789940802638325>
- Carper, B. A. (1978). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing: *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>

- Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales [CSCSP].
(2019). *Résumé des ateliers*.
https://www.skjv.ch/sites/default/files/documents/Zusammenfassung%20Workshops_F_R.pdf
- Chabbal, J. (2016). *Changer la prison : Rôles et enjeux parlementaires*. Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.73701>
- Chinn, P., & Kramer, M. (2004). *Integrated knowledge development in nursing* (6. ed). Mosby.
- Chinn, P., & Kramer, M. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7. ed). Mosby.
- Code Civil Suisse du 10 décembre 1907 (=CC ; RS 210 ; état le 1^{er} janvier 2021).
- Code de Procédure Pénale du 5 octobre 2007 (=CPP ; RS 312.0 ; état le 1^{er} juillet 2021).
- Code Pénal Suisse du 21 décembre 1937 (=CP ; RS 311.0 ; état le 1^{er} juillet 2021). s
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [CPT]. (1992). *Services de santé dans les prisons*. Conseil de l'Europe.
<https://rm.coe.int/16806ce944>
- Commission des droits de l'Homme de l'Ordre des avocats de Genève. (2015). *Vade mecum—Conditions de détention et mauvais traitements*.
https://www.odage.ch/medias/commissions/documents/Droits%20de%20l'Homme/Vade_mecum_Conditions_d%C3%A9tention_et_mauvais_traitements.pdf
- Conseil de l'Europe & Comité des ministres. (2006). *Règles pénitentiaires européennes*. Editions du Conseil de l'Europe. <https://rm.coe.int/16806ab9b6>
- Easley, C. E. (2011). Together we can make a difference: The case for transnational action for improved health in prisons. *Public Health*, 125(10), 675-679.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.09.012>
- Fawcett, J. (2017). *Applying conceptual models of nursing: Quality improvement, research, and practice*. Springer Publishing Company.
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. F.A. Davis Co.

- Fewster-Thuente, L., & Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40-48.
<https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61>
- Fondation Romande de détention LMC. (2004). *Concept de l'établissement concordataire de détention administrative de Frambois*. <http://www.cldjp.ch/wp-content/uploads/2016/06/concept-frambois-040408.pdf>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.
- Foster, J., Bell, L., & Jayasinghe, N. (2013). Care control and collaborative working in a prison hospital. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), 184-190.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730073>
- Gittel, J. H. (2011). *Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis*. https://www.researchgate.net/profile/Carmen-De-Pablos-Heredero/publication/269772701_Relational_coordination_and_healthcare_management_in_lung_cancer/links/55f87ec708aec948c47f41a3/Relational-coordination-and-healthcare-management-in-lung-cancer.pdf
- Goffman, E., & Castel, R. (2013). *Asiles: Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus* (L. Lainé, Trad.). Les éditions de minuit.
- Haute École de Santé [HEdS], & Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2021). *CAS en psychiatrie clinique*. https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/formation/brochure/cas_das Psy clinique_sans_date-v5.pdf
- Hean, S., Ødegård, A., & Willumsen, E. (2017). Improving collaboration between professionals supporting mentally ill offenders. *International Journal of Prisoner Health*, 13(2), 91-104. <https://doi.org/10.1108/IJPH-12-2016-0072>
- Hean, S., Willumsen, E., & Ødegård, A. (2016). Collaborative practices between correctional and mental health services in Norway: Expanding the roles and responsibility competence domain. *Journal of Interprofessional Care*, 31(1), 18-27.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1233392>

- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2016a, avril 18). *Équipe mobile de soins pénitentiaires*. <https://www.hug.ch/medecine-penitentiaire/equipe-mobile-de-soins-penitentiaires>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2016b, avril 18). *Unité cellulaire hospitalière (UCH)*. <https://www.hug.ch/medecine-penitentiaire/unite-cellulaire-hospitaliere-uch>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2019a, janvier 29). *Principes fondamentaux de la médecine en milieu pénitentiaire*. <https://www.hug.ch/medecine-penitentiaire/principes-et-regles>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2019b, janvier 29). *Unité médicale de la prison de Champ-Dollon*. <https://www.hug.ch/medecine-penitentiaire/unite-medecale-de-la-prison-de-champ-dollon>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2019c, décembre 16). *Médecine pénitentiaire*. <https://www.hug.ch/medecine-penitentiaire>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (2020, janvier 3). *La charte du patient*. <https://www.hug.ch/la-charte-du-patient>
- Hospice général. (s.d.). *Service de probation et d'insertion*. <http://www.hospicegeneral.ch/fr/service-de-probation-et-dinsertion>
- Interprofessionnal Education Collaborative. (2021). *IPEC - Connecting health professions for better care*. <https://www.ipeccollaborative.org/about-us>
- Jacob, J. D. (2014). Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20(1), 45-58. <https://doi.org/10.1177/1078345813505444>
- Kettles, A., Peternelj-Taylor, C., Woods, P., Hufft, A., Van Erven, T., Martin, H., Donisch-Siedel, U., Kuppen, A., Holmes, C., Almvik, R., Hatling, T., & Robinson, D. (2001). Forensic nursing : A global perspective. *The British Journal of Forensic Practice*, 3(2), 29-41. <https://doi.org/10.1108/14636646200100012>
- King, I. M. (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior*. Wiley.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. Delmar.

- King, I. M. (1992). King's Theory of Goal Attainment. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 19-26.
<https://doi.org/10.1177/089431849200500107>
- Krug, E. G., & Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (Éds.). (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Laben, J. K., Dodd, D., & Sneed, L. (1991). King's theory of goal attainment applied in group therapy for inpatient juvenile sexual offenders, maximum security state offenders, and community parolees, using visual aids. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(1), 51-64.
<https://doi.org/10.3109/01612849109058209>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Collaborer - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 21 mai 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140>
- L'auditoire. (2019, mars). La prison démystifiée—Briser les chaînes des idées reçues. 249.
<https://lauditoire.ch/journaux/249/>
- Loi fédérale du 20 juin 2003 régissant la condition pénale des mineurs (=DPMIn ; RS 311.1 ; état le 1^{er} juillet 2019).
- Loi fédérale du 20 mars 2009 sur la procédure pénale applicable aux mineurs (=PPMin ; RS 312.1 ; état le 1^{er} janvier 2015).
- Louvel, S. (2015). Ce que l'interdisciplinarité fait aux disciplines: Une enquête sur la nanomédecine en France et en Californie. *Revue française de sociologie*, 56(1), 75.
<https://doi.org/10.3917/rfs.561.0075>
- Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work*. Mosby/Elsevier.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5^e éd.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Moschetti, K., Zabrodina, V., Stadelmann, P., Wangmo, T., Holly, A., Wasserfallen, J.-B., Elger, B. S., & Gravier, B. (2017). Exploring differences in healthcare utilization of prisoners in the Canton of Vaud, Switzerland. *PLoS One*, 12(10), e0187255.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187255>

- Neri, C., & Needham, I. (2015). La santé mentale des personnes incarcérées et leur perception du stress. *European Psychiatry*, 30(S2), S138-S138.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.272>
- Norman, A., & Parrish, A. A. (2000). The prison healthcare service: A workforce committed to change. *British Journal of Nursing*, 9(17), 1186-1188.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2000.9.17.5471>
- Office cantonal de la détention. (s.d). *Office cantonal de la détention*.
<https://www.ge.ch/organisation/office-cantonal-detention>
- Office Fédéral de la Justice [OFJ]. (2015). *Informations sur l'exécution des peines et mesures* 1/2015. <https://www.bj.admin.ch/dam/bj/fr/data/sicherheit/smv/smvbulletin/2015/ib-1501-f.pdf.download.pdf/ib-1501-f.pdf>
- Office Fédéral de la Justice [OFJ]. (2018). *#Prison-info* 2/2018.
<https://www.bj.admin.ch/dam/bj/fr/data/sicherheit/smv/prison-info/2018/2018-02-f.pdf.download.pdf/2018-02-f.pdf>
- Office Fédéral de la Justice [OFJ]. (2019). *#Prison-info* 2/2019.
<https://www.bj.admin.ch/dam/bj/fr/data/sicherheit/smv/prison-info/2019/2019-02-f.pdf.download.pdf/2019-02-f.pdf>
- Office Fédéral de la Statistique [OFS]. (2020). *Catalogue des Établissements pénitentiaires* (p. 41). Office Fédéral de la Statistique.
<https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/12687484/master>
- Office Fédéral de la Statistique [OFS]. (2021). *Établissements pénitentiaires*.
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/justizvollzug/justizvollzugseinrichtungen.html>
- Organisation des Nations Unies [ONU]. (1948). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf
- Organisation des Nations Unies [ONU]. (2015). *Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus*.

- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2005). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. Chenelière éducation.
- Raccaud, Y., & Nieuwe Weme, T. (2019, mars). Des prisons dorées ? *L'auditoire*, 8.
- Relational Coordination Collaborative [RCC]. (2021). *What is RC?* Relational Coordination Collaborative. <https://relationalcoordination.org/what-is-rc/>
- Règlement genevois du 30 septembre 1985 sur le régime intérieur de la prison et le statut des personnes incarcérées (= RRIP/GE ; RS/GE F 1 50.04 ; état le 1^{er} janvier 2018).
- République et Canton de Genève. (s.d.). *Filière pénale*. <https://justice.ge.ch/fr/contenu/filiere-penale>
- Sanson, K. (2006). Pluridisciplinarité : Intérêt et conditions d'un travail de partenariat. *Le Journal des psychologues*, 242(9), 24. <https://doi.org/10.3917/jdp.242.0024>
- Shelton, D. (2009). Forensic nursing in secure environments. *Journal of Forensic Nursing*, 5(3), 131-142. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01046.x>
- Sieloff Evans, C. (1991). *Imogene King: A Conceptual Framework for Nursing*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483325859>
- Sprumont, D., Schaffter, Gaël, Hostettler, Ueli, Richter, Marina, & Perrenoud, Jean. (2009). *Pratique médicale en milieu de détention*. (p. 87). Institut de droit de la santé. https://www.researchgate.net/publication/281004306_Pratique_medicale_en_milieu_de_detention_Effectivite_des_directives_de_l%27Academie_suisse_des_sciences_medicales_sur_l%27exercice_de_la_medicine_aupres_de_personnes_detenues_Synthese
- Staines, A., Baralon, C., & Farin, A. (2016). *TeamSTEPPS : des outils de travail en équipe pour la sécurité des patients*. 6.
- Université de Genève [UNIGE]. (2018, mai 16). *CAS - Santé en milieu pénitentiaire*. <https://www.unige.ch/formcont/cours/formationpenitentiaire>
- Vanneste, C. (2014). Pauvreté, précarité et prison : Des liens de proximité inéluctables ? *Spécificités*, 6(1), 202. <https://doi.org/10.3917/spec.006.0202>

- Walsh, E., Forsyth, K., Senior, J., O'Hara, K., & Shaw, J. (2014). Undertaking action research in prison: Developing the Older prisoner Health and Social Care Assessment and Plan. *Action Research*, 12(2), 136-150. <https://doi.org/10.1177/1476750314524006>
- Watson, R., Stimpson, A., & Hostick, T. (2004). Prison health care: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 119-128. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00128-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00128-7)
- Williams, L. A. (2001). Imogene King's Interacting Systems Theory: Application in Emergency and Rural Nursing. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 2(1), 40-50. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v2i1.477>
- Wolff, H., Niveau, G., & Golay, D. (2019). *Santé en prison*. RMS Ed.
- Wolff, N. (2002). (New) public management of mentally disordered offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(5), 427-444. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00099-1)
- Young, S., Gudjonsson, G. H., Needham-Bennett, H., & Chick, K. (2009). Service audit of a forensic rehabilitation ward. *Medicine, Science and the Law*, 49(4), 291-297. <https://doi.org/10.1258/rsmmsl.49.4.291>
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD000072.pub2). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>

8. ANNEXES

Annexe I : équations de recherche

Base de données et date de la recherche	Équation de recherche	Filtres appliqués	Retenus selon titre significatif + abstract + lecture
Pubmed Février 2021	Collaboration AND Relational coordination AND prison	Aucun filtre	N= 3
	Criminal justice AND offenders AND prison AND collaborative practices	Aucun filtre	N =1
	Prisons AND Prisoners AND Health AND Nursing AND partnership	Aucun filtre	N=2
	Prison AND collaboration AND challenges AND strategies	Articles de moins de 10 ans	N= 1

Tableau 4 Équations de recherche utilisées pour la recherche documentaire

Annexe II : Exemple de bilan infirmier d'entrée en détention (tiré de H. Wolff et al., 2019, pp. 260-262)

NOM : Prénom : Né(e) le :	Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	Vu(e) le : Par : Signature :
--	--	---

1. Informations sociales				Remarques	
1.1	Nationalité				
1.2	Langue parlée				
1.3	Etat civil : _ _ _ _ _				
1.4	Avez-vous déjà été incarcéré(e) ?	Oui	Non	Où ?	
1.5	Avez-vous des enfants ?	Oui	Non	Combien ?	Qui s'en occupe ?
1.6	Avez-vous une activité professionnelle ?	Oui	Non	Laquelle ?	Actuellement ?

2. Auto-évaluation	
2.1	Dans l'ensemble, comment jugez-vous votre santé <u>au cours des deux dernières semaines</u> ? <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Très bonne <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Très mauvaise <input type="checkbox"/> Pas de réponse

3.a. Santé physique				Remarques	
3.1	Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	Oui	Non	Laquelle ?	
3.2	Avez-vous de l'asthme ?	Oui	Non	Traitement ?	
3.3	Vous sentez-vous actuellement malade ou avez-vous des douleurs ?	Oui	Non	De quelle partie du corps ? Est-ce suite à un accident ?	
3.4	Avez-vous des allergies ? (aliments, médicaments, pollens, etc.)	Oui	Non	À quoi ? Qu'est-ce que ça vous fait ?	
3.b. Santé femmes					
3.5	<i>Si <50 ans</i> Avez-vous des règles régulières ?	Oui	Non	Date des dernières règles ? _ _ _ _	
3.6	<i>Si <50 ans</i> Êtes-vous enceinte ?	Oui	Non	Depuis quand ?	

4. Dépistage de la tuberculose				Remarques	
4.1A	Toussez-vous depuis plus de 2 semaines ?	Oui(4pt)	Non(0pt)		
4.1B	Si oui : crachez-vous (lors de la toux) ?	Oui(2pt)	Non(0pt)		
4.2	Avez-vous perdu du poids lors de ces 3 derniers mois ?	Oui(1pt)	Non(0pt)	Estimation nombre de kg perdus ? _ _ _	
4.3	Est-ce que vous transpirez beaucoup la nuit ?	Oui(1pt)	Non(0pt)		
<i>Uniquement si questions(s) 4.1A et/ou 4.2 et/ou 4.3 positive(s), répondre aux questions 4.4 à 4.9</i>					
4.4	Avez-vous été traité contre la tuberculose ?	Oui(1pt)	Non(0pt)	Quand ? _ _ _ _ _ Durée ? _ _ _ _ _	
4.5	Une personne de votre famille proche/entourage a-t-elle eu la tuberculose ?	Oui(1pt)	Non(0pt)	Qui ? _ _ _ _ _ Quand ? _ _ _ _ _	
4.6	Actuellement, vous sentez-vous malade ?	Oui(3pt)	Non(0pt)		
4.7	Impression de l'infirmier (ou du médecin)	Mauvaise santé(3pt)	Non(0pt)		
4.8	Quel est votre pays d'origine			=> _ _ pts	
4.9	Score TBC active: addition points 4.1=>4.8			_ _ _ pts	Attitude (cf. algorithme) : _ _ _ _ _

5. Santé mentale				Remarques	
5.1	Avez-vous un problème psychologique, psychiatrique connu ?	Oui	Non		
5.2	Avez-vous déjà été soigné(e) par un psychiatre ou un psychologue ?	Oui	Non	Quand ? Où ? Son nom ?	
5.3	Avez-vous reçu des médicaments pour cela ?	Oui	Non	Lesquels ?	
5.4	Avez-vous été hospitalisé(e) pour cela ?	Oui	Non	Quand ? Où ?	
5.5	Vous sentez-vous très tendu(e), angoissé(e), triste ?	Oui	Non		
5.6	Actuellement, avez-vous des idées suicidaires ?	Oui	Non		
5.7	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	Oui	Non		
5.8	Durant l'année écoulée, vous est-il arrivé de vous faire du mal physiquement ?	Oui	Non		

6. Violences				Remarques
6.1	Avez-vous récemment subi des violences ?	Oui	Non	
6.2	Si oui, faire préciser par qui ?	Police, convoyeur, gardien, famille, entourage ...		
6.3	Avez-vous eu récemment des comportements violents ?	Oui	Non	Quand ? Lesquels ?
6.4	Dans votre passé, avez-vous vécu des violences qui vous font souffrir encore aujourd'hui ?	Oui	Non	Si oui, lesquelles ? Aimeriez-vous en parler avec un soignant ?
7. Abus de substances				Remarques
Tabac - cannabis				
7.1	Fumez-vous au moins 1 cigarette /jour ?	Oui	Non	Combien ?
7.2	Avez-vous déjà pensé à arrêter de fumer ? Essayé ?	Oui	Non	
7.3	En liberté, prenez-vous du cannabis au moins 2x/sem. ?	Oui	Non	Combien ? Quand pour la dernière fois ?
Alcool : questionnaire AUDIT-C				
7.4	A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l' alcool ? - Jamais (0pt) - ≤1x/mois (1pt) - ≤2-4x/mois (2pt) - ≤2-3x/sem (3pt) - ≥4x/sem(4pt)			
7.5	En général, combien de verres buvez-vous les jours où vous buvez de l'alcool ? - 1-2 (0pt) - 3-4 (1pt) - 5-6 (2pt) - 7-9 (3pt) - 10 ou plus (4pt)			
7.6	Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire 6 verres ou plus ? - Jamais (0pt) - <1x/mois (1pt) - 1x/mois (2pt) - 1x/sem (3pt) - >1x/sem(4pt)			
7.7A	Consommation excessive ? (≥4pt ≥5pt)	Oui	Non	
7.7B	Si buveur excessif : quand avez-vous bu de l'alcool pour la dernière fois ?			
Cocaïne – opiacés – benzodiazépines – autres ; comorbidités				
7.8A	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de la cocaïne ?	Oui	Non	Comment ? (Sniffée, fumée/basée, injectée)
7.8B	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
7.9A	Dans votre vie, avez-vous déjà consommé de l' héroïne ou de la méthadone au noir ?	Oui	Non	Comment ? (Sniffée, fumée/basée, injectée)
7.9B	En avez-vous consommé durant les 30 derniers jours ?	Oui	Non	Quand pour la dernière fois ?
Si injection , donner information brève sur le programme d'échange de seringues (PES). Réalisé ?		Oui	Non	
Un kit d'injection sera remis au patient ?		Oui	Non	À quel moment ?
7.10	Avez-vous reçu un traitement de méthadone ou une autre substitution ?	Oui	Non	Jusqu'à quand ? Par qui ? OK pour contact ? (DÉLIÉ !)
7.11	En liberté, prenez-vous régulièrement des médicaments calmants (BZD) <u>sans</u> suivi médical ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?
7.12	En liberté, consommez-vous régulièrement d'autres produits ?	Oui	Non	Quel type ? Combien ?
7.13	Avez-vous bénéficié d'un test de dépistage pour les hépatites et le VIH ?	Oui	Non	Quand ? Où ? OK pour copie de résultat ? (DÉLIÉ !)
8. Prévention/Vaccinations				Remarques
8.1	Aimeriez-vous que nous complétions vos vaccinations pendant votre séjour ?	Oui	Non	Carnet vaccination ?
8.2	Êtes-vous vacciné contre l'hépatite B ?	Oui	Non	Ne sait pas
9. Médication quotidienne				
9.1	Avez-vous pris/reçu ce qu'il vous fait pour aujourd'hui ?	Oui	Non	
9.2	Vos médicaments sont-ils dans vos bagages ?	Oui	Non	
10. Suivi médical				
10.1	Êtes-vous suivi pour votre santé en liberté ?	Oui	Non	Par qui ? Où ?
10.2	Nous autorisez-vous à le/la/les contacter pour compléter les informations ?	Oui	Non	DÉLIÉ !

