

Institut de Formation en Soins Infirmiers du C.H.U. de Nantes

**Sophie Ramahavita**

Promotion 2004-2007

**LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ  
EN PRISON**

Travail Ecrit de Fin d'Etudes

Diplôme d'Etat

Janvier 2007

**Un grand merci...**

A ma famille, qui m'a soutenue, écoutée, lue, corrigée, critiquée, surtout ces derniers mois.

A Françoise Crossin et Chantal Butstraen pour leur accompagnement.

A tous les professionnels qui ont répondu à mes questions.

*" Prendre soin dans le monde...  
prendre soin du monde, de tout ce qu'il contient et qui le constitue.  
Quelle prodigieuse intention !  
Car il s'agit bien d'une intention, d'une volonté, d'un parti pris.  
Dans notre relation au monde, rien ne va de soi : il faut y mettre du sien."*

**Marc Hees, sociologue**

cité par Walter Hesbeen, dans son livre "Travail écrit de fin d'études, travail d'humanité", p34

# SOMMAIRE

---

<b>LE GLOSSAIRE.....</b>	<b>P 2</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>P 3</b>
<b>2. LA SITUATION CLINIQUE.....</b>	<b>P 4</b>
<b>3. LES APPROCHES THÉORIQUES.....</b>	<b>P 6</b>
<b>1. LA PRISON</b>	
<b>2. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES</b>	
<b>3. LA PROFESSION INFIRMIÈRE</b>	
<b>4. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ EN PRISON.....</b>	<b>P 14</b>
<b>1. DÉFINITION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ</b>	
<b>2. LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE</b>	
<b>3. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES AUTOUR DE LA RELATION     SOIGNANT-SOIGNÉ EN PRISON</b>	
<b>3.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'INFIRMIÈRE         la prison, le lieu de soin, la sécurité, le détenu et le statut de patient</b>	
<b>3.2 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU DÉTENU         la prison, le lieu de soin, la sécurité, les infirmières et le statut de patient</b>	
<b>4. L'INFLUENCE DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES</b>	
<b>5. PROBLÉMATIQUE ET PERSPECTIVES DE RECHERCHES.....</b>	<b>P 22</b>
<b>6. CONCLUSION.....</b>	<b>P 25</b>
<b>LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>P 26</b>
<b>LES ANNEXES</b>	

## LE GLOSSAIRE

---

A.D.S.P. : Actualité et Dossiers en Santé Publique

A.S.C.I.S.M. : ASsociation des Cadres et Infirmiers en Santé Mentale

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

C.I.I. : Conseil International des Infirmières

C.N.R.S. : Centre National de Recherche Scientifique

D.E.C.L.I.C. : Developpement d'un Espace de Communication pour Les Infirmiers Cadres

E.N.S.P. : Ecole Nationale de Santé Publique

G.I.P. : Groupe d'Intérêt Public

H.C.S.P. : Haut Comité de Santé Publique

I.C.N. : International Council of Nurses

I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers

L.D.H. : Ligue des Droits de l'Homme

O.I.P. : Observatoire International des Prisons

S.E.R.P.S.Y. : Soins, Etudes et Recherches en PSYchiatry

S.M.P.R. : Service Médico-Psychologique Régional

U.C.S.A. : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

U.H.S.A. : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

U.H.S.I. : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

# 1. INTRODUCTION

---

## **J'ai orienté mon choix sur l'influence des représentations sociales sur la relation soignant-soigné en prison.**

Lors d'un stage en milieu carcéral, une situation m'a profondément interpellée. Elle montrait toute la complexité de la profession infirmière, et surtout la difficulté de concilier sentiments personnels et valeurs professionnelles lors des soins. Je décrirai cette situation dans une première partie.

Dans un deuxième temps, je poserai les cadres théoriques. D'abord, j'aborderai la prison, qui est un monde à part, malconnu de notre société qui, pourtant, ne sait se passer de ce moyen d'appliquer ses propres règles. Puis, je traiterai des représentations sociales et de leur influence sur la vie de chacun d'entre nous, en tant qu'êtres appartenant à une société. Enfin, je définirai la profession infirmière avec, notamment, son cadre législatif permettant l'entrée des soignants en prison, avec la loi du 18 janvier 1994.

Ensuite, dans un troisième volet, je présenterai la relation soignant-soigné en prison. Premièrement, je définirais la relation soignant-soigné. Puis, j'analyserai le rôle de l'infirmière qui doit créer une relation de soin avec un détenu. Ensuite, je réfléchirai sur les représentations sociales des points de vue de l'infirmière et du détenu, en regard de la prison, du lieu de soin, de la sécurité, du détenu ou de l'infirmière et du statut de patient en prison. Puis, j'expliquerai l'importance pour l'infirmière de reconnaître leur influence sur la relation d'aide qu'elle met en place.

Enfin, dans une quatrième partie, je vous ferai part de la problématique que j'ai suivie tout au long de cette réflexion et je développerais les perspectives que cela m'a ouvert.

Finalement, je concluerai ce travail en mettant notamment en relief la dynamique de mon futur exercice professionnel.

## 2. LA SITUATION CLINIQUE

---

Lors de ma deuxième année de formation à l'I.F.S.I., j'ai effectué un stage de psychiatrie dans un centre de détention.

J'appréhendais beaucoup ce stage, n'ayant aucune connaissance du milieu carcéral. J'avais un fort sentiment de curiosité, mêlé de peur. Je me demandais comment j'allais pouvoir prendre en charge des personnes qui avaient enfreint la loi, avec tous les jugements que la vie sociale m'avait inculquée. Je pensais ne pas pouvoir regarder, ni parler avec un pédophile ou un meurtrier, sans voir au-delà de son acte. J'étais dans une situation dichotomique, entre jugements sociaux et empathie infirmière, mais, j'allais devoir prendre soin de ces personnes, malgré leur statut carcéral.

La première semaine, j'ai beaucoup observé les entretiens infirmiers avec les détenus venant d'arriver au centre de détention : je les ai entendu raconter leur histoires, revenir sur les faits qui les avaient conduits devant la justice, expliquer leurs difficultés en prison. Les infirmières<sup>1</sup> les écoutaient avec une grande attention, sans émettre de jugement.

Au premier abord, j'ai ressenti un malaise, une difficulté à entrer en communication avec eux. Puis, lors d'une activité dessin, j'ai été amenée à m'asseoir près d'un détenu hospitalisé dans l'unité et dont je connaissais le motif d'incarcération (meurtre). Je n'étais absolument pas à l'aise, malgré ce qu'avaient pu me dire les infirmières. Pendant la médiation, j'ai tenté de cacher ma peur, je l'observais avec attention, cherchant le moindre signe qui trahirait son motif d'emprisonnement ou une agressivité montante...il a tranquillement dessiné à côté de moi, pendant toute l'heure de médiation.

Par la suite, j'ai participé à de nombreux entretiens avec des personnes condamnées pour pédophilie, meurtres, trafics de stupéfiants, braquages de banque...

Au début, je ne me suis même pas rendue compte que je leur parlais comme à d'autres patients... En effet, en quelques jours, cette désagréable sensation de méfiance s'était atténuée. Quand je m'en suis aperçue, cela m'a surprise puis gênée : j'étais mal à l'aise avec ce que je ressentais. Je ne m'étais pas préparée à avoir ce genre de réactions.

Je me suis posée beaucoup de questions, dont deux qui m'ont particulièrement affectée : « Comment pouvais-je prendre en charge un violeur, par exemple, en l'abordant comme je l'aurais fait s'il avait été un patient lambda dans un service hospitalier ? », « Comment

---

<sup>1</sup> Lire à chaque fois : infirmier et infirmière

pouvais-je avoir des jugements le soir devant le journal télévisé sur une affaire de viol et être empathique le lendemain lors d'un entretien avec une personne condamnée pour de ce genre d'acte ? »... Autant de réflexions personnelles qui remettaient en question ma neutralité professionnelle.

Par conséquent, ce que j'aimerais comprendre à travers ce travail de réflexion est la façon dont une relation de soin peut s'établir entre l'infirmière et le détenu au regard des différentes représentations sociales de l'une et l'autre. L'axe de réflexion que j'ai choisi est donc :

**EN MILIEU CARCÉRAL, EN QUOI LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ EST-ELLE INFLUENCÉE PAR LES  
REPRÉSENTATIONS SOCIALES ?**

### 3. LES APPROCHES THÉORIQUES

---

Pour traiter cette question, il faut poser quelques concepts, comme le milieu carcéral, les représentations sociales et, enfin, la profession infirmière, afin de traiter, ensuite, la question de la relation soignant-soigné en prison.

#### 1. LA PRISON

Le Petit Larousse définit la prison comme étant un *“établissement pénitentiaire où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement”*<sup>2</sup>. Ainsi, on peut trouver en prison des personnes condamnées et des personnes prévenues, donc éventuellement innocentes.

La prison trouve son utilité dans le fait que, comme Michel Foucault, philosophe français, le souligne, *“le moindre crime attaque la société”*<sup>3</sup>. Celle-ci doit donc se défendre, se protéger, exclure ce qui la menace. Pour cela, elle a des lois que *“le citoyen est censé avoir accepté une fois pour toutes, [...], celle-là même qui risque de le punir”*<sup>4</sup>. En effet, il s'agit du principe du *“sujet juridique donnant aux autres le pouvoir d'exercer sur lui le droit qu'il détient lui-même sur eux”*<sup>5</sup>. Ainsi, dans notre société, l'auteur d'un acte réprimé par la loi doit passer devant un tribunal où il sera jugé par ses pairs, qui décideront, au nom de l'ensemble de la société, de la peine à appliquer.

Cette application du jugement peut notamment se traduire par une peine d'emprisonnement car *“en prélevant le temps du condamné, la prison semble traduire concrètement l'idée que l'infraction a lésé, au-delà de la victime, la société toute entière”*<sup>6</sup>. De plus, l'incarcération représente un *“châtiment égalitaire”*<sup>7</sup> car la liberté est un acquis universel face auquel nous sommes tous égaux. On peut affirmer que *“sa perte a donc le même prix pour tous”*<sup>8</sup>, contrairement à l'argent par exemple. D'autre part, la prison a aussi l'aspect d'un *“appareil à transformer les individus”*<sup>9</sup>. La mise à l'écart du sujet déviant permet d'envisager un travail sur les faits qu'il a commis, afin de le rendre meilleur aux yeux de la société, dans un objectif de réinsertion sociale.

---

2 Bruno Durand et Al, « Le petit Larousse illustré de 1998 », p825

3 Michel Foucault, "Surveiller et punir : naissance de la prison", p92

4 IBID, p92

5 IBID, p310

6 IBID, p234

7 IBID, p234

8 IBID, p234

9 IBID, p235

Cependant, la vie en prison est complètement gérée par l'administration pénitentiaire. Cela facilite son organisation, mais entraîne aussi une déresponsabilisation et une déshumanisation des personnes incarcérées. En effet, le principe d'une institution dite totalitaire est de *“de prendre en charge de façon totale la vie de ses membres. Les individus qui la composent y vivent de façon permanente, souvent sans possibilité de la quitter”*<sup>10</sup>. La personne n'est plus libre de ses choix et pourrait être simplement assimilée à son numéro d'écrou. Une réinsertion à la sortie pourrait, par conséquent, s'avérer difficile. Mais, il existe des peines alternatives à la prison, qui permettent à la fois un contrôle pénitentiaire et une certaine vie sociale comme les bracelets électroniques, les travaux d'intérêt général et les aménagements de peines (réductions, fractionnement, suspensions, permissions de sortie, semi-libertés, placements à l'extérieur, libérations conditionnelles).

Concernant les personnes incarcérées, elles arrivent dans des situations de précarité sociale et sanitaire importantes, marquant une population déjà fortement stigmatisée par notre société. En effet, on note des situations d'échecs multiples (scolaire, familial et économique), une prévalence nettement supérieure à celle de la population générale en regard des maladies infectieuses, de nombreux suivis psychiatriques avec parfois un traitement psychotrope en cours et aussi, beaucoup d'addictions (tabac, drogues, alcool). Ceci renforce l'exclusion des détenus, qui sont déjà mis à part. En effet, l'exclusion se définit comme étant *“en opposition à la notion de société et du vivre ensemble”*<sup>11</sup>. Par conséquent, ces différentes stigmatisations peuvent entraîner une souffrance psychologique, un sentiment d'inutilité sociale et une altération de l'estime de soi, pouvant provoquer une véritable vulnérabilité psychique pendant l'emprisonnement.

## **2. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES**

L'infirmière se définit notamment par sa composante d'être humain. L'homme naît homme de nature et devient homme de culture grâce aux interactions avec l'environnement auquel il appartient. En effet, nous sommes des êtres sociaux, c'est-à-dire vivant dans un groupe organisé selon des lois. Emile Durkheim, sociologue français, affirme que *“nous sommes forcés de suivre les règles qui règnent dans le milieu social où nous vivons”*<sup>12</sup>. Pour Marc

---

10 Delphine Desmarecaux, «La prison, une institution désocialisante », site de Pluriel

11 Mme Duverger, assistante sociale, cours de l'IFSI du CHU de Nantes en module optionnel Santé Précarité, « Précarité/Santé : le dispositif PASS », 10/11/2006

12 Emile Durkheim, cité par Marc Livet, « Les représentations sociales », site de Soins, Etudes et Recherches en PSYchiatry (SERPSY)

Livet<sup>13</sup>, *“les hommes ne peuvent garder l'homogénéité indispensable à tout consensus social qu'à condition d'être aussi semblables que possible”*<sup>14</sup>. La cohésion du groupe est prépondérante pour sa survie et celle de ses membres. L'éducation et, par conséquent, l'apprentissage des traditions culturelles du groupe social, permet de transmettre, aux jeunes d'une société, les bases de fonctionnement de celle-ci. Tout cela, bien évidemment, du point de vue de ce groupe spécifique : on peut donc en déduire qu'il y a autant de façons d'appréhender le monde que de groupes existants. Bref, *“l'éducation est le moyen par lequel la société renouvelle perpétuellement les conditions de sa propre existence”*<sup>15</sup>.

La représentation sociale, thème important de la psychologie sociale<sup>16</sup>, est traditionnellement inculquée aux membres d'un groupe.

Elles trouvent leur fondement dans le concept de *doxa*, qui remonte aux origines mêmes de la philosophie. Selon Parménide, philosophe grec, c'est une opinion commune tenant lieu de pensées sur quelqu'un ou sur un aspect de la réalité.

D'après Denise Jodelet, psychologue, *“le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale”*<sup>17</sup>. Pour Alex Mucchielli, sociologue, elle est *“un objet mental, une “forme de savoir pratique”, consistant en une intégration spécifique des informations possédées sur un fait. C'est une base de connaissances “socialement élaborée et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social”*<sup>18</sup>. Selon Jean Maisonneuve, psychosociologue, les représentations sociales offrent *“ un système de référence et d'interprétation sociale du réel et en alimentant un “univers d'opinions” plus ou moins stable”*<sup>19</sup>.

La représentation sociale se définit donc comme étant une pensée socialement construite et transmise, servant de référence à tous les membres d'un groupe.

La représentation sociale pourrait être interprétée comme étant un mécanisme de défense, qui est *“un processus de défense élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la*

---

13 Membre de l'ASCISM (ASsociation des Cadres et Infirmiers en Santé Mentale)

14 Marc Livet, « Les représentations sociales », site de SERPSY

15 IBID

16 Etude de l'influence des processus cognitifs et sociaux sur les relations sociales

17 Denise Jodelet, « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie », dans « Psychologie sociale » sous la direction de Serge Moscovici, p361

18 Alex Mucchielli, « La psychologie sociale », p92

19 Jean Maisonneuve, « La psychologie sociale », p109

*réalité extérieure, et permettant de lutter contre l'angoisse*"<sup>20</sup>. En effet, pour Robert M. Farr, leur objectif est de "*rendre l'étrange familier et l'invisible perceptible*"<sup>21</sup>. Les représentations sociales permettent donc aux individus d'un groupe d'appéhender leur environnement grâce à une vraie "*expérimentation indirecte*"<sup>22</sup>, c'est-à-dire qu'ils vont s'approprier des connaissances concernant certains faits, sans y avoir été confrontés auparavant.

Le métier d'infirmière est riche de rencontres et constitue une réelle ouverture sur le monde. Mais, c'est aussi une mise en danger, dans le sens où les soignants sont perpétuellement confrontés à des situations nouvelles, à des remises en question de leurs valeurs. Par conséquent, l'infirmière, face à un milieu ou à un type de population qu'elle ne connaît pas, comme le milieu carcéral, peut mettre en place ce genre de mécanismes de défense pour vaincre son angoisse. En effet, selon Robert M. Farr, "*ce qui est inconnu ou insolite comporte une menace parce que nous n'avons pas de catégorie où le ranger*"<sup>23</sup>.

Les représentations sociales constituent donc réellement "*une norme implicite*"<sup>24</sup> guidant la façon de vivre dans une société, puisqu'elles "*interviennent dans l'orientation de toutes les conduites*"<sup>25</sup>. Ainsi, il est important de noter que nous appartenons chacun à plusieurs groupes sociaux différents : famille, profession, amis, croyances... Chaque groupe a ses propres représentations, qui impliquent une posture particulière de l'individu. Nous pouvons donc être amenés à adopter plusieurs sortes de représentations sociales, soient plusieurs conduites différentes selon notre environnement social.

### **3. LA PROFESSION INFIRMIÈRE**

Les soins infirmiers sont, selon Marie-France Collières, infirmière, "*l'ensemble d'un processus de discernement des besoins sanitaires d'une personne ou d'un groupe et l'action qu'il faut mettre en oeuvre pour y répondre*"<sup>26</sup>. Par conséquent, ils visent à prendre en charge de façon globale et individualisée les personnes.

---

20 IFSI du CHU de Nantes, « Lexique du module soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques », p8

21 Robert M. Farr, « Les représentations sociales », dans « Psychologie sociale » sous la direction de Serge Moscovici, p386

22 Emile Durkheim, cité par Marc Livet, « Les représentations sociales », site de SERPSY

23 Robert M. Farr, « Les représentations sociales », dans « Psychologie sociale » sous la direction de Serge Moscovici, p386

24 Alex Mucchielli, « La psychologie sociale », p94

25 IBID, p11

26 Béatrice Amar et Jean-Philippe Guegen, « Soins infirmiers I : Concepts et théories, démarches de soin », p102

La formation en Soins Infirmiers doit former des professionnels capables de faire preuve d'adaptabilité face aux différentes personnes soignées (les détenus, en l'occurrence) et aux différents lieux d'exercice (la prison, par exemple).

Pour y parvenir, les formateurs de l'I.F.S.I. doivent transmettre aux étudiants infirmiers certaines valeurs indispensables pour la profession. Tout d'abord, le respect : *“sentiment qui porte à traiter quelqu'un, quelque chose avec de grands égards”*<sup>27</sup>. Dans un deuxième temps, la tolérance : *“respect de la liberté d'autrui, de ses manières de penser, d'agir, de ses opinions politiques et religieuses”*<sup>28</sup>. Puis, l'intégrité : *“ probité, honnêteté”*<sup>29</sup>. Ensuite, la responsabilité : *“ capacité à prendre une décision sans en référer préalablement à une autorité supérieure”*<sup>30</sup>. Et, enfin, la solidarité : *“sentiment qui pousse les hommes à s'accorder une aide mutuelle”*<sup>31</sup>. Ainsi, à l'issue de la formation, la future professionnelle doit être capable de respecter l'Autre dans toutes ses dimensions, au travers d'une approche intègre, authentique et solidaire, se traduisant concrètement par une prise en charge soignante responsable.

L'ensemble de la profession infirmière est soumise à un cadre législatif et déontologique, qui définit notre exercice professionnel.

- **LA DÉCLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME DE 1948**

Elle rappelle que *“tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité”*<sup>32</sup>.

De plus, l'article 2 est particulièrement important au regard de la profession infirmière : *“chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion publique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation”*<sup>33</sup>.

---

27 Durand B. et AL, « Le petit Larousse illustré 1998 », p885

28 IBID, p1014

29 IBID, p552

30 IBID, p885

31 IBID, p949

32 Déclaration de Droits de l'Homme de 1948, article 1

33 IBID, article 2-1

- **LE CODE PÉNAL FRANÇAIS**

La discrimination représente *“toute distinction opérée entre les personnes physiques”*<sup>34</sup> concernant un de leur caractère propre ( origine, moeurs, opinion, appartenance...). Tout acte discriminant est un acte grave pouvant entraîner trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende ( cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende dans la mesure où cela est commis dans un lieu accueillant le public, comme l'hôpital par exemple )<sup>35</sup>.

Le deuxième aspect prépondérant est en lien avec les informations à caractère secret, et donc en ce qui nous concerne, avec le secret professionnel<sup>36</sup>. Il doit être omniprésent dans la prise en charge des patients car il touche au plus près leur intimité et leur liberté. Tout manquement est passible d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

- **LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU 29 JUILLET 2004**

Ce texte est une référence pour la profession. Ainsi, l'infirmière doit aux patients dont elle s'occupe, respect de leur personne, de leur dignité, de leur intimité, et du secret professionnel<sup>37</sup> qui entoure leur situation. Elle doit, en outre, *“dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnique, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation”*<sup>38</sup>. Les soins infirmiers visent constamment *“ l'intérêt du patient”*<sup>39</sup>.

- **LE CODE DÉONTOLOGIQUE DU CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES (C.I.I.) DE 2005**

Le Conseil International des Infirmières y affirme que les soins infirmiers doivent être réalisés dans le respect des droits de l'Homme. Ainsi, ils ne doivent être *“influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race, ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent d'autant plus”*<sup>40</sup>.

---

34 Code Pénal, article 225-1

35 IBID, article 225-2

36 Le secret professionnel est également régi par le Code de la Santé Publique du 29/07/2004, article R4312-4

37 Code de la Santé Publique du 29/07/2004, articles R4312-2 et R4312-4

38 IBID, article R4312-25

39 IBID, article R4312-26

40 C.I.I., « Code déontologique du C.I.I. pour la profession infirmière », site du International Council of Nurses

En outre, l'exercice infirmier en milieu carcéral est défini par les textes suivants :

- **LA LOI DU 18 JANVIER 1994 RELATIVE A LA SANTÉ PUBLIQUE ET A LA PROTECTION SOCIALE**

Jusqu'en 1994, les soins en prison étaient effectués par un service de santé pénitentiaire. En 1993, le Haut Comité de la Santé Publique publiait un rapport qui mettait en cause l'administration pénitentiaire pour ses actions de santé publique envers les détenus. De plus, il mettait "*l'accent sur l'insuffisance et l'inadaptation des réponses*"<sup>41</sup> qu'elle pouvait apporter. La notion d'égalité en droits était aussi remise en question puisque les détenus n'avaient donc pas le même accès aux soins qu'une personne libre. Effectivement, l'emprisonnement ne doit rester qu'une privation de liberté, et non de tous les droits.

Grâce à la loi du 18 janvier 1994, les soins en prison deviennent une préoccupation hospitalière afin "*d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population*"<sup>42</sup>. Cette loi permet l'entrée des personnels hospitaliers dans la prison.

Son application nécessitait "*l'engagement conjoint des personnels hospitalier et pénitentiaire*"<sup>43</sup>. Comme l'explique Marc Allaman, directeur du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes, cette loi a été pour les personnels des deux institutions une véritable et profonde "*révolution*"<sup>44</sup> : il s'agissait de la rencontre entre "*le service public pénitentiaire, habitué [...] à avoir un oeil "totalitaire" sur le fonctionnement de son univers*"<sup>45</sup>, et "*le service public hospitalier, pour lequel la liberté [...] peut s'accomoder difficilement des contraintes de sécurité inhérentes au bon fonctionnement de la prison*"<sup>46</sup>. Cette rencontre "*a été vécue comme une "intrusion" par les personnels de surveillance*"<sup>47</sup>. Au delà du choc des cultures, il s'agit aussi de la confrontation des objectifs de deux professions, contraintes de collaborer. C'est ce que Danielle, infirmière à l'U.C.S.A. d'une maison d'arrêt, explique : "*pour l'administration pénitentiaire, c'est la répression, pour nous, c'est le soin [...] on ne voit pas la personne de la même façon*". Annick, infirmière à l'U.C.S.A. de centre de détention, explique : avec l'administration pénitentiaire, nous travaillons "*pour une même population avec des buts bien différents et chacun avec ses spécificités*".

41 Circulaire du 08/12/1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale

42 IBID

43 IBID

44 Marc Allaman, « La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire », p49, site du HCSP

45 IBID

46 IBID

47 Gilles Marmin, « Soigner en prison : un paradoxe ? », Objectif Soins n°139, p29

de vues sur les décisions à prendre, liées à la différence de leur formation respective, à la nature de leur activité au quotidien, aux approches dissemblables des détenus”<sup>48</sup>. Le travail infirmier en prison doit donc tenir compte de la collaboration avec l'administration pénitentiaire, bien que les objectifs et les moyens d'action soient différents.

- **LA LOI DU 29 JUILLET 1998 RELATIVE À LA LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS**

Cette loi déclare que la lutte contre les exclusions est “*un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains*”<sup>49</sup> devant garantir l'accès aux soins de santé notamment. Les détenus étant exclus de la société, cette loi doit donc contribuer à faire disparaître les inégalités d'accès aux soins en prison.

- **LA COMMISSION D'ENQUÊTE SÉNATORIALE DE 2000**

Elle dénonça des lacunes dans les conditions de détention, et permit quelques aménagements pour une meilleure prise en charge des détenus, comme la suspension de peine si l'état de santé est incompatible avec la détention (la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), “*la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)*”<sup>50</sup> pour un meilleur accès aux soins psychiatriques et enfin, “*la création des premières Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)*”<sup>51</sup> pour les soins somatiques nécessitant une longue hospitalisation. Ces deux types d'unités ne sont pas encore mises en place.

---

48 Marc Allaman, « La réforme des soins en prison : regard de l'administration pénitentiaire », p49, site du HCSP

49 Loi du 29/07/1998 relative à la lutte contre les exclusions, Art. 1<sup>er</sup>

50 Ghislaine Trabacchi, « Soins aux personnes sous main de justice », Soins n°701, Déc. 2004, p29

51 IBID

## **4. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ EN PRISON**

---

### **1. DÉFINITION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

La relation soignant-soigné est la base du travail infirmier. Elle se traduit concrètement par une relation d'aide, qui serait un accompagnement de la personne, visant *“la compréhension profonde (ou nouvelle) de ce qui se passe pour le demandeur, la découverte de la manière dont il éprouve la situation qui lui fait problème, la clarification progressive de son vécu et la recherche de moyens ou de ressources permettant un changement”*<sup>52</sup>. C'est à l'aidant de s'adapter à l'Autre, en adoptant des comportements et des attitudes, qui favoriseront son expression.

Pour cela, l'aidant doit posséder, selon Carl Rogers, quatre qualités : *“une chaleur et une émotion sympathiques”*<sup>53</sup>, une certaine permissivité permettant l'expression des sentiments, la capacité d'instaurer de limites thérapeutiques et l'absence de *“toute forme de pression ou de coercition dans l'entretien d'aide”*<sup>54</sup>. Ainsi, cela contribue à créer un climat de confiance, qui *“permet à la personne écoutée d'exprimer au maximum ses sentiments, attitudes et problèmes”*<sup>55</sup>.

Je pense que la difficulté que j'ai ressentie pour instaurer une relation d'aide avec les détenus réside dans le fait même de leur incarcération et de ce qu'elle représente pour chacun d'entre nous, infirmiers ou personnes condamnées.

### **2. LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE**

La complexité de la relation soignant-soigné réside dans le fait qu'elle est duelle. En effet, cette relation doit tenir compte en permanence, et de l'infirmière, et de l'Autre. Ainsi, le contact entre les deux sera déterminé par leurs attentes, leurs peurs, leurs représentations respectives à ce moment précis.

Tout l'enjeu de la responsabilité infirmière se trouve dans sa possibilité de donner à l'Autre l'opportunité de s'inscrire dans une relation de soin, ce qui est l'objectif de toute relation soignante. Pour cela, l'infirmière doit se détacher de ses représentations sociales, qui sont fondées sur des croyances et intégrées comme des vérités. Mais, elle doit aussi se

---

52 Jacques Salomé, « Relation d'aide et formation à l'entretien », p108

53 Carl Rogers, “La relation d'aide”, p94

54 IBID, p95

55 IBID, p118

questionner sur les représentations de celui qu'elle rencontrera au cours du soin.

C'est dans le cadre de cette responsabilité professionnelle, que je me suis intéressée aux représentations sociales de l'infirmière et du détenu, concernant le contexte de soin en prison.

### **3. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES AUTOUR DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ EN PRISON**

#### **3.1 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE L'INFIRMIÈRE**

##### **◆ LA PRISON**

L'infirmière est un être social : elle a son propre système de valeurs fondé sur son histoire, son expérience, sa profession. Elle a des représentations de ce qui l'entoure, comme tout un chacun. Et, avant d'entrer dans la prison pour y travailler, elle a donc des représentations de ce qu'elle va y trouver à l'intérieur.

Catherine, infirmière au S.M.P.R. d'un centre de détention, affirme qu'avant d'aller travailler en prison, ce qu'elle ne connaissait, *“n'était que des images vues dans des films, des reportages télévisés et quelques lectures de quotidiens”*. J'étais dans la même situation avant de faire mon stage.

Effectivement, la prison est un monde fermé, dont peu de personnes connaissent le fonctionnement et les acteurs, qu'ils soient surveillants ou détenus. Par conséquent, de nombreuses représentations, parfois erronées, témoignent de ce manque de connaissances.

*Dans quelles conditions psychologiques l'infirmière va-t-elle exercer quand elle entre dans une prison pour la première fois ?*

##### **◆ LE LIEU DE SOIN**

A mon entrée dans la prison, j'ai alors réalisé l'importance de la composante structurelle du lieu de soin. Je n'y avais jamais pensé avant, tant il est évident qu'à l'hôpital, les valeurs soignantes sont prégnantes. En tant qu'infirmières, nous sommes habitués à exercer dans des lieux où le soin est considéré comme fondamental, que ce soit à l'hôpital, en maison de retraite, en milieu scolaire ou encore, à domicile.

Dans l'univers carcéral, le soin n'est pas prépondérant, d'autres valeurs comme la sécurité

sont prioritaires, et cela change l'approche du soin. Ainsi, la structure de soins intégrée à la prison est un morceau de l'hôpital dans un lieu d'application de peine. Elle apparaît donc comme une enclave : Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, sociologues au C.N.R.S., parlent même d'un "hôpital incarcéré"<sup>56</sup>. En outre, il est important de se considérer avant tout comme des soignants travaillant dans un environnement non soignant. Ainsi, cela nous permettra de respecter notre éthique infirmière, notre intégrité déontologique et notre indépendance professionnelle ( art. R4312-9 du Code de la Santé Publique) en regard des pressions exercées par l'administration pénitentiaire. En effet, "la détention et la circulation de l'information, fondamentale en prison dans la mesure où elle conditionne la fonction de surveillance, donnent lieu à d'importantes négociations autour du secret médical"<sup>57</sup> et par extension, autour de tout ce qui est dit lors des soins.

*Le soin peut-il s'effectuer dans des conditions favorables au détenu quand l'application du jugement de la société conditionne la relation ?*

#### ◆ LA SÉCURITÉ

Les infirmières exerçant au sein même de la prison, elles doivent en respecter le règlement intérieur. Généralement, les locaux hospitaliers sont sécurisés par des grilles et des surveillants pénitentiaires : ainsi, "les soignants doivent observer quelques règles de sécurité"<sup>58</sup>, comme être toujours accompagné d'un surveillant lors des soins en cellule, ne pas divulguer des informations concernant un transfert (consultation ou hospitalisation), etc.. Pour l'équipe de l'U.C.S.A. de Colmar, "ce rempart et garde-fou de notre sécurité nous permet de ne pas oublier que nous sommes vulnérables"<sup>59</sup>. Il leur apparaît donc important de garder à l'esprit qu'ils exercent en prison auprès de personnes condamnées, parfois pour des délits graves.

Outre la sécurité du soignant, il est aussi question de la sécurité de la personne elle-même. En effet, j'ai constaté, lors de mon entretien avec Danielle à la maison d'arrêt, qu'elle n'était pas identifiée sur sa blouse, alors que lors de mon stage au centre de détention, les noms de l'équipe soignante étaient inscrits sur la plaquette remise aux arrivants lors de l'entretien d'accueil. Je l'ai alors interrogée sur cet aspect : elle m'a dit qu'elle se présentait comme étant "*Danielle, infirmière*", et cela pour des raisons de sécurité

56 IBID, p7

57 IBID, p9

58 Philippe le Dortz, Nicole Larhantec, Gilbert Allot, "Spécificité des soins infirmiers en maison d'arrêt », Objectif soins n°122, Janv. 2004, p28

59 Equipe de l'U.C.S.A. de Colmar, « Particularités du travail infirmier en milieu carcéral », site de « Infirmiers »

invoquées par l'administration pénitentiaire (peur de représailles sur les soignants ou leur famille, pendant ou après l'incarcération de certaines personnes) .

*Le climat de confiance, fondamental pour la relation soignant-soigné, peut-il être instauré quand le détenu doit confier son intimité à quelqu'un dont il ne connaît même pas le nom ou en présence d'une tierce personne ?*

#### ◆ LE DÉTENU

Notre manque de connaissances des détenus s'exprime parfois par des représentations négatives, qui vont altérer notre perception de la personne. C'est ce que Gilles Marmin, cadre supérieur de santé à l'U.C.S.A. de la prison de Fresnes, affirme : *“nous avons tous un certain nombre de représentations sociales, de préjugés. Nous imaginons toujours “un prisonnier” comme quelqu'un de violent avec un faciès caractéristique.”*<sup>60</sup>

D'autre part, nous savons tous que si une personne est incarcérée, c'est qu'elle est, soit dans l'attente d'un jugement, soit déjà jugée coupable. Si *“certains estiment que pour une meilleure prise en charge, il faut tout connaître du détenu, les motifs d'incarcération”*<sup>61</sup>, d'autres se demandent : *“serons-nous aussi neutres, lorsqu'on apprendra qu'un patient a violé et ou tué un enfant, et qu'il est, de plus, récidiviste ?”*<sup>62</sup>. Je pense que connaître le motif d'incarcération ne servirait qu'une curiosité malsaine. Lors de mon stage, je me suis bien souvent demandé la raison de la présence de certains patients en prison. J'avais questionné les infirmières au sujet des motifs d'emprisonnement des détenus. Elles m'avaient répondu qu'elles travaillaient avant tout avec ce que leur disaient les patients. Cependant, les rares fois où elles avaient eu besoin de consulter les dossiers pénaux des détenus, leur regard sur eux avait tant changé qu'elles avaient ressenti la nécessité de passer le relais afin de ne pas les pénaliser lors des soins.

Finalement, peu importe le motif d'incarcération, *“nous sommes là pour que le détenu effectue sa peine dans la totalité dans les meilleures conditions notamment au niveau de la santé”*<sup>63</sup>, et non pour le juger une seconde fois.

*Ainsi, afin de rester le plus neutre possible dans notre relation avec le soigné, peut-être est-il préférable de ne pas connaître les raisons de l'emprisonnement ?*

---

60 Gilles Marmin, « Soigner en prison : un paradoxe », Objectif soins n°139, Oct. 2005, p30

61 IBID

62 IBID

63 IBID, p31

### ◆ LE STATUT DE PATIENT

Si l'on veut qu'une personne se sente considérée comme malade, il faut lui en donner les moyens. Quand les personnes viennent en consultation, par exemple, nous les percevons comme en demande de soins. Or, on constate que les détenus, eux-mêmes, ont du mal à se voir comme des patients dans le regard des soignants. En effet, Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien parlent d'une "*relation de soins traversée par le soupçon*"<sup>64</sup>, mettant directement à l'épreuve "*la neutralité affective affichée par la profession médicale*"<sup>65</sup>, par extension, les infirmières. Selon eux, l'infirmière recevant un détenu en consultation remettrait en question la réalité de ses besoins. Le statut de détenu empêcherait d'accéder, dans une certaine mesure, à un statut de patient identique à celui de l'extérieur.

*Ainsi, quelle place laissons-nous au détenu pour exprimer ses problèmes  
si nous le suspectons a priori ?*

## 3.2 LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU DÉTENU

### ◆ LA PRISON

La prison est synonyme de l'application d'un jugement qui a reconnu la personne comme coupable. Elle représente donc, pour les détenus, la sanction qui entrave leur quotidien, les sépare de leur famille et les marquera à vie. Ils ont généralement une vision négative de la prison car elle leur rappelle aussi les faits qui les ont fait basculer.

En outre, les détenus ont aussi une représentation sombre de ce lieu où ils vivent quasiment 24 heures sur 24. En 2006, une consultation nationale sur les conditions de vie en prison<sup>66</sup>, réalisée auprès des détenus et des différents acteurs du monde pénitentiaire, mettait en relief les nombreuses difficultés des détenus (conditions matérielles de vie, régime de détention des prévenus, manque de prévention des suicides, absence de préparation à la sortie, non-respect des droits fondamentaux, rupture des liens familiaux). Lors des "Etats généraux de la condition pénitentiaire" en novembre 2006, Robert Badinter, ancien Garde des Sceaux, rappelait l'intérêt d'une réforme des prisons. Les détenus attendent de celle-ci, au-delà de l'amélioration des conditions de vie en détention, notamment de changer le regard de la société sur leur statut.

---

64 Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, "Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison", p5, site de Groupe d'Intérêt Public

65 IBID

66 LDH de Toulon, « Les détenus s'expriment sur leur vie en prison », site de « LDH Toulon »

*Une réhabilitation des prisons permettra-t-elle un changement des représentations de la société sur ceux qu'elle exclut ?*

◆ **LE LIEU DE SOIN**

La notion d' "hôpital incarcéré" laisse tout de même entrevoir la liberté que représente l'unité de soins. Beaucoup de détenus que j'ai rencontré parlent de l'unité comme étant leur "bouffée d'oxygène", un lieu à part de la détention.

Outre l'enclave soignante dans la prison, il est important de signaler que lors de l'hospitalisation d'un détenu, c'est aussi le milieu carcéral qui se déplace. On peut alors parler d'enclave carcérale dans le milieu hospitalier. En effet, une hospitalisation implique un convoi sécurisé pour le transfert, des surveillants en faction devant la chambre du détenu et présents lors des soins, des menottes, l'impossibilité de recevoir des visites.

*Le détenu peut-il s'impliquer dans une relation de soin si elle est continuellement conditionnée par l'administration pénitentiaire, quel que soit le lieu de soin ?*

◆ **LA SÉCURITÉ**

Au-delà de la difficulté pour le détenu d'accéder au statut de patient, la demande écrite de soins constitue un éventuel danger pour la sécurité de la prison. Ainsi, un surveillant devra la lire, afin de lever tout risque, avant de la remettre aux infirmiers. Ce qui pourrait être interprété comme un obstacle aux droits que confère la loi du 18 janvier 1994 aux détenus, est, pour l'administration pénitentiaire, un élément indispensable à la sécurité en prison.

De plus, lors d'un transfert à l'hôpital, "les détenus redoutent la "mise en scène sécuritaire" que donnent à voir en public les menottes et les entraves, particulièrement stigmatisantes"<sup>67</sup>. Ils connaissent l'impact de ces images sur la population. Ils savent que peu importe ce qu'ils diront, les gens imagineront le pire motif d'incarcération possible.

*Une relation d'aide au détenu peut-elle se créer au delà de la question sécuritaire?*

◆ **LES INFIRMIÈRES**

Exercer en prison est un choix pour les infirmières, car les postes ont tous pourvus sur demande. Cependant, l'interprétation par les détenus de ce projet professionnel est tout

---

<sup>67</sup> Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, "Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison", p4, site du GIP

autre : leur statut d'exclus implique une qualité des soins moindre qu'à l'extérieur. Pour Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, l'illégitimité des détenus rend illégitime tous les professionnels qui s'occupent d'eux. Ainsi, les détenus affirment que *“si des professionnels sont réduits à pratiquer en prison, c'est que personne n'en veut à l'extérieur”*<sup>68</sup>. Cette représentation négative de leur condition entraîne une vision minimaliste des soignants, qui sont représentés aussi comme des exclus de la société, de part une probable incompétence professionnelle.

*Quelle relation peut s'instaurer quand le soigné manque de confiance dans les compétences des infirmières qui le prennent en charge ?*

#### ◆ LE STATUT DE PATIENT

Aucune demande de soins n'est anodine, bien qu'émanant d'une personne incarcérée. En effet, *“l'investissement du statut de malade, comme à l'extérieur, fonctionne alors comme un recours identitaire permettant d'échapper à la réalité présente (la prison), mais aussi à la réalité passée (les actes)”*<sup>69</sup>. Le soin rend au détenu sa condition d'homme, restaure son estime de lui-même, le rend acteur de sa propre vie quand l'administration pénitentiaire dirige son existence.

Cependant, les détenus affirment qu'ils *“perçoivent dans le regard des professionnels une mise à distance liée à leur condition”*<sup>70</sup>, ainsi que le fait que *“les jugements sur les actes conditionnent en permanence ce regard, mais aussi la façon de soigner”*<sup>71</sup>. Cela les met en difficulté pour se sentir comme patient et ne peut être acceptable dans la relation soignant-soigné selon les valeurs, la législation et la déontologie de la profession infirmière.

Un moyen peut leur redonner le statut de patient : il s'agit de l'application de la loi du 4 mars 2002, qui propose la suspension de la peine en cas d'état de santé incompatible avec la détention. Michel Chartier a été le premier condamné à perpétuité à pouvoir bénéficier de cette mesure. Il affirme avoir très nettement senti la différence de statut : *“Maintenant que je suis soigné à l'hôpital de Château-Thierry comme un patient ordinaire, je vois la différence dans le regard des médecins”*<sup>72</sup>.

---

68 IBID, p6

69 IBID, p16

70 IBID, p5

71 IBID

72 Isabelle Mansuy, “Dix ans après la réforme : la santé toujours incarcérée”, site de l'Observatoire International des Prisons (OIP)

*Alors que notre cadre professionnel condamne les conduites discriminatoires, quelle relation établir quand les détenus ne se sentent pas eux-mêmes comme des patients ?*

#### **4. L'INFLUENCE DES REPRESENTATIONS SOCIALES**

*“Ce regard pénétrant de l'être peut brûler tous les conditionnements mentaux  
(préjugés, etc) et émotionnels”*

René Descartes, philosophe, 1596-1650

Au travers des interrogations que ma réflexion a soulevé, j'ai pris conscience de la dangerosité des représentations sociales dans le soin.

Du côté de l'infirmière, elles peuvent entraîner des déviations, des jugements de valeurs ou encore des conduites discriminatoires, allant à l'encontre des soins.

Du côté des soignés, elles peuvent détériorer l'estime qu'ont les détenus d'eux-mêmes, en leur faisant croire que leur condition implique une prise en charge soignante moindre qu'à l'extérieur.

En effet, Mucchielli précise que, si les représentations sociales proposent “*des schémas tout faits*”<sup>73</sup>, elles perturbent notre perception de la réalité car elles “*exercent sur tous les membres du groupe une influence qui les pousse à adopter la représentation sociale dominante et, plus, à s'y conformer*”<sup>74</sup>. Ainsi, “*elles sont alors à l'origine des préjugés*”<sup>75</sup>. Le préjugé étant une “*opinion adoptée sans examen par généralisation hâtive d'une expérience personnelle ou imposée par le milieu, l'éducation*”<sup>76</sup>, il n'a pas sa place dans la relation soignant-soigné.

Ainsi, prendre conscience de ses représentations sociales et de celles du détenu facilitera la création d'une relation soignant-soigné. De plus, mieux se connaître et mieux connaître l'Autre permettra à l'infirmière de mieux adapter sa prise en charge, qui tiendra alors compte des spécificités de chacun. Ainsi, l'Autre se sentira reconnu, estimé et sera plus réceptif au soin car un climat de confiance et de respect sera établi.

Une relation d'aide de qualité pourra alors s'instaurer entre l'infirmière et son patient.

---

73 Alex Mucchielli, « La psychologie sociale », p93

74 IBID

75 IBID

76 Bruno Durand et Al, "Le petit Larousse illustré de 1998", p818

## **5. PROBLÉMATIQUE et PERSPECTIVES DE RECHERCHES**

Dans la situation clinique que je vous ai présentée, j'ai surtout tenté d'exprimer ma difficulté à me positionner en tant que professionnelle dans la relation soignant-soigné en milieu carcéral.

Dans un second temps, j'ai choisi de poser tous les cadres théoriques impliqués dans ma réflexion.

D'abord, j'ai décidé d'éclaircir le thème de la prison en apportant un éclairage théorique. En effet, c'est un lieu opaque, sujet de nombreuses interrogations. Connaître son rôle, ses objectifs, son fonctionnement, sa population permet de mieux cadrer le contexte du soin en milieu carcéral. En effet, il est important de rappeler que c'est la même société, à laquelle appartient l'infirmière, qui est responsable de l'emprisonnement des détenus, et ceci au nom de la justice. En outre, il faut noter aussi la situation précaire de la population carcérale et sa stigmatisation par la biais de représentations sociales.

Puis, j'ai travaillé sur la notion de représentations sociales. Bien que souvent inconscientes, elles sont constamment présentes dans notre vie quotidienne. Elles conditionnent nos conduites, nos pensées et notre façon d'aborder l'Autre.

Ensuite, je me suis intéressée à l'exercice de la profession infirmière. Théoriquement, la formation initiale, le cadre législatif et le cadre déontologique constituent les piliers de notre profession et en déterminent notre ligne de conduite lors des soins. Ainsi, l'infirmière doit respecter, dans sa globalité, toute personne dont elle aurait la charge, c'est-à-dire dans ses dimensions bio-physiologique, sociale, culturelle, psychologique et spirituelle. De cette capacité, dépendra la relation avec le soigné, qui n'accordera sa confiance que s'il se sent profondément respecté dans ce qu'il est. Il me paraît fondamental de garder ceci constamment en mémoire. D'autant plus que ces piliers sont mis à rude épreuve lors de l'exercice en prison. En effet, le milieu carcéral n'est accessible aux soignants hospitaliers que depuis 1994 et ceci a créé une véritable onde de choc, tant dans les cultures (pénitentiaire et hospitalière) que dans les valeurs personnelles et professionnelles des soignants.

Cette approche théorique m'a permis de prendre conscience de mon appartenance à une société, avant d'être infirmière. En prendre conscience change beaucoup de choses dans l'approche des soignés. En effet, il est normal d'avoir des représentations sociales et, par conséquent, des préjugés, puisqu'elles permettent d'appréhender l'inconnu dans notre vie

quotidienne.

Dans la troisième partie, j'ai travaillé sur la relation soignant-soigné en prison.

Après avoir défini la relation d'aide, j'ai mis en relief le rôle de l'infirmière, dans sa capacité à aller vers l'Autre dans le but de mieux le soigner et de mettre à distance ses représentations. Ici, se trouve tout l'enjeu de la responsabilité infirmière car elle doit soigner ses patients, sans que ses convictions personnelles n'entrent en ligne de compte.. Identifier ce qui pourrait entraver la relation soignant-soigné relève de cette responsabilité, de laquelle dépendra particulièrement la neutralité fondamentale au soin.

Dans un deuxième temps, j'ai abordé ces représentations du point de vue de l'infirmière : ce paradoxe psychique qui appartient à chaque soignant, où s'opposent le monde imaginaire, reposant sur les représentations sociales dont l'infirmière a hérité de son groupe et le monde bien réel, où le soin doit être effectué selon des règles invariables, qui permettront une prise en charge globale et individualisée de chaque patient, y compris des détenus.

Ensuite, j'ai abordé les représentations sociales du point de vue du détenu, afin de comprendre son aspect psychologique lors la création d'une relation d'aide.

Enfin, j'ai apporté des pistes de réflexion sur l'influence des représentations sociales sur la relation soignant-soigné en prison.

Hubert Bonaldi, qui fut directeur de la prison de la Santé, affirme que *“la prison n'est qu'un reflet démesurément grandi de la société”*<sup>77</sup>. En d'autres termes, les représentations sociales concernant la prison sont un condensé de celles qui concernent la société entière. Ceci est d'autant plus vrai pour la profession infirmière qui, au delà de l'exercice en milieu carcéral, doit faire face à des rencontres perpétuelles avec l'inconnu au cours de sa pratique. Ce travail écrit pourrait être étendu à l'ensemble de l'exercice infirmier en matière de réflexion sur sa relation avec l'Autre.

---

77 Hubert Bonaldi, <http://www.dicocitations.com/resultat.php?mot=Prison>

L'approfondissement de ce travail pourrait notamment s'orienter vers ce champs de recherche:

**DANS LA PROFESSION INFIRMIÈRE, QUEL EST L'INTÉRÊT D'ENGAGER UNE RÉFLEXION SUR LA  
CONSTRUCTION DE SON IDENTITÉ PROFESSIONNELLE ?**

A ce sujet, Walter Hesbeen, infirmier, a développé le concept d'"*humanité*", qui se définirait comme étant "*le souci de l'humain pour l'humanité*"<sup>78</sup>. Ce concept propose une réflexion soignante intéressante car "*c'est dans ce souci de l'humain pour l'humanité - le travail d'humanité - que s'origine le soin, là qu'il se conçoit pour naître au monde et y proposer sa présence. Il provient de cette démarche personnelle par laquelle une personne donne à ses formes innées d'humain d'autres formes, des formes acquises et toujours en acquisition, celles d'un humain sensible, authentique et respectueusement soucieux de l'humanité*"<sup>79</sup>. Ce processus repose sur la notion de la réflexion sur soi, de remise en question personnelle et professionnelle, dans le but de mieux se connaître pour mieux aller vers les Autres, et donc, pour mieux soigner.

De plus, cela permet de réfléchir sur les conditions d'exercice que l'on est prêt à accepter, afin d'être en parfaite harmonie avec son désir, voire son idéal soignant.

---

78 Walter Hesbeen, « Travail de fin d'études, travail d'humanité », p34

79 IBID, p36

## 6. CONCLUSION

---

Toute la complexité du métier d'infirmière réside dans le fait qu'elle est définie par deux aspects intrinsèquement liés : elle est à la fois membre d'un groupe social et soignante. Elle ne peut séparer entièrement sa vie personnelle de sa vie professionnelle.

Pour Gilles Marmin, *“être à l'écoute des besoins, de la douleur de quelqu'un qui a commis peut-être les pires atrocités”*<sup>80</sup> constitue une vraie mise à l'épreuve des valeurs des soignants. Pour lui, *“être efficace et en accord avec les règles déontologiques [...] nécessite un grand professionnalisme et une culture, au préalable, de la tolérance”*<sup>81</sup>.

Au regard de Véronique Lebon-Proust, qui a été cadre à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes, *“la lutte pour exister en tant que soignant dans ce lieu singulier et potentiellement dangereux impose de se forger une identité professionnelle au coeur de laquelle l'empathie aura une place centrale, puisque, sans elle, l'infirmier ne saura éviter les pièges de la compassion ou de la trop grande distance”*<sup>82</sup>.

Au terme de ce travail, quelques qualités apparaissent comme incontournables pour exercer en prison : empathie, tolérance, adaptabilité, etc. Mais, comme le rappelle Danielle, toute infirmière possède ces compétences. Ainsi, seule la motivation, fruit d'une profonde réflexion, fait la différence, car tous ces postes sont pourvus sur candidatures. L'argument de Véronique Lebon-Proust pour encourager les jeunes infirmiers est *“la richesse des situations vécues derrière ces murs”*<sup>83</sup>.

Ma formation en soins infirmiers m'a fait comprendre la difficulté de se remettre perpétuellement en question. Aujourd'hui, alors que la formation se termine, je commence à percevoir la professionnelle que je veux devenir. Me questionner m'apparaît indispensable pour construire de mon identité infirmière :

**C'EST SUR CETTE PERPÉTUELLE REMISE EN CAUSE QUE REPOSE LA DYNAMIQUE  
DE MA FUTURE VIE PROFESSIONNELLE.**

---

80 Gilles Marmin, « Soigner en prison : un paradoxe ? », Objectif soins n°139, Oct. 2005, p30

81 IBID

82 Véronique Lebon-Proust, « Pour être infirmier en prison, les acquis de la formation et de l'expérience suffisent », Soins n°701, Déc. 2005, p53

83 IBID

# **LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

---

## **LES OUVRAGES**

- ◆ Béatrice Amar et Jean-Philippe Guegen, "Soins infirmiers I : concepts et théories, démarches de soins", Ed. Masson, 3ème édition, Paris, 2003, 249p
- ◆ Bruno Durand et Al, "Le petit Larousse illustré 1998 ", Ed. Bordas, Belgique, 1997, 1784p
- ◆ Michel Foucault, "Surveiller et punir : naissance de la prison", Ed. Gallimard, France, 1979, 318p
- ◆ Walter Hesbeen, "Travail de fin d'études, travail d'humanité : se révéler l'auteur de sa pensée", Ed. Masson, France, 2005, 144p
- ◆ Jean Maisonneuve, "La psychologie sociale", Ed. PUF, collection Que sais-je ?, France, 1998, 125p
- ◆ Serge Moscovici (avec Denise Jodelet, Robert M. Farr) , "Psychologie sociale", Ed. PUF, France, 1984, 596p
- ◆ Alex Mucchielli, "La psychologie sociale", Ed. Hachette supérieur, édition 02, France, 2001, 156p
- ◆ Carl Rogers, "La relation d'aide et la psychothérapie", Les éditions sociales françaises, 1942, imprimé en 1970, France, 235p
- ◆ Jacques Salomé, "Relation d'aide et formation à l'entretien", Ed. Presses Universitaires de Lille, France, 1986, 205p

## **LES ARTICLES DE PÉRIODIQUES**

- ◆ Philippe Le Dortz, Nicole Larhantec et Gilbert Allot, "Spécificité des soins infirmiers en maison d'arrêt", Objectif Soins n°122, Janvier 2004, p24 à 28
- ◆ Gilles Marmin, "Soigner en prison : un paradoxe ", Objectif Soins n°139, Octobre 2005, p28 à 31
- ◆ Ghislaine Trabacchi, "Soins aux personnes sous main de justice", Soins n°701, Décembre 2005, p29

## **INTERNET**

- ◆ Marc Allaman, "La réforme des soins en prison : regard de l'administration

- pénitentiaire", ADSP n°44, Septembre 2003, p48 à 53, site de H.C.S.P., <http://hensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/asp-44/ad444849.pdf>
- ◆ Marc Bessin et Marie-Hélène Lechien, "Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usages des soins en prison", Novembre 2000, site de G.I.P., <http://www.gip-recherche-justice.fr/recherches/syntheses/52-soignants.pdf>
  - ◆ Hubert Bonaldi, <http://www.dicocitations.com/resultat.php?mot=Priso>
  - ◆ Conseil International des Infirmières, "Le code déontologique du C.I.I. pour la profession infirmière », 2006, site du I.C.N., <http://www.icn.ch/icncodef.pdf>
  - ◆ Delphine Desmarecaux, "La prison, une institution désocialisante", site de Pluriel, <http://pluriel.free.fr/jail1.html>
  - ◆ Equipe infirmière de l'U.C.S.A. de Colmar, « Particularités du travail infirmier en milieu carcéral », site de Infirmiers, <http://www.infirmiers.com/doss/telecharger/milieucarceral2.pdf>
  - ◆ Ligue des Droits de l'Homme, "Les détenus s'expriment sur leur vie en prison", 29 Octobre 2006, site de L.D.H., <http://ldh-toulon.net/spip.php?article1615>
  - ◆ Marc Livet, "Représentations sociales", site de S.E.R.PSY., <http://www.serpsy.org/socio/livet2.html>
  - ◆ Isabelle Mansuy, « Dix ans après la réforme : la santé toujours incarcérée », site de O.I.P., <http://oip.org/publications/dd40.htm>

## **LA LÉGISLATION**

- ◆ Code de la Santé Publique du 29 juillet 2004
- ◆ Code Pénal
- ◆ Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948
- ◆ Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la Santé Publique et à la Protection Sociale
- ◆ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

## **AUTRES**

- ◆ Mme Duverger, cours de l'IFSI du CHU de Nantes en module optionnel 3ème année Santé Précarité, « Précarité/Santé : le dispositif PASS », 10/11/2006
- ◆ IFSI du CHU de Nantes, « Lexique du module soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques », promotion 2004/2007

## **LES ANNEXES**

# MÉTHODOLOGIE

---

- ◆ Tout d'abord, j'ai rédigé la situation clinique à partir de laquelle j'ai construit ce travail écrit de la manière la plus précise possible. J'y ai intégré tous les ressentis que j'avais eu au cours de ce stage.
- ◆ Puis, j'ai réfléchi à ce que j'avais réellement envie de comprendre dans cette situation : qu'est-ce qui me questionnait professionnellement ? Ceci a été une étape clé de mon travail puisqu'elle a abouti à ma question de départ. Cependant, elle a été très difficile aussi. J'ai rédigé donc toutes les interrogations que j'avais concernant cette situation. Au fil de ma réflexion, un thème a émergé plus que les autres : celui des représentations sociales dans le soin. Puis, après de multiples refontes, une question de départ s'est enfin profilée : « en milieu carcéral, en quoi la relation soignant-soigné est-elle influencée par les représentations sociales de l'infirmière ? »
- ◆ Dans cette question de départ, apparaissaient les principaux concepts sur lesquels j'allais devoir faire des recherches : les représentations sociales, le milieu carcéral et la relation soignant soigné en prison. A partir de ceux-ci, j'ai recherché des mots clés qui y étaient associés. J'ai effectué beaucoup de recherches au CDI, à la médiathèque et par internet. Cette exploration a été très riche et cela m'a permis de bien approfondir mon cadre théorique grâce aux apports de nombreux auteurs.
- ◆ Toutes ces lectures m'ont permis d'entrevoir les grandes lignes du plan que j'allais suivre dans ce travail. Ceci dit, il a énormément évolué au gré de mes nouvelles lectures ou réflexions.
- ◆ Ainsi, j'ai pu rapidement commencer à rédiger. En effet, j'ai besoin d'écrire pour mettre de l'ordre dans mes idées. J'ai donc écrit des passages concernant la prison et les représentations sociales. Ils se sont assemblés au fur-et-à-mesure de ma réflexion.
- ◆ J'ai ressenti un effet de saturation, d'essoufflement dans mon travail : je me suis dit que je devais prendre de la distance puis y revenir un peu plus tard. L'été est passé, et quand j'ai relu mes écrits, tout m'est apparu plus clair. J'ai remodelé, refondu, corrigé. Cette distance qui m'a été nécessaire à un moment donné et qui m'a fait un peu peur, m'a, finalement, permis de critiquer mon travail et, au final, d'avancer dans ma réflexion.

- ◆ J'ai commencé à travailler ma grille d'entretien pour envisager mes rendez-vous avec des professionnels travaillant en prison. Finalement, j'ai décidé de faire 2 grilles d'entretien différentes afin qu'il y ait le moins de biais possible. En effet, j'ai réalisé une grille d'entretien pour ma rencontre avec les infirmières de l'UCSA d'une maison d'arrêt que je ne connaissais pas. D'autre part, j'ai rédigé une question ouverte pour les infirmiers du lieu de stage d'où est tirée ma situation de départ afin que la réponse soit la moins perturbée possible par les représentations qu'ils avaient de moi, liées au stage que j'avais effectué à leurs côtés. J'ai été obligé de travailler ainsi, car les infirmiers exerçant en prison sont peu nombreux dans la région et donc il y avait peu de possibilités d'entretien.
- ◆ J'ai constaté qu'il y a eu plusieurs biais malgré les précautions que j'ai prises. Lors de l'entretien que j'ai eu avec une infirmière de l'UCSA de la maison d'arrêt, nous n'avons pas pu nous isoler dans une pièce : 2 autres personnes ont donc assisté à l'entretien (une autre infirmière, que je devais rencontrer aussi, mais cela ne s'est pas fait et une étudiante infirmière en stage). Lors de certaines questions, les autres personnes sont intervenues, perturbant alors les réponses de l'infirmière interrogée. De plus, ne pouvant faire entrer aucun matériel dans la prison, je n'ai pu enregistrer l'entretien et j'ai dû prendre des notes. Cela m'a gênée car il était difficile de mener l'entretien, d'analyser les réponses et d'écrire en même temps. D'autre part, dans les questionnaires écrits, j'ai noté que certains infirmiers m'avaient reconnue à mon nom sur l'en-tête car ils avaient ajouté un petit commentaire personnel. Cela a pu interférer avec leur réponse.
- ◆ L'analyse des réponses aux entretiens a été simple car cela allait dans le sens de ma réflexion. J'ai alors pu les intégrer comme illustrations de mes parties théoriques.
- ◆ J'ai eu besoin de faire lire mon travail à mes proches. Outre la correction des fautes, cela m'a permis d'envisager d'autres parties auxquelles je n'avais pas pensé, notamment concernant les représentations sociales des détenus.
- ◆ La problématique m'a permis de me rendre compte du chemin que j'avais parcouru tout au long de cette réflexion. J'ai pu envisager la suite que j'aurais donné à ce travail, ce qui m'a vraiment donné envie de continuer ce travail.
- ◆ La conclusion a été l'occasion de poser les acquis que m'a procuré ce travail écrit.

# GRILLES D'ENTRETIEN

---

## ◆ QUESTIONNAIRE N°1

Pourriez-vous, en 20 à 30 lignes, expliquer votre expérience de travail infirmier en milieu carcéral.

## ◆ QUESTIONNAIRE N°2

THÈMES	QUESTIONS	RECHERCHÉ
Présentation de l'infirmier	Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?	Sexe, âge, temps d'exercice en prison
Motivations	Ce poste correspondait-il à votre projet professionnel ?	Motif, projet assumé
Adaptation	Comment s'est passée votre prise de fonction ?	Ressenti, éléments facilitant/génant, représentations
Collaboration soignant-pénitentiaire	Comment se passe votre travail au quotidien ?	Positionnement infirmier, éléments facilitant/génant, collaboration, objectifs différents
Ressources	Existe-t-il, selon vous, des capacités indispensables pour exercer en prison ?	Empathie, adaptabilité, travail sur soi, ressources personnelles