

Institut de formation en soins infirmiers
Centre Hospitalier Gérard MARCHANT
134, route d'Espagne
TSA 65714
31057 TOULOUSE Cedex 1

SOINS INFIRMIERS ET CARCERALITE
L'observance thérapeutique des patients
schizophrènes.

Rédigé par **LAFITTE Laure** dans
le cadre du travail de fin d'études
en vue de l'obtention du diplôme
d'état.

Promotion 2006-2009.

Institut de formation en soins infirmiers
Centre Hospitalier Gérard MARCHANT
134, route d'Espagne
TSA 65714
31057 TOULOUSE Cedex 1

SOINS INFIRMIERS ET CARCERALITE
L'observance thérapeutique des patients
schizophrènes.

Rédigé par **LAFITTE Laure** dans
le cadre du travail de fin d'études
en vue de l'obtention du diplôme
d'état.

Promotion 2006-2009.

Un grand merci....

Je remercie ma référente pour ses conseils et son accompagnement, ainsi que les professionnels rencontrés lors de ce travail.

Je remercie aussi mon entourage et ma famille pour leur soutien, notamment mon père pour ses relectures attentives...

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	p 1
2. LE CONSTAT	p 2
3. LA PHASE EXPLORATOIRE	p 5
3.1 Recherche documentaire.....	p 5
3.2 Enquête exploratoire.....	p 5
3.2.1 Choix de l’outil de travail.....	p 5
3.2.2 Choix des professionnels.....	p 5
3.2.3 Analyse et synthèses des données recueillies.....	p 6
4. LE POLE THEORIQUE	p 8
4.1 Le cadre contextuel.....	p 8
4.1.1 Les fonctions de la prison.....	p 8
4.1.2 La responsabilité pénale.....	p 9
4.1.3 Particularités de la schizophrénie.....	p 10
4.1.4 Le cadre législatif et la psychiatrie en prison.....	p 11
4.2 Le cadre conceptuel : l’observance thérapeutique.....	p 13
4.2.1 Définitions.....	p 13
4.2.2 Terminologie.....	p 13
4.2.3 Les modèles théoriques.....	p 14
4.3.4 Les déterminants de l’observance thérapeutiques.....	p 16
4.2.5 Evaluation de l’observance thérapeutique.....	p 17
4.2.6 L’éducation thérapeutique.....	p 18
5. ENONCE DE LA PROBLEMATIQUE	p19
6. LIMITES DU TRAVAIL ET EVOLUTION PERSONNELLE	p 21
7. CONCLUSION	p 22

Bibliographie

Annexes

1. INTRODUCTION

Lors d'un stage de psychiatrie en milieu carcéral, la situation des patients schizophrènes m'a profondément interpellée, notamment les difficultés liées à l'observance thérapeutique.

Je décrirai cette situation dans la première partie de mon travail, précédée d'éléments situationnels permettant de connaître le parcours d'un détenu.

Dans un deuxième temps, je développerai la phase exploratoire à l'aide des entretiens effectués avec les infirmiers rencontrés.

Puis, dans une troisième partie, je présenterai le pôle théorique, au travers du cadre contextuel en abordant les thèmes de la prison, de la responsabilité pénale, les particularités de la schizophrénie et le cadre législatif entourant la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Dans le cadre conceptuel, je définirai le concept d'observance à l'aide de trois modèles théoriques et j'introduirai celui d'éducation thérapeutique.

Enfin, je vous ferai part de la problématique et de ma perspective de recherche.

2. LE CONSTAT

J'ai eu la possibilité de pouvoir effectuer mon stage optionnel de deux mois au sein de l'Antenne du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR¹) dans un Centre de Détention au cours duquel j'ai rencontré de nombreux détenus atteints de troubles psychiatriques.

Un Centre de Détention est une prison qui accueille des détenus jugés et qui doivent effectuer de longues peines (supérieure à 10 ans). Avant d'y arriver, les prisonniers, en tant que prévenus, ont déjà été incarcérés en Maison d'Arrêt en attente de leur jugement. Au cours de cette incarcération, ils rencontrent, lors de leur première journée, un infirmier de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA²) pour faire un bilan et un du SMPR afin de les aider à gérer le choc de l'incarcération, dépister le risque suicidaire et repérer les détenus souffrant de troubles psychiatriques (alcoolique, toxicomane, psychotique...).

Une fois le jugement rendu, les condamnés effectuent, le plus souvent, un séjour de 6 semaines au Centre National d'Observation de Fresnes. Durant cette période, les détenus rencontrent des psychologues, des psychiatres qui apportent leur concours à l'équipe de personnels pénitentiaires (surveillants, orienteurs, travailleurs sociaux). « *Outre l'observation et la connaissance du détenu, le passage au CNO doit permettre à la personne détenue d'entamer une resocialisation pour ceux qui se sont trouvé isolés par l'incarcération en maison d'arrêt et de s'engager dans un projet de peine³* ». Un bilan de personnalité et de leur situation est alors dressé, permettant de faire des propositions pour leur affectation en établissement pour peine. Les critères retenus sont le rapprochement familial, les formations professionnelles et études proposées, la présence ou non de SMPR (26 établissements sur 190 en sont dotés).

A son arrivée au Centre de Détention, chaque détenu est accueilli par l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) le jour même, puis dans le mois suivant

¹ Service Médico-Psychologique Régional

² Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire

³ Site internet : Ban Public, *La prison de Fresnes : une des plus grande prison française.*

par le SMPR. Ce délai permet au détenu de s'acclimater à son nouveau lieu de détention. Toutefois, si l'UCSA signale un patient présentant des troubles psychiatriques, ou bien une prescription précédente contenant des médicaments dit psychiatriques, le délai est alors raccourci.

Chaque entretien d'accueil effectué par le SMPR dure une trentaine de minutes au cours desquelles un questionnaire est rempli. Ce support sert à reconstituer l'histoire de chaque personne (histoire familiale, les antécédents médicaux et les prises en charges précédentes). Durant cette discussion soumise au secret médical, l'infirmier doit évaluer le patient afin de le réorienter si besoin vers un psychiatre pour une prise en charge.

Dans ce Centre de Détention, le SMPR est composé de 4 infirmiers, une psychologue, une psychomotricienne et de psychiatres. Les locaux accueillant l'unité appartiennent à la Pénitenciaire mais seuls les soignants ont accès aux bureaux et salles qui leur sont prêtés (confidentialité liée au secret médical). De plus, un surveillant (toujours le même) est affecté au service pour gérer les mouvements des détenus (ouvre et ferme les portes, prévient les autres bâtiments pour les rendez-vous) et pour assurer la sécurité des soignants. Sur 840 détenus incarcérés, 180 ont un traitement psychiatrique, distribué au mois, à la quinzaine ou à la semaine. L'unité accueille quotidiennement une trentaine de patients pour la distribution des médicaments qui a lieu deux fois par jour. Les infirmiers animent aussi des ateliers thérapeutiques comme des activités de socialisation (jeux de société), de la poterie et un atelier peinture dans le cadre du projet « Culture à l'Hôpital »

Au cours de ces deux mois passés au sein de l'unité, j'ai rencontré de nombreux patients atteints de schizophrénie et dont l'état de santé rendait leur conditions de vie en prison difficiles.

Les troubles liés à la pathologie, peu ou mal connus des surveillants, peuvent entraîner une stigmatisation de ces patients. Les hallucinations peuvent générer des troubles : un prisonnier qui refuse d'intégrer sa cellule car il voit du sang couler sur les murs peut être perçu comme un refus d'obtempérer et passible de sanction. Il en est de même pour l'hygiène et l'entretien de la cellule, qui sont souvent déficients chez les schizophrènes et incompatible avec la vie en collectivité. Enfin, les surveillants sont dans la crainte d'un passage à l'acte auto ou hétéro agressif.

Du côté des co-détenus, la vulnérabilité de ces patients et leur influençabilité fait qu'ils sont souvent rackettés (traitements médicaux, objets personnels), victime de violence physique (battu car crie la nuit, par exemple) ou sexuelles.

Enfin, les soignants du SMPR doivent faire preuve d'ingéniosité face au problème récurrent de la non observance thérapeutique afin que ces patients se rapprochent de l'unité. En effet, en prison, lieu de contraintes par définition, les soins doivent être librement consentis. Par exemple, le café est offert aux participants des ateliers thérapeutiques. Pour un patient pour qui l'hygiène corporelle est déficiente, du savon, une brosse à dent et du dentifrice peuvent être offerts (tout est payant en prison), permettant alors de recadrer le patient sur ce sujet.

En outre, les schizophrènes pris en charge par le SMPR ne le sont que quelques heures dans la semaine (le service étant fermé le week-end), les laissant le reste du temps sans accompagnement médical, contrairement à un service psychiatrique classique où l'on peut les suivre dans la continuité de la journée.

Enfin, la principale difficulté est de les maintenir le plus stable possible pendant la durée de la détention, d'éviter les décompensations, afin de ne pas à avoir à les hospitaliser en Hospitalisation d'Office D-398 (décret spécifique aux détenus incarcérés) au sein d'un Hôpital Psychiatrique Régional. Cette hospitalisation est souvent mal vécue par le patient car il perd le peu de liberté qu'il a au Centre de Détention (enfermement en chambre d'isolement toute la journée, impossibilité de cantiner du tabac, des denrées).

De ce constat, plusieurs questions viennent à moi :

- Comment prendre en charge les patients atteints de schizophrénie lorsqu'il n'y a pas d'obligation de soins ? Quels sont les moyens mis en œuvre ?
- Comment soigner malgré l'enfermement ? L'enfermement peut-il constituer un moyen de prise en charge ?
- Comment soigner dans un milieu qui n'est pas un lieu de soin ?

Quelle pourrait être la prise en charge infirmière la plus adaptée afin d'organiser un suivi régulier des patients schizophrènes, en milieu pénitentiaire ?

3. LA PHASE EXPLORATOIRE.

3.1 La recherche documentaire.

Lorsque j'ai commencé mes recherches, j'ai vite constaté que les écrits étaient peu nombreux autour du thème « Schizophrénie, observance et carcéralité ». J'ai donc orienté mes recherches sur ces trois thèmes de façon distincte en essayant de faire des liens entre eux.

3.2 L'enquête exploratoire.

3.2.1 Choix de l'outil de travail.

J'ai préféré mener des entretiens semi directifs, avec les infirmiers rencontrés, à l'aide d'un guide d'entretien⁴. Dans ce guide, j'aborde trois thèmes :

- la relation entre les soignants et l'Administration Pénitentiaire
- l'exercice infirmier en prison.
- l'observance thérapeutique des patients schizophrènes

Ce choix a été motivé par le fait que je voulais que la parole soit libre entre eux et moi, qu'ils puissent exprimer leur expérience et leur ressenti de ce qu'ils vivent au quotidien au SMPR.

Ces entretiens ont été réalisés en mars 2009.

3.2.2 Choix des professionnels.

J'ai réalisé mes entretiens auprès de deux infirmiers en poste au SMPR du Centre de Détention : leur parcours professionnels, très différents avant d'exercer dans ce service, m'a semblé intéressant. Pour le troisième entretien, je l'ai effectué auprès d'une infirmière ayant quitté le milieu carcéral pour exercer au sein de l'hôpital : son recul par rapport au SMPR m'a permis d'avoir une vision différente des différents thèmes abordés.

⁴ Cf. annexe I.

3.2.3 Analyse et synthèse des données recueillies.

J'ai retranscrit chaque entretien afin d'en effectuer une analyse sous forme de tableau⁵. De là, j'ai dégagé trois grands thèmes que je vais développer maintenant.

La relation entre l'Administration Pénitentiaire et les soignants :

J'ai souhaité aborder en premier la relation entre l'Administration Pénitentiaire et les services de santé. Soigner en prison est différent de soigner à l'hôpital car le milieu carcéral interfère au quotidien dans la prise en charge des patients. Les soignants m'ont expliqué que les services de santé étaient les « invités » de la Pénitentiaire. Quand j'ai évoqué avec eux le mot « collaboration », deux m'ont dit qu'ils ne « collaboraient » pas mais qu'ils « travaillaient avec ». L'infirmier qui utilise le mot « collaboration » le justifie dans le sens où la Pénitentiaire peut être amenée à signaler au SMPR des personnes leur donnant de l'inquiétude. En effet, les soignants ne sont pas toute la journée avec les patients et les seules informations de la vie en détention proviennent des surveillants. Ces informations sont jugées utiles par les infirmiers pour la prise en charge des malades schizophrènes. Toutefois, l'échange d'information ne va que dans un sens : les infirmiers mettent toujours en avant le secret médical quand il émane des demandes de renseignements, de la part de l'Administration Pénitentiaire, sur la santé, le diagnostic d'une maladie ou la dangerosité d'un patient suivi par le SMPR.

Etre infirmier en milieu carcéral.

Exercer le métier d'infirmier en prison diffère-t-il de celui de l'hôpital au niveau de la prise en charge des patients schizophrènes ? En posant cette question, je ne m'attendais pas à la gêne qu'elle allait provoquer chez certains. Ils s'accordent tous à dire que cela n'est pas la même de part le fait de ne pas être au quotidien avec les patients. Les infirmiers ne savent rien de la relation aux autres détenus, des nuits, de week-end. Ils n'ont que ce qu'ils voient dans le service comme éléments de prise en charge. Un infirmier se demande comment faire quand on ne dispose que d'une unité de consultation pour prendre en charge les malades les plus lourds, dit « bricoler », « limiter la casse » dans la gestion du quotidien de ces patients. Un autre évoque que pour les patients qui ne sont vus que pour la distribution des médicaments, c'est à dire quelques minutes par jour, il est facile de se contenir et de masquer les symptômes de la maladie, ce qui serait difficile sur une

⁵ Cf. annexe II.

journée d'hospitalisation. Les soignants essaient de faire le plus possible « comme à l'hôpital » où ils peuvent être amenés à transférer les patients qui décompensent ou qui nécessitent une rupture avec leur milieu, par le biais de la mise sous HO-D398.

Pour finir, je leur ai demandé si l'enfermement pouvait constituer un moyen de prise en charge. Un infirmier met en avant qu'un malade mental, un « fou », n'a rien à faire en prison car il a un réel besoin de soins adaptés à son état psychique. D'autres disent que l'enfermement impose des repères et que ces repères font que les patients s'y adaptent facilement, en « contenant » la maladie par la chronicité du rythme. Un soignant évoque la mise au quartier d'isolement ou disciplinaire comme un moment où il est possible de recréer un lien avec de personnes à la dérive car les infirmiers visitent ces lieux tous les jours. Enfin, un soignant explique que l'enfermement peut aussi aggraver les troubles pour certains, au risque de les faire décompenser.

L'observance thérapeutique en prison.

Comme dit précédemment, les soins ne sont pas obligatoires. Je me suis donc intéressé aux moyens mis en œuvre par les soignants afin de favoriser l'observance thérapeutique des patients schizophrènes. Un infirmier évoque des difficultés à mettre en place les traitements, notamment à cause des effets indésirables qu'ils provoquent (prise de poids). Il existe aussi, parfois, une honte d'aller consulter au SMPR par peur d'être catalogué comme « fou » par les autres. La mise en place d'un traitement passe par l'acceptation de la maladie ; c'est d'autant plus compliqué en prison car c'est un milieu fermé où il n'y a que des hommes et où la manière de penser est « Je suis le meilleur, le plus fort ».

Le côté humain du soignant est la base de la relation de soin en prison : les infirmiers parlent tous de relation et de mise de confiance afin de créer le lien entre le patient et les soignants du SMPR. Le rôle propre est mis en avant. Ils évoquent aussi la capacité de non jugement afin de pouvoir détacher l'homme de son crime. Pour cela, les infirmiers s'appuient beaucoup sur les ateliers thérapeutiques proposés au sein du service. Un infirmier explique que souvent, au début les patients refusent de venir. En leur disant « Venez boire un café », ils viennent, voient ce que les autres font et finissent par rester. Les infirmiers peuvent alors mettre en place un suivi. Ces activités permettent aussi d'amener un lien social entre différentes personnes, souvent isolées ou discriminées par la maladie, autour d'un jeu de cartes ou la lecture d'un journal. L'atelier peinture, dans le cadre de « Culture à l'hôpital » a pour but de renarcissiser les patients, par le biais de

l'exposition de leurs créations dans la cité. Cela leur permet de voir qu'ils ne sont pas que des détenus mais des gens qui peuvent aussi s'adapter, à un moment donné, à une société qui peut les accepter. Enfin, les soignants essaient de faire de l'atelier un moment de détente où l'on ne parle pas de l'affaire judiciaire et on l'on tente d' « oublier » la prison.

4. LE POLE THEORIQUE.

4.1 Le cadre contextuel.

Je vais développer, dans un premier temps, les fonctions de la prison, puis la responsabilité pénale et la schizophrénie, pour finir sur les textes de lois donnant naissance à la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

4.1.1 Les fonctions de la prison :

La prison, selon le dictionnaire Larousse, est « *un établissement pénitentiaire où sont détenues les personnes condamnées à une peine de privation de liberté ou en instance de jugement* ⁶ ». Les prisons reçoivent donc deux catégories de détenus : les prévenus et les condamnés. « *La privation de liberté va constituer tantôt une mesure conservatoire prise à l'égard de certains inculpés en attendant leur comparution devant le tribunal répressif et tantôt l'exécution d'une peine prononcée contre un coupable* ⁷ ». Dans le cadre du centre de détention, ne sont emprisonnées dans ce type d'établissement que les personnes condamnées à de longues peines. La prison « *en prélevant le temps du condamné [...] semble traduire concrètement l'idée que l'infraction a lésé, au-delà de la victime, la société tout entière* ⁸ ». Il s'agit donc, dans le cadre des personnes condamnées, d'exécuter une sentence prononcée contre un coupable. Cette privation de liberté ici, a une fonction morale : « *la peine apparaît comme une mesure d'expiation. Elle donne satisfaction à ce*

⁶ LAROUSSE, *Dictionnaire général*, Larousse, juin 1993, p 1267

⁷ VOULET J., *Les prisons*, Presse Universitaire de France, 1951, p 6

⁸ FOUCAULT M., *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Gallimard, p 234

*besoin de justice qui, dans l'âme du civilisé, remplace cette soif de vengeance qui a été, aux époques primitives, la base de la répression*⁹ ». Elle a, de plus, une fonction utilitaire, l'élimination.

*« Les peines perpétuelles ont évidemment dans l'esprit du législateur qui les a prévues, et dans celui des juges qui les prononcent, pour but essentiel l'élimination des criminels. Il en va en partie de même pour les peines très longues ; c'est ce que l'homme de la rue exprime en disant : pendant que le malfaiteur est en prison, on n'aura pas à craindre de nouveaux délits »*¹⁰ ».

La prison a aussi une mission de prévention générale : *« la peine doit tendre à détourner du crime par exemple du châtement infligé aux coupables, tout ce qui serait tenté de l'imiter »*¹¹.

Enfin, *« on doit mettre à profit la privation de liberté pour corriger le délinquant et en faire un honnête homme de façon à ce que, sortie de prison, il ne retombe plus dans ses fautes passées »*¹². La peine permettrait donc au sujet un travail sur lui-même en vue de se réinsérer socialement. Toutefois, on peut constater que la déshumanisation des détenus, souvent réduits à un seul numéro, l'écrou, ne permet pas une réinsertion sociale dans le sens où l'administration pénitentiaire gère la vie en prison, déresponsabilisant alors les personnes détenues.

La prison, est une forme de micro société où est exacerbée la misère humaine. On y retrouve un nombre important de personnes en grande précarité sociale, atteintes de maladies somatiques ou psychiatriques en nombre plus important que dans la population générale.

4.1.2 La responsabilité pénale.

J'ai décidé d'orienter mon travail sur les schizophrènes incarcérés car leur nombre est 5 fois plus important en prison que dans la population générale. En 2001, on estime que la population schizophrène en prison était de 4 % alors que dans la population générale on note une prévalence de 0,85 %¹³. Ce nombre peut s'expliquer par la tendance à la responsabilisation par les experts des malades mentaux suite à la modification de l'article 64 du Code de Procédure Pénale. Avant sa modification : *«... il n'y a ni crime, ni délit*

⁹ Op Cit, VOULET J., p 8

¹⁰ Ibid p 9

¹¹ Ibid p 10

¹² Ibid p 11

¹³ CAMILLERI C., CROCHET F., Incarcérés, *La revue française de psychiatrie et de psychologie générale*, février 2001, Tome V, n° 45, p 23-27.

lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action¹⁴ » et « ...n'est pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes¹⁵ ». Toutefois, « la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou d'ordre psychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime »¹⁶. Il appartient donc à un expert psychiatre mandaté par le tribunal d'évaluer si la responsabilité du prévenu était atténuée pour des raisons psychiatriques au moment de son acte et de déterminer alors s'il y a une altération ou une abolition du discernement.

4.1.3 Particularités de la schizophrénie :

La schizophrénie fait partie des psychoses : l'individu n'a aucune conscience de ces troubles. Cette maladie se caractérise par le syndrome dissociatif, c'est-à-dire, une dépersonnalisation, des troubles psychomoteurs, de la pensée, du langage, de l'affectivité. Le délire fait aussi partie de la maladie : il peut être de forme paranoïde (flou, étrange cocasse, difficilement compréhensible) ou parfois paranoïaque (le discours est clair, cohérent, tout à fait compréhensible et il est construit sur des éléments du quotidien). Les troubles des conduites sont la conséquence des troubles précédents : ils peuvent se manifester sous forme d'aboulie, de désintéressement, d'inertie. Ils peuvent aussi amener à des passages à l'acte auto agressif avec tentative de suicide ou actes de mutilation, ainsi qu'à des actes hétéro agressifs avec une pulsion agressive, une dissociation mêlée à un contenu délirant. On ne connaît pas la cause de la schizophrénie et le traitement ne peut donc être curatif. Les buts du traitement sont de lutter contre l'évolution naturelle de la maladie, d'éviter à ces personnes la mort physique par suicide, l'incurie, de lutter contre la mort psychique, les actes antisociaux, la désinsertion et l'exclusion sociale. De plus il faut tenter une réadaptation visant une autonomie la plus grande possible. Cette prise en charge doit nécessiter l'adhésion du patient et l'acceptation des soins. Les troubles qu'entraîne la schizophrénie rendent souvent l'observance thérapeutique difficile, même en milieu hospitalier. Qu'en est-il en prison, où les soins ne sont pas obligatoires ?

¹⁴ Code de Procédure Pénale, 1810

¹⁵ Article 122-1 du Code pénal, alinéa 1, 1992.

¹⁶ Article 122-1 du Code Pénal, alinéa 2, 1992

4.1.4 Le cadre législatif et la psychiatrie en prison.

La psychiatrie rentre réellement en prison suite à la note du Ministère de la Justice du 5 octobre 1950 : elle préconise de mettre en place un dépistage des anomalies mentales par une personne qualifiée. Longtemps, la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'est cantonnée principalement à ce travail de dépistage.

Puis, la circulaire AP 67-16 du 30 septembre 1967 institue le terme de Centres Médico-Psychologiques Régionaux¹⁷, se substituant alors à celui en cours d'annexe psychiatrique. Les psychiatres relèvent alors du ministère de la Justice et les missions qui leur sont assignées ne se résument plus uniquement au dépistage. Ils sont confirmés dans leurs fonctions thérapeutiques, mais l'initiative de la consultation est réservée au personnel pénitentiaire.

Le règlement intérieur des CMPR du 28 mars 1977 signe une orientation davantage thérapeutique au regard de ce texte qui se substitue au précédent : *« il nous est apparu nécessaire d'assurer dans les meilleures conditions le traitement des détenus souffrant de troubles mentaux, tout en évitant au maximum le transfert dans les hôpitaux spécialisés des malades atteints de troubles sans gravité »* Les troubles mentaux graves peuvent être en effet soignés dans les établissements psychiatriques spécialisés en application de l'article D-398 du Code de procédure pénale :

« Les détenus atteints de troubles mentaux [...] ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vue d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité ».

Toutefois, tous les détenus souffrant de troubles psychiatriques ne peuvent être placés en hospitalisation d'office, les nombres de lits disponibles ayant diminué de moitié en 20 ans.

Le décret du 14 mars 1986 donne une réelle reconnaissance juridique au secteur en ajoutant aux deux secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto juvénile le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. *« Dans chaque région pénitentiaire sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rattachés pour chacun un établissement de santé. [...] Le secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre*

¹⁷ CMPR

hospitalier [...] et assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement¹⁸. »

L'arrêté du 14 décembre 1986 indique dans le détail les missions du SMPR : actions de prévention des affections mentales par le dépistage systématique des troubles psychiques des entrants ; mise en oeuvre des traitements psychiatriques nécessaires ; suivi psychiatrique de la population post pénale en coordination avec les équipes de secteurs psychiatriques générales et infanto juvéniles ; mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Pour cela les SMPR assurent une prise en charge à temps complet, à temps partiel (de jour et de nuit), des consultations et des interventions ambulatoires, des ateliers thérapeutiques. La demande de soins peut alors émaner du détenu lui-même, du directeur de l'établissement, du médecin généraliste de l'UCSA, de l'autorité judiciaire compétente ou du signalement de toute personne connaissant le détenu.

La loi du 18 janvier 1994 ne concerne pas directement la psychiatrie mais à changer le fonctionnement des services de santé au sein des établissements pénitentiaires. Avant cette loi, la prise en charge sanitaire des détenus était essentiellement assurée par l'administration pénitentiaire. À compter de cette date, l'organisation et la mise en oeuvre de soins somatiques sont transférées du service public pénitentiaire au service public hospitalier (naissance des UCSA). L'ensemble des détenus bénéficie de la protection sociale dès leur incarcération, en étant affiliés au régime de la sécurité sociale. Robert Badinter, ancien Garde des Sceaux, résume cette démarche éthique en des termes qui montrent qu'elle ne fut pas aisée :

« La santé des détenus est un problème constant qui a fait des progrès considérables. Nous sommes arrivés avec des difficultés inouïes à mettre fin à ce que l'on a appelé « la médecine pénitentiaire », qui était une médecine de sous hommes.[...] On a appris qu'il ne pouvait exister une médecine pratiquée pour tous et une médecine carcérale et un traitement carcéral des maladies. Devant la maladie, tout être humain doit être également traité¹⁹. »

Ainsi, les UCSA et les SMPR travaillent en binôme au service de la santé des détenus.

4.2 Le cadre conceptuel.

¹⁸ Décret du 14 mars 1986

¹⁹ FATOME T., VERNEREY M., LALANDE F. et al, *L'organisation des soins aux détenus*, Inspection générales des affaires sociales, juin 2001, Commission des affaires sociales.

J'ai choisi de développer le concept d'observance thérapeutique au travers de deux définitions, puis de trois modèles théoriques, afin de déterminer celui qui serait le plus adapté à la situation des schizophrènes incarcérés.

4.2.1 Définitions.

L'observance thérapeutique peut se définir, d'une façon générale, comme « *le comportement d'un patient qui suit le traitement qui lui a été prescrit et tient compte des recommandations médicales²⁰* ».

En 1979, R.B. HAYNES la définit comme « *l'importance avec laquelle les comportements [...] d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé²¹* ». Le patient est placé dans une situation de passivité où ce sont les ordonnances du médecin qui déterminent l'observance.

FONTAINE et SALAT, en 1991, disent que « *... l'observance se manifeste par un ensemble de comportement qui peuvent englober [...] la prise de médicaments [...] ainsi que les comportements adaptés ou sains intervenants dans le style de vie et qui ont une incidence sur la santé des patients²²* ». Les facteurs socio-environnementaux du patient sont pris en compte, dans cette définition, comme éléments déterminant de l'observance. Le patient est considéré comme un individu dans son intégralité.

Cette dernière définition est celle qui me semble la plus adaptée à la prise en charge des patients au SMPR.

4.2.2 Terminologie.

Avant de continuer à développer le concept, il me semble intéressant de définir la notion de compliance. Ce terme vient de l'anglais « to comply » qui signifie « se conformer à » (une ordonnance, un traitement). Ce terme utilisé depuis 1975, tend à être remplacé dans le milieu médical par celui d' « observance ». En effet, ce dernier tient compte de l'adhésion du patient au soin, c'est-à-dire une participation active du patient dans sa prise en charge.

²⁰G-N. FISCHER, C. TARQUINIO, *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Dunod, mai 2008, p 168

²¹ Ibid, p168

²² Ibid, p 168

Toutefois, l'observance n'est pas similaire pour tous les patients et elle peut se décliner en deux types.

Selon LEY (1988), l'observance résulterait de la confiance accordée par le patient au soignant de part son statut et serait indépendante de l'information donnée à celui-ci.

HALL, ROTER et KATZ (1995), quant à eux, définissent l'observance comme une «... forme de cheminement intellectuel qui amènerait les patients à être sensible à la qualité des arguments présentés par les soignants ...²³» C'est la qualité de l'information donnée au patient, de manière adaptée, qui permet à celui-ci de maintenir l'observance au long terme.

4.4.3 Les modèles théoriques.

Le modèle de compliance en santé.

Ce modèle a été développé par HEYBY ET CARLSON (1986) sous le nom de *Health Compliance Mode*²⁴. Il s'agit ici de « ... prendre en compte la manière dont les sujets vivent et ressentent leur observance à travers les effets (conséquences immédiates ou différés) que celle-ci a sur leur vie²⁵ ».

Ce modèle comprend trois types de variables :

- Variables antécédentes ou situationnelles : elle comprend le traitement en lui-même, la qualité des informations délivrées au patient, la compréhension qu'il en a, le suivi et le soutien de son entourage
- Variables individuelles subjectives : elles sont liées aux représentations que peut avoir le patient sur sa maladie.
- Les conséquences : elles peuvent se manifester sous forme de bénéfices (l'amélioration de l'état de santé) ou d'inconvénients, soit physiques (aggravation état de santé, effets indésirables des traitements), financiers (coût d'un traitement ou sociaux (stigmatisation en lien avec la maladie).

Ce modèle théorique place le ressenti et le vécu du patient au centre de l'observance. Toutefois, dans le cadre de la schizophrénie, ce modèle peut avoir des limites car le patient le patient a du mal à reconnaître la réalité de la maladie.

Le modèle systémique de soins préventifs.

²³ Op.Cit FISCHER G-N, TARQUINIO C., p 170

²⁴ Voir annexe III.

²⁵ Ibid p 170

Ce modèle a été conçu en 1992 par WALSH et McPHEE²⁶. Il met en avant le rôle respectif du soignant et du patient dans l'observance autour de différents facteurs.

- Les facteurs prédisposants, pour les patients, ils concernent aussi bien les représentations, les croyances que les caractéristiques sociodémographiques. Pour les soignants, les facteurs sont les mêmes mais il s'y rajoute des facteurs spécifiques (perception du patient et de sa motivation, de ses propres connaissances et capacités)
- Les facteurs capacitants, pour le patient, concernent les ressources propres à celui-ci comme ses connaissances, sa disposition à l'observance, son accès aux soins,... Pour le soignant, il s'agit de sa compétence et les moyens logistiques qui sont à sa disposition.
- Les facteurs renforçants sont les effets positifs du traitement et le soutien de l'entourage. Pour le soignant, il s'agit de la satisfaction du patient, des effets positifs de la prise en charge.

Ce modèle me semble intéressant car il met le patient et le soignant en parallèle au travers de trois facteurs communs. Il serait transposable dans le cadre d'une prise en charge d'un patient schizophrène en SMPR.

Le modèle de prédiction des comportements de santé.

Ce modèle a été proposé en 1975 par PENDER²⁷. Il se fonde sur les croyances de santé et sur la théorie de l'apprentissage. Il se compose de cinq facteurs :

- Les facteurs des variables socio-démographiques : ils déterminent la façon d'orienter les comportements de santé en tenant compte de l'environnement psychosocial du patient.
- Les perceptions individuelles de la santé : comprend la perception qu'a le sujet pour sa santé, la gravité de sa maladie, ou le bénéfice d'un comportement de santé.
- La perception des obstacles aux comportements de santé : est directement en lien avec le style de vie du patient. « *La confrontation entre ses aspirations de vie et les conséquences de son traitement vont augmenter ou non les probabilités d'obtention de conduites de santé spécifiques et adaptés à la situation du malade*²⁸ ».

²⁶ Cf annexe IV.

²⁷ Cf annexe V.

²⁸ Op. Cit FISCHER G-N, TARQUINIO C., p 175

- Les signaux d'action ou déclencheurs : ce sont des indicateurs à la fois internes (signes de la maladie par exemple) ou externes (environnement) qui agissent comme un principe de réalité.
- La probabilité d'adoption du comportement de santé est le résultat de l'interaction des trois précédents facteurs. Elle génère la motivation qui va conduire à une bonne observance.

Ce modèle est celui que je retiens car les facteurs socio-environnementaux du patient sont pris en compte comme éléments de ce modèle. De plus, la théorie de l'apprentissage permet aussi une bonne acceptation de la maladie et donc du traitement, qui peut se faire notamment par le biais d'atelier du médicament.

4.2.1 Les déterminants de l'observance thérapeutique.

Les facteurs liés au patient : il ne semble pas exister de profil psychologique type déterminant une bonne ou mauvaise observance.

- La solitude, le manque de soutien ou isolement social sont des facteurs de vulnérabilité et conduisent à une mauvaise observance thérapeutique.
- Les croyances : MYERS et MIDENCE décrivent, en 1998, le rôle des croyances et des représentations : elles ont un rôle essentiel dans la compréhension des enjeux de l'observance thérapeutiques.
- Le sentiment d'efficacité de BANDURA (1997) « *repose sur le fait que notre façon de percevoir nos propres capacités pour faire face aux évènements et les maîtriser est considérée comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie*²⁹ ». Il permet à l'individu d'influencer sa vie et donc, par conséquent, de gérer sa maladie.
- Le défaut d'*insight* : l'*insight* peut être défini comme la « conscience du trouble ». Il est donc important que le patient prenne conscience du caractère morbide de sa maladie pour pouvoir adhérer et être observant au programme thérapeutique qui lui est prescrit.

La compréhension du soin et du traitement.

²⁹ Op. Cit FISCHER G-N, TARQUINIO C., p 182

La compréhension du soin et du traitement est directement en lien avec la qualité de l'information donnée par le soignant et c'est cette information qui déterminera la bonne observance.

Les déterminants liés à la relation thérapeutique.

Elle se décline en deux volets : la qualité de la relation entre soignant/soigné et la participation du patient aux soins. L'observance thérapeutique ne peut exister sans l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire « *la reconnaissance par le patient de la compétence du soignant et la qualité de la relation établie entre eux.* ³⁰»

Le terme « observance » est généralement utilisé pour indiquer l'action d'observer une règle, de s'y soumettre. Or l'observance thérapeutique ne peut être obtenue sans l'adhésion du patient pour le soin. Le terme « adhésion » traduit ainsi une participation active du patient dans sa prise en charge, c'est-à-dire lui permettre de prendre sa maladie en main. Pour résumer, la relation thérapeutique doit être centrée sur une relation d'écoute et de partage avec le patient, l'adhésion de celui-ci au soin étant indispensable.

4.2.5 L'évaluation de l'observance thérapeutique.

Deux types de mesures peuvent être utilisés :

- Les directes : elles comprennent la mesure de marqueurs biologiques ou de concentration médicamenteuse. Elles ont pour avantage d'être objectives mais peuvent être vécues par le patient comme un manque de confiance de la part du soignant.
- Les indirectes : on trouve le questionnaire et l'entretien semi-directif (HAYNES, TAYLOR et SACKET, 1979) qui permet de recueillir la parole du patient par rapport à sa prise en charge et à sa bonne observance.

Cependant, au terme de ce concept, en relation avec le modèle de prédiction des comportements de santé, il me semble intéressant d'introduire le concept d'éducation thérapeutique.

4.2.6 L'éducation thérapeutique.

³⁰ D. MISDRAHI, L'observance thérapeutique : un objectif essentiel, *L'Encéphale*, 2006, 32, cahier 3 page 1077.

L'observance thérapeutique met l'accent sur les comportements de santé de l'individu et les facultés d'un patient à se conformer à la prescription médicale. Or, il me semble que ces comportements de santé ne peuvent s'acquérir sans l'éducation thérapeutique.

Selon l'OMS³¹ (1998),

« L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, le soin, l'hospitalisation [...] et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et les proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir la qualité de vie, [...] ainsi que les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie³² ».

L'éducation thérapeutique apparaît dans cette définition comme un processus d'apprentissage, qui permet d'acquérir et de conserver des compétences qui aident à mieux vivre avec la maladie. Ce processus de soin doit être, en outre, adapté à chaque patient, à son état de santé et à son mode de vie : il permet d'amener le patient à avoir une meilleure acceptation de soi.

Ainsi, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge de patients atteints de maladie chronique et favorise donc l'observance de ces malades à leur traitement.

5. ENONCE DE LA PROBLEMATIQUE.

J'ai essayé, au travers de mon constat, de mettre en lumière le problème de l'observance thérapeutique des patients schizophrènes dans un milieu qui n'est pas un lieu

³¹ Organisation Mondiale de la Santé.

³² Op Cit, FISCHER G-N, TARQUINO C, p 202-203.

de soin et où une des rares libertés individuelles que l'on puisse avoir est celle de refuser de se soigner.

Il m'a semblé important de définir la fonction de la prison car soigner dans ces lieux n'est pas anodin. Ce choix, en tant que soignant, doit être motivé et explicite afin de s'adapter au plus vite à la population accueillie et au contexte. L'infirmier se doit d'être dans le non jugement vis à vis des patients, de travailler dans le respect et dans la dignité de la personne³³. De plus, le soignant doit s'assurer du libre consentement aux soins du patient (garant de l'approche thérapeutique) et de son indépendance vis-à-vis de l'autorité judiciaire, indispensable pour garantir le secret médical.

Au travers des textes législatifs relatifs à la responsabilité pénale des malades mentaux, j'ai pu constater que leur statut avait évolué en même temps que la société. En 1810, le législateur considérait qu'il n'y avait «...*ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment des faits...*»³⁴. Deux siècles plus tard, on passe une volonté politique de juger ces mêmes malades au tribunal, en dépit de l'expertise psychiatrique prononçant l'irresponsabilité³⁵. Hormis la dimension éthique de la pénalisation sociale de la maladie mentale, il se pose la question des soins qui peuvent être donnés à ces patients. L'altération du discernement étant majoritairement reconnue au profit de l'abolition, le nombre de malades mentaux incarcérés augmente et les moyens de les prendre en charge semblent souvent dérisoires face à la demande en soins psychiatrique (au Centre de détention, 4 infirmiers pour 180 détenus recevant un traitement dit « psychiatrique »). Cependant, augmenter les effectifs des soignants en prison pourrait conforter le législateur dans cette voie, puisque les malades peuvent être pris en charge en ces lieux, palliant ainsi à la diminution des lits d'hospitalisation de longue durée....

Enfin, la schizophrénie en elle-même, ainsi que le contexte, tendent à rendre difficile la prise en charge en milieu carcéral. J'ai pu constater, lors de mes lectures, ainsi que lors des entretiens avec les infirmiers du SMPR que la relation soignant-soigné est la clé de voûte d'une bonne observance, basée sur l'écoute, l'empathie et la bienveillance. Cette relation, encore plus qu'ailleurs, peut être mise à mal, notamment par les contraintes du régime pénitentiaire.

³³ Article R4312-2 du Code de la Santé Publique, relatif aux règles professionnelles

³⁴ Article 64 du Code Pénal (1810)

³⁵ Site internet de l'Elysée, *Intervention de Mr le Président de la République devant le groupement de gendarmerie départemental des Pyrénées-Atlantiques*, Pau, mardi 22 janvier 2008

En développant le concept de l'observance thérapeutique, il m'est apparu important de parler de l'éducation thérapeutique. Or, au cours de la phase exploratoire, aussi bien dans les lectures que dans les entretiens, l'éducation n'a été que peu abordée comme élément déterminant dans l'observance. Des programmes psycho éducationnels ont pourtant été mis en place avec succès, depuis les années 70, avec des outils comme PACT (Psychose, Aider, Comprendre, Traiter). Au travers d'un document vidéo suivi d'un débat, il permet d'aborder des thèmes pouvant poser problème dans la vie quotidienne, comme le logement, la gestion d'un budget, l'alimentation, les soins d'hygiène, le traitement, les relations interpersonnelles, l'emploi,... Ce programme permet ainsi au patient de retrouver son autonomie, de gérer les difficultés et de s'intégrer à la communauté. Cependant, le contexte de la prison fait qu'il est difficile de s'appuyer sur ce type de programmes éducatifs, qui, à l' « extérieur » ont fait leur preuve, en améliorant l'observance et en diminuant les rechutes et donc les hospitalisations.

Ce travail m'amène donc à me poser la question suivante :

Est-ce qu'un programme psycho éducatif avec des outils adaptés à la situation des patients schizophrènes incarcérés améliorerait l'observance thérapeutique ?

6.LIMITES DU TRAVAIL ET EVOLUTION PERSONNELLE

Limites portées sur le TFE :

Je suis consciente que ce travail trouve ses limites du fait que je n'ai pu rencontrer qu'une seule équipe de soignant de SMPR en Centre de Détention. Peu d'établissements pénitentiaires possèdent un SMPR et les contraintes géographiques ont fait que je n'ai pu me déplacer pour rencontrer d'autres infirmiers, afin de comparer leurs pratiques autour de l'observance thérapeutique des patients schizophrènes incarcérés.

De plus, je pensais trouver de nombreux écrits sur le sujet, le problème me semblant prévalent, et j'ai vite constaté que ce n'était pas le cas.... Il m'a donc fallu essayer de faire les liens entre les différents écrits parlant de la schizophrénie et de la carceralité, d'où une bibliographie, au final, assez importante..

J'ai voulu développer en priorité le concept de l'observance car je pensais qu'en comprenant les facteurs qui l'influencent, on pouvait, en agissant dessus, l'améliorer. Or, au moment d'effectuer l'énoncé de la problématique, j'ai compris que l'observance ne pouvait être indissociable de l'éducation thérapeutique. J'ai donc fait le choix de ne développer que brièvement ce point, bien qu'il eût été préférable de lui donner une plus grande importance car il est à la base de ma question de recherche...

Evolution personnelle et professionnelle :

Lorsque j'ai débuté ce travail de fin d'études, je me suis naturellement rapprochée des infirmiers que j'avais pu rencontrer au SMPR afin d'effectuer mes entretiens. Ces rencontres m'ont permis de me conforter dans le choix de ce thème, même si j'ai pu être parfois ébranlée par la dimension éthique du sujet. La prison, qui a pour vocation de soustraire à la société un homme qui a commis un crime, oublie parfois que ce sont des Hommes qui y sont incarcérés. Et la difficulté en tant que soignant est d'arriver à voir l'Homme au-delà du crime qu'il a commis, afin de pouvoir l'accompagner, le soigner.

Enfin, je souhaiterais exercer le métier d'infirmière en psychiatrie carcérale lorsque je serai diplômée. La rédaction de ce travail a été l'occasion pour moi de mettre en lien les apports théoriques apportés par la recherche avec les acquis obtenus durant mes deux mois de stage, au profit de ma pratique infirmière. De plus, si j'ai la possibilité d'intégrer une équipe du SMPR, j'aimerais pouvoir mener mon travail de recherche jusqu'à son terme.

7. CONCLUSION.

Avant d'exposer mon constat, il m'a semblé important d'expliquer le parcours d'un détenu en prison, notamment sa rencontre avec les services de santé. Puis, au travers du constat, j'ai décrit la situation des patients schizophrènes incarcérés et le problème lié à l'inobservance thérapeutique. Ma question de départ était de savoir quelle pourrait être la prise en charge infirmière la plus adaptée afin d'améliorer leur prise en charge.

Puis, pour la phase exploratoire, j'ai mené trois entretiens, dont un avec une infirmière qui avait quitté le service. Ces infirmiers mettent prioritairement la relation soignant-soigné en avant comme élément déterminant l'observance thérapeutique des patients accueillis au SMPR. Les soignants parlent de respect de l'individu, d'humanisme, de chaleur humaine qui ont tendance à s'effacer entre les murs. Ils m'ont fait part de leurs difficultés, notamment par le fait de ne pouvoir être au quotidien avec les patients, de ne pas savoir ce qu'ils font dans la journée.

Pour le pôle théorique, je me suis efforcée de définir la schizophrénie, les fonctions de la prison, puis le cadre législatif qui s'y rapporte. Pour le cadre conceptuel, j'ai développé le concept d'observance à l'aide de trois modèles théoriques. J'ai aussi introduit le concept d'éducation thérapeutique, directement en lien avec celui de l'observance.

Enfin, j'ai essayé au travers de pistes de réflexion, d'amener ma problématique, à savoir si des outils éducatifs adaptés aux patients incarcérés permettraient d'améliorer leur observance.

BIBLIOGRAPHIE.

Livres :

- AMAR B., GUEGUEN J-P., *Concepts et théories , démarche de soins*, Vottem (Belgique), Masson, janvier 2007, 243 p. Nouveaux Cahiers de l'infirmière.
- FISCHER N., TARQUINIO C., *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Vottem (Belgique), Dunod, mai 2008, 268 p.
- FOUCAULT M., *Surveiller et punir : naissance des prisons*, Paris, Gallimard, avril 1979, 318 p.
- HERSZBERG C., *Fresnes, histoire de fou*, Paris, Plon, octobre 2006, 185 p.
- LAROUSSE, *Dictionnaire général*, Malesherbes, Larousse, juin 1993, 1690 p.
- LOUZOU M., SALLES D., *Justice et psychiatrie – Normes, éthique et responsabilité*, Paris, Eres, décembre 1996, 312 p.
- MIGLIORINO R-H., *Infirmier en milieu carcéral*, Vottem (Belgique), Masson, mars 2009, 87 p.
- MICHEL L., BRAHMY B., *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Condé-sur-Noireau, Heure de France, novembre 2005, 476 p., Guides professionnels de santé mentale.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France*, La découverte, 2005, 288 p, rapport 2005.
- PROUFF J., *Comprendre les cas cliniques en psychiatrie – Etudes des cas et soins infirmiers*, Condé-sur-Noireau, Heures de France, octobre 2002, 360 p.
- TOBIN C., *La schizophrénie au quotidien*, Saint Amand-Montrond, Odile Jacob santé, octobre 1990, 181 p.
- TOUITOU Y., *Pharmacologie*, Issy les Moulineaux, Masson, septembre 2005, 390 p.
- VOULET J., *La prison*, Paris, Presse Universitaire de France, 1951, 125 p, Que sais-je ? n° 493

Articles :

- BESSARD C., FEART B., MASSAND K., et al., Prendre en charge la schizophrénie, *Soins psychiatrie*, mars/avril 2007, p 17-25 et p 34-37.
- COLDEFY M., La prise en charge de la santé mentale des détenus, *Etudes et résultats de la DREES*, septembre 2005, n°427.

- CAMILLERI C., CROCHET F., Incarcérés, *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, février 2001, Tome V, n°45, p23-27
- CARRIER J., Infirmier en prison, un métier qui questionne, *Soins psychiatrie*, mai-juin 2004, n°232, p 28-30.
- FAURE P., PRIETO M., La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus, *Etudes et résultats de la DREES*, juillet 2002, n° 181.
- GIRAUD M., L'observance en psychiatrie, *Revue de l'infirmière*, mars 2000, n°58, p 42-43.
- MISDARAHI D., L'observance thérapeutique : un objectif essentiel, *L'encéphale*, 2006, volume 32, cahier 3, p1076-1079.
- PALAZZOLO J., MOREL V., CHERMETTE B., De l'observance médicamenteuse à l'adhésion au traitement (1ère partie), *Nervure*, février 2005, n°1, Tome XVIII, p17-18.
- PALAZZOLO J., MOREL V., CHERMETTE B., De l'observance médicamenteuse à l'adhésion au traitement (2ème partie), *Nervure*, mars 2005, n°2, Tome XVIII, p16-18..
- PAULET C., Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire, *Perspectives psy*, octobre-décembre 2006, volume 45, n°4, p 373-379

Documents électroniques :

- FATOME T., VERNEREY M., LALANDE F. et al, *L'organisation des soins aux détenus*, Inspection générale des affaires sociales, juin 2001 [23/01/09].

Lien : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000176/index.shtml>.

- HYEST J-J., CABANEL G-P, *Les conditions de détentions dans les établissements pénitentiaires*, Rapport de la commission d'enquête 449, 29 juin 2000 [01/06/08]

Lien : <http://www.senat.fr/rap/199-449/199-449.html>

- Site internet de l'Observatoire International des Prisons : www.oip.org
- Site internet de l'Elysée, *Intervention de Mr le Président de la République devant le groupement de gendarmerie départemental des Pyrénées-Atlantiques*, Pau, mardi 22 janvier 2008 [25/05/09], p 2.

- Ban Public, *La prison de Fresnes : une des plus grande prison française*. [23/09/08]

Lien : <http://prison.eu.org/article6902.html>

Textes de lois :

- Code de Procédure Pénale, 1810
- Article 122-1 du Code de Procédure Pénale, alinéa 1, 1992.

- Article 122-1 du Code de Procédure Pénale, alinéa 2, 1992
- Article D-398 du Code de Procédure Pénale.
- Code de la Santé Publique, article R4312-2, relatif aux règles professionnelles.

Conférence :

• *Ethique et soins en milieu pénitentiaire et ailleurs*, 28 mars 2008, Centre hospitalier G. Marchant, Toulouse, DEVERS G, 40 p.

Autres :

• *Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSP)*, CHU de Nantes, Immeuble Deurbroucq, 5, allées de l'Ile-Gloriette, 44093 Nantes Cedex. Président : Dr Pierre-Yves Robert

• Apports théoriques du module optionnel de l'IFSI G. Marchant, *Soins infirmiers et carcéralité*, du 26/05/08 au 06/06/08, Mr CASTEL, Mme MOUTONNET.

• Emission de télévision : C'est dans l'air, *La prison rend fou*, Maximal Productions, France 5, diffusée le 5 septembre 2008.

ANNEXES.

Annexe I.

GUIDE D'ENTRETIEN.

Présentation du soignant :

- parcours professionnel
- choix du service ?
- représentations avant d'y exercer ?
- ressources personnelles pour exercer en prison

Relation soignants/pénitentiaire :

- collaboration ?
- éléments facilitant/gênant

Exercice professionnel :

- SMPR/ Hôpital psychiatrique :
 - o Même prise en charge ?
 - o Difficulté rencontrées et stratégies d'adaptation ?
 - o L'enfermement constitue-t-il un moyen de prise en charge ?
- prise en charge des patients schizophrènes
 - o refus de soins et stratégies mise en place
 - o activités thérapeutiques proposées, dans quels buts ?

Annexe II.

Analyse des données recueillies lors des entretiens de la phase exploratoire.

La relation soignant et Administration Pénitentiaire :

Objectif : identifier qu'elles peuvent être les relations entre les personnels soignant et l'Administration Pénitentiaire face à une même population.

Deux items sont dégagés pour ce thème :

- Les éléments facilitant et gênant au quotidien
- La relation entre les deux parties.

Entretiens	Items	Eléments facilitant/gênant	Collaboration entre les deux ?
n° 1		- La Pénitentiaire veut tout savoir sur l'état de santé mentale de certains détenus : mise en avant du secret professionnel.	- Parle de collaboration dans le sens où la Pénitentiaire peut signaler des personnes qui vont mal en Détention. - Pas de collaboration dans les soins.
n°2		- Le côté inhumain de la prison où il n'y a pas de civilité (« bonjour », « monsieur », « s'il vous plait »). - Au niveau sensoriel : bruits et odeurs toujours les mêmes, aucune visibilité à plus de 50 mètres.	- Pas de collaboration mais travaillent ensemble. - Trouve que les informations que donnent les surveillants sur la vie des détenus en détention aident beaucoup. - Donne le droit d'accès au bâtiment de détention pour voir des patients.
n°3		- Les services de santé sont les invités de l'Administration Pénitentiaire. - Ne pas être au quotidien avec les patients. - Beaucoup de choses dont les soignants ne sont pas maître (en lien avec la justice).	- Pas de collaboration mais travaille avec : ne partage pas le secret professionnel. - La Pénitentiaire effectue des signalements, ouvre les portes. - Sont au quotidien en contact avec les détenus et pas les soignants : les infirmiers utilisent les informations que donnent les surveillants mais les soignants restent toujours très vagues sur celles qu'ils donnent (sécurité, suicide).

Nous pouvons constater que ce sont les éléments gênants au quotidien qui ressortent le plus quant au fait de travailler en prison : pour un infirmier, c'est avant tout le

côté inhumain de la prison et l'altération sensorielle qu'elle provoque. Pour d'autres, la difficulté principale est de ne pas être au quotidien avec les patients.

En ce qui concerne la relation entre les soignants, une seule personne parle de collaboration, les autres évoquent la locution « travailler avec ». Les trois mettent en avant la sauvegarde du secret professionnel.

L'observance thérapeutique.

Objectif : étudier les moyens mis en place par les soignants pour que les patients schizophrènes soient observants au traitement malgré l'absence d'obligation de soin.

Deux items vont être abordés :

- Les éléments favorisant l'observance thérapeutique.
- Les objectifs des ateliers et activités thérapeutiques.

Items	Eléments favorisant l'observance thérapeutique.	Objectifs des ateliers et activités thérapeutiques.
Entretiens		
n°1	- Mise en confiance par le relationnel établi tous les jours avec les patients. - Acceptation de la maladie par les patients.	- Permet d'établir une relation avec le patient afin de favoriser l'observance thérapeutique. - Permet de renarcissiser certains patients.
n°2	- Le rôle propre de l'infirmier est mis en avant : créer le lien entre le service et le patient pour « l'accrocher » au soin. - Les ateliers thérapeutiques	- « Atelier resocialisation » qui permet de recréer un lien social entre les différents participants. - Au travers des activités, les infirmiers tissent un lien qui amène au soin.
n°3	- Relation d'aide avec les détenus. - Etre humain avec les patients, être dans le non jugement de ce qu'ils ont fait.	- Essayer de faire des ateliers un moment de détente où l'on ne parle pas de l'affaire. - Amener le patient au soin médicamenteux au quotidien.

Nous pouvons observer que les liens établis au quotidien avec les patients sont l'élément essentiel qui favorise l'observance thérapeutique, en lien avec les ateliers proposés.

Exercice professionnel.

Objectif : identifier la prise en charge infirmière des patients schizophrènes au sein du SMPR.

Deux items vont être développés :

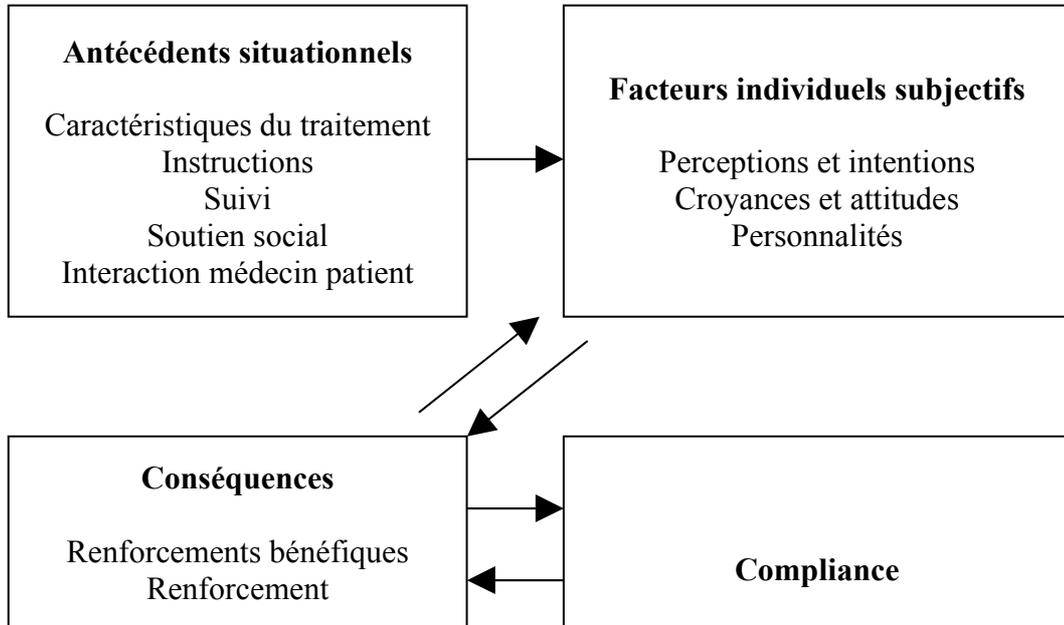
- La prise en charge est-elle la même que dans un hôpital psychiatrique ?
- L'enfermement peut-il constituer un moyen de prise en charge de ces malades ?

Entretiens	Items	Prise en charge SMPR/hôpital	Enfermement : moyen de prise en charge ?
n°1		<ul style="list-style-type: none"> - Pas la même car il y a de la distance : les patients ne sont vus qu'au moment de la distribution des traitements ou des ateliers. - Le patient peut se contenir quand il vient te voir et masquer des symptômes de la maladie, chose difficile à faire sur une journée à l'hôpital. - Pas d'obligation de soin : tant que le patient ne pose pas de problème dans la détention, « tout va bien ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Pense que oui car l'enfermement imposent des repères et ces repères font que le patient s'y adapte facilement. - L'enfermement peut presque être un soin.
n°2		<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge différente entre l'hôpital et le SMPR. Prise en charge dans une unité de consultations et non d'hospitalisation. - Pour les patients les plus malades, impossibilité de leur offrir les conditions qu'ils auraient à l'hôpital. - On ne peut pas les aider à gérer le quotidien. Dit « bricoler, limiter la casse » 	<ul style="list-style-type: none"> - La prison, c'est l'enfermement et les schizophrènes pris en charge au SMPR n'ont rien à faire en prison : réel besoin de soins adaptés à leur état psychique. - Toutefois, quand les patients sont mis au quartier d'isolement ou disciplinaire, cela peut permettre de recréer un lien car les infirmiers passent les voir tous les jours.
n°3		<ul style="list-style-type: none"> - L'infirmier n'a que ce qu'on voit dans le service comme élément de prise en charge : il ne sait rien de la nuit, des relations aux autres. - L'infirmier n'est pas 24/24 avec eux, manque de personnels soignants. - Essaie tout de même de faire le plus possible comme à l'hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'enfermement peut aggraver les troubles pour certains, les faire exploser. - Pour d'autres, le cadre strict peut permettre de « contenir » la maladie, par la chronicité du rythme de vie.

Du fait que les infirmiers ne sont pas au quotidien avec les patients, on note que la prise en charge des patients schizophrènes au SMPR diffère de celle dispensée à l'hôpital psychiatrique. Toutefois, l'enfermement, malgré le risque d'aggraver les troubles, peut constituer un moyen de prise en charge en donnant des repères aux patients.

Annexe III.

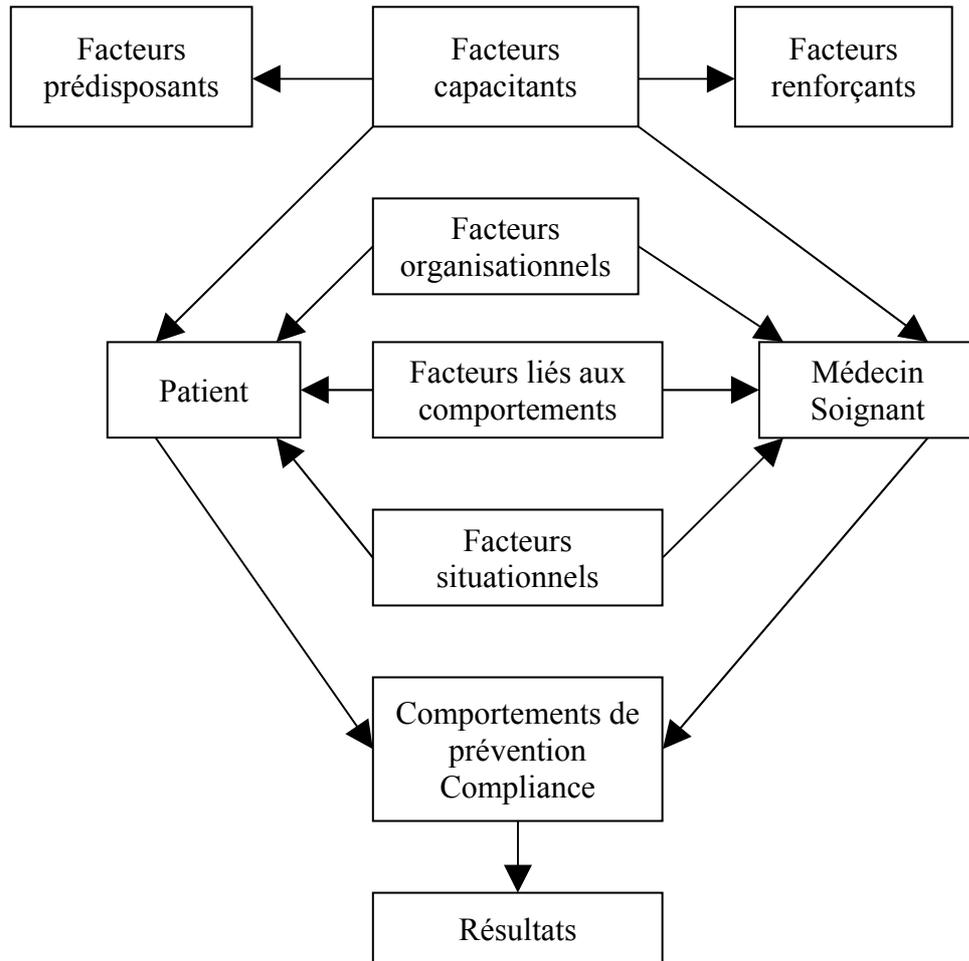
Modèle de compliance en santé de HEIBY (1986)³⁶



³⁶ Op.Cit Gustave-Nicolas FISCHER et Cyril Tarquinio p172

Annexe IV.

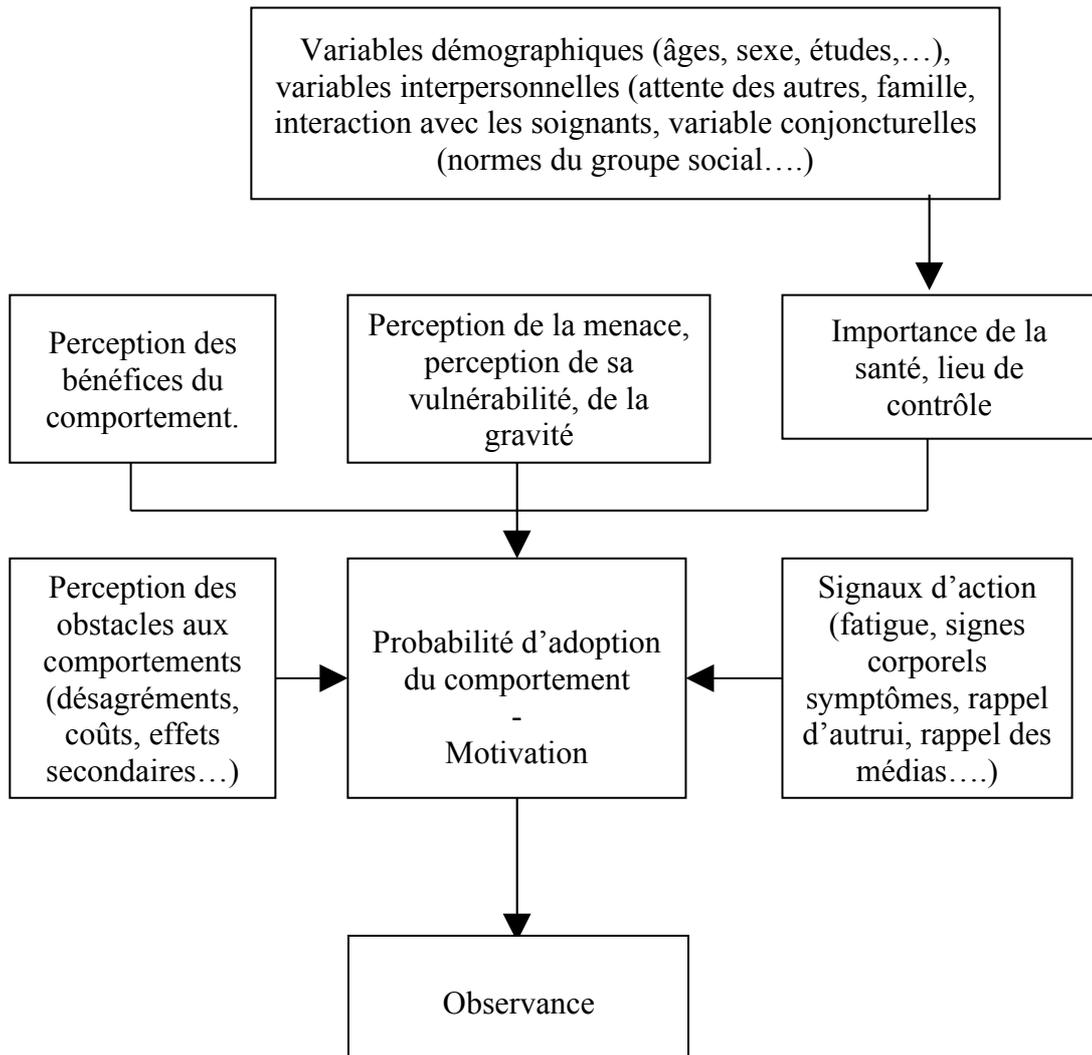
**Le Modèle Systémique de Soins Préventifs de WALSH et McPHEE
(1992)³⁷.**



Annexe V.

³⁷ Op.Cit Gustave-Nicolas FISCHER et Cyril Tarquinio p173

Le modèle de prédiction des comportements de santé de PENDERS (1975), adapté par RICHARD (1988)³⁸.



³⁸ Op.Cit Gustave-Nicolas FISCHER et Cyril Tarquinio p 176

RESUME.

Lors d'un stage dans le Service Médico-Psychologique Régional d'un Centre de Détention, j'ai été confrontée aux difficultés liées à l'observance thérapeutique des patients schizophrènes incarcérés. Les soins n'y sont pas obligatoires et l'adhésion du patient est indispensable. J'ai donc choisi de développer le concept d'observance en lien avec l'éducation thérapeutique, afin de trouver des pistes de réflexions pour améliorer leur prise en charge.

Mots clés : schizophrénie, carcéralité, observance thérapeutique, éducation thérapeutique, soins infirmiers.