

M. Marek ABAJI

Institut de formation en soins infirmiers Cochin (Paris 14^e)
Assistance publique - Hôpitaux de Paris

L'infirmier et ses émotions lors des soins relationnels en milieu carcéral

Unité d'enseignement 5.6 – Semestre 6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Mémoire de fin d'études en soins infirmiers dirigé par Mme Anne-Paule DUARTE

Remis le vendredi 31 mai 2013

Soutenu le mardi 25 juin 2013

**L'infirmier et ses émotions
lors des soins relationnels en milieu carcéral**

Note aux lecteurs

Il s'agit d'un travail personnel dont les propos n'engagent que son auteur.
Cette œuvre est mise à disposition sous licence Attribution - Pas de Modification 3.0 France.

Pour voir une copie de cette licence visitez :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/fr/>



Attestation de travail original

J'atteste que ce travail est original, cite systématiquement toute source utilisée en l'indiquant en bas de page, et ne comporte pas de plagiat.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' followed by a horizontal line underneath it.

Pour contacter l'auteur : marek.abajil@gmail.com

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Anne-Paule DUARTE, cadre de santé-formatrice à l'institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) Cochin, pour son accompagnement tout au long de mon travail. Son écoute, son soutien, son expertise et sa bienveillance ont constitué pour moi une aide précieuse.

Je remercie aussi Mme Fabienne DECHET, cadre de santé au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui m'a guidé dans la construction de mon identité professionnelle, et M. Gilles MARMIN, cadre supérieur de santé (AP-HP), qui a rendu possible la réalisation de ce travail de recherche.

Je remercie bien sûr toutes les infirmières qui ont accepté de m'accorder de leur temps précieux lors d'un entretien.

Table des matières

Introduction	7
1. Motivations du choix du sujet.....	7
2. Annonce du plan.....	8
I D'une situation clinique à un questionnaire professionnel	9
1. Situation clinique d'appel.....	9
1.1. Introduction.....	9
1.2. Présentation du contexte.....	10
1.3. Narration de la situation vécue en stage.....	13
1.4. Analyse de la situation d'appel.....	15
1.5. Conclusion.....	18
2. Question de départ.....	19
3. Thème.....	20
II D'une question de départ à une question de recherche	21
1. Problématisation.....	21
2. Conceptualisation.....	22
2.1. Les soins dans les enceintes pénitentiaires.....	23
2.1.1. <i>Le milieu carcéral</i>	23
2.1.2. <i>Les soins infirmiers</i>	25
2.1.3. <i>Les soins infirmiers en prison</i>	26
2.2. La relation patient-soignant.....	29
2.2.1. <i>La communication</i>	29
2.2.2. <i>Une relation asymétrique</i>	30
2.2.3. <i>La relation d'aide</i>	31

2.3. Les émotions.....	32
2.3.1. Leurs types et aspects.....	32
2.3.2. Leur gestion.....	33
2.3.3. L'épuisement professionnel.....	34
2.4. Synthèse.....	34
3. Enquête exploratoire.....	37
3.1. Méthode d'exploration.....	37
3.1.1. Choix de la méthode d'exploration.....	37
3.1.2. Élaboration de l'outil d'investigation.....	37
3.1.3. Déroulement des entretiens.....	38
3.2. Résultats des analyses.....	40
3.2.1. Généralités.....	40
3.2.2. Les émotions et leur gestion.....	41
3.2.3. Les soins relationnels.....	42
4. Question de recherche.....	43
Conclusion.....	45
1. Synthèse.....	45
2. Intérêts professionnels et personnels.....	45
3. Ouverture	46
Indications bibliographiques et sitographiques.....	47
Annexe I : Liste des abréviations.....	52
Annexe II : Champs disciplinaires et unités d'enseignement du cursus infirmier.....	54
Annexe III : Les 10 compétences infirmières.....	56
Annexe IV : Les 14 besoins fondamentaux de l'être humain d'après V. Henderson.....	57
Annexe V : La hiérarchie des besoins selon Abraham Maslow.....	58
Annexe VI : Les six attitudes d'Elias-Hull Porter.....	58
Annexe VII : Guide d'entretien semi-directif.....	59

L'Homme éprouve et exprime des émotions comme tout être vivant, cela participe de son homéostasie. Mais lui seul semble capable de les analyser, de les interpréter, d'avoir des sentiments¹.

1 DAMASIO, Antonio. *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*. France : Odile Jacob, 2003. 346 pages. (Sciences).
Né en 1944 au Portugal, M. Antonio DAMASIO est professeur de neurologie. Il dirige l'Institut pour l'étude neurologique de l'émotion et de la créativité de l'Université de Californie méridionale depuis 2005.

Introduction

Il convient dans un premier temps de préciser ce qui m'a engagé à travailler sur la question des émotions en milieu carcéral puis de présenter la structure de l'étude qui va suivre.

1. Motivations du choix du sujet

C'est lors de ma deuxième année d'études en soins infirmiers (semestre 4) que la formatrice référente de mon groupe de suivi pédagogique nous a demandé de commencer à réfléchir au sujet général de notre travail de fin d'études². A la même période, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage « lieu de vie » dans un endroit atypique : une maison d'arrêt. C'est au cours de ce stage qu'une situation clinique m'a particulièrement interpellé sur ma pratique soignante. Je l'ai donc retenue comme point de départ de ma réflexion, puis proposée à ma référente pédagogique qui l'a trouvée pertinente.

L'univers carcéral étant par définition fermé il est peu, voire mal connu de la majorité des soignants. Cela favorise les multiples représentations et mystifications dont il fait souvent l'objet.

Je souhaitais aussi travailler sur un thème original et me tenant particulièrement à cœur.

Ces différentes raisons m'ont incité à m'intéresser de plus près à l'exercice infirmier en milieu pénitentiaire.

C'est pourquoi mon sujet de recherche de fin d'études en soins infirmiers s'inscrit dans le cadre de la gestion des émotions du soignant lors de soins relationnels en milieu carcéral.

Ma directrice de mémoire validera cette thématique par la suite.

² Lien avec l'unité d'enseignement (UE) 5.6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles (cf. annexe II).

2. Annonce du plan

L'exposé qui va suivre a pour objet de présenter l'ensemble de mon travail de recherche ainsi que mon cheminement intellectuel.

A cet effet, la première partie du mémoire sera consacrée à la présentation du contexte dans lequel a émergé mon questionnement professionnel ; tandis que la seconde partie abordera spécifiquement la problématisation et la conceptualisation de ce questionnement en prenant en compte ses différentes composantes.

I D'une situation clinique à un questionnement professionnel

La première partie va me permettre de relater les débuts de mon travail de recherche. En partant d'une situation réellement vécue lors d'un stage professionnel, je vais identifier une question théorique dont découlera mon sujet général.

1. Situation clinique d'appel

Après un paragraphe introductif annonçant ma méthodologie, je préciserai le contexte très particulier d'une enceinte carcérale. La situation d'appel sera ensuite décrite puis analysée. Enfin, une synthèse permettra de reprendre les éléments essentiels utiles pour la suite de la démarche.

1.1. Introduction

Dans un premier temps, il me paraît essentiel de contextualiser l'origine de mon étonnement. C'est pourquoi je vais raconter ici la situation professionnelle ayant suscité mon questionnement professionnel.

Il s'agit d'une situation qui m'a profondément marqué et que j'ai déjà eu l'occasion de me remémorer dans le cadre d'une analyse des pratiques professionnelles exprimée suite à ce stage.

Mon choix s'est porté sur cet événement car il représente à mon sens la complexité de la relation patient-soignant, exacerbée par le milieu pénitentiaire. De plus, je m'intéresse particulièrement aux sciences de la communication et aux caractéristiques de la relation soignant-soigné lors de soins dispensés à des populations spécifiques (enfants, patients en fin de vie, personnes détenues...).

Afin de présenter au mieux cette situation relationnelle, j'ai organisé mon travail de la manière suivante : j'évoquerai pour commencer le contexte dans lequel s'est déroulé ce que j'ai vécu et observé ; puis, je décrirai chronologiquement et en détail la situation afin de pouvoir l'analyser, avant de conclure par une synthèse.

Pour ce faire, j'ai utilisé un outil méthodologique : l'hexamètre de Quintilien³. En effet, il s'agit d'un moyen simple, logique, systématique et exhaustif me permettant de structurer la restitution de cette situation.

De plus, cette méthode m'a évité d'omettre des aspects essentiels ou importants de l'analyse.

1.2. Présentation du contexte

La maison d'arrêt dans laquelle j'ai effectué mon stage est une prison ancienne datant de la fin du XIX^e siècle. Elle est située en région Île-de-France.

Depuis le début du XX^e siècle, elle possède 1 000 cellules mais des travaux de rénovation importants limitent actuellement sa capacité d'accueil à 920 personnes en détention⁴. Cette prison n'est malheureusement pas épargnée par la surpopulation carcérale, et elle abrite en réalité environ 950 hommes incarcérés.

Leur suivi sanitaire est assuré par deux services distincts :

- le service médico-psychologique régional (SMPR) dépend d'un centre hospitalier spécialisé et prend en charge les processus psychopathologiques⁵ (maladies psychiatriques, addictions, troubles du sommeil...).

3 Le rhéteur et pédagogue latin Marcus-Fabius Quintilianus (42-95) propose sept circonstances rhétoriques pour rendre-compte d'un fait : la personne, le fait, le lieu, les moyens, les motifs, la manière, le temps (cf. indications bibliographiques).

4 *Justice / Annuaire et contacts / Direction interrégionale de Paris*. [En ligne]. [Consulté le 22 mai 2013]. Disponible : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-paris-10121>

5 Lien avec l'UE 2.6 – Processus psychopathologiques.

- l'unité de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) est rattachée à un centre hospitalier universitaire et a pour mission la gestion des atteintes somatiques aiguës (urgences vitales⁶ ou non, processus traumatiques⁷, douleurs, processus inflammatoires et infectieux⁸...) et chroniques (défaillances organiques⁹, troubles métaboliques ou nutritionnels, atteintes dermatologiques...).

Les deux services font également beaucoup de prévention dans leurs domaines de compétences (hygiène, prévention des suicides et des infections / maladies sexuellement transmissibles, vaccinations...) et d'éducation thérapeutique au profit des patients souffrant de maladies chroniques¹⁰.

L'Ucsa est située à l'opposé de l'entrée de la prison.

On y accède après avoir parcouru de longs couloirs froids et franchi de nombreuses et lourdes portes sécurisées. C'est au sein de ce service que j'ai pu réaliser un stage de cinq semaines lors du quatrième semestre d'études. Et c'est lors de ce stage que se sont déroulés les faits suivants.

C'était un matin du mois de mars 2012, je ne me souviens plus du jour exact mais c'était en semaine. Mon service commençait à 7 h 30. Chaque matin, un infirmier est positionné au niveau de la salle de prélèvements et recueille les différents échantillons biologiques nécessaires selon les prescriptions médicales effectuées¹¹. J'appréciai cette activité qui me permettait d'améliorer ma technique de prélèvements veineux¹² mais également de revoir les différents examens biologiques, leurs indications, les pathologies associées.

C'était d'ailleurs mon poste ce matin-là. Je me trouvais donc dans cette pièce qui est une ancienne cellule¹³, comme toutes les salles mises à disposition de l'Ucsa. Elle est située à droite peu après l'entrée du service.

6 Lien avec l'UE 4.3 – Soins d'urgence.

7 Lien avec l'UE 2.4 – Processus traumatiques.

8 Lien avec l'UE 2.5 – Processus inflammatoires et infectieux.

9 Lien avec l'UE 2.7 – Défaillances organiques et processus dégénératifs.

10 Liens avec l'UE 4.6 – Soins éducatifs et préventifs et la compétence 5 – Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs (cf. annexe II).

11 Lien avec la compétence 4 – Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.

12 Lien avec fiche technique « Prélèvements veineux ».

13 Dimensions : longueur = 4 m, largeur = 2, 5 m, hauteur = 3 m.

On y trouve l'équipement minimum nécessaire : un fauteuil de prélèvements, un ordinateur, ainsi que tout le matériel nécessaire aux prélèvements et à l'acheminement des échantillons biologiques vers les laboratoires d'analyses médicales (sac isotherme opaque, sachets sécurisés transparents, tubes et pots stériles, aiguilles stériles à usage unique...). Elle est séparée de la salle de soins voisine par seulement un rideau opaque, sécurité oblige. Une alarme « coup de poing » est également à proximité du soignant si besoin.

Le décor est pauvre, le confort spartiate, l'environnement froid.

Deux surveillants¹⁴ sont postés en permanence dans le couloir du service. Leurs missions sont multiples : assurer la sécurité des soignants, veiller à la discipline des patients détenus au sein de l'Ucsa, ainsi que faire le lien avec les espaces de détention en procédant à l'appel des souffrants attendus en soins ou à l'inverse, en signalant la fin de leur consultation afin qu'ils puissent réintégrer leur cellule.

Quelques prisonniers patientent déjà dans deux anciennes cellules aménagées en salles d'attente. Mais ici ni magazine, ni fleur. Juste un banc qui ne permet pas à tout le monde d'attendre assis.

Les soignants présents s'activent, mais toute l'équipe n'est pas encore arrivée. Les infirmiers réalisent les soins, quelques médecins consultent dans leurs bureaux respectifs. Je suis encadré par une infirmière du service¹⁵ qui me laisse relativement autonome car elle a déjà pu m'évaluer sur les différents soins à effectuer ce matin. De plus, cela fait déjà plusieurs semaines que je suis en stage dans le service.

Pour des raisons d'encadrement professionnel et de sécurité, elle se trouve à proximité, de l'autre côté du rideau opaque qui sépare la salle de prélèvements de la salle de soins. Nous ne nous voyons pas mais pouvons nous entendre parfaitement.

Après avoir reçu plusieurs patients pour des examens variés, c'est au tour d'un jeune homme détenu de venir pour une « prise de sang ». Il s'agit d'un patient d'environ trente ans qui souhaite travailler dans les cuisines de la prison.

A cet effet, plusieurs examens médicaux doivent réglementairement être effectués dont des prélèvements sanguins.

14 Les surveillants dépendent de l'administration pénitentiaire et non de l'assistance publique.

15 Lien avec la compétence 10 - Informer, former des professionnels et des personnes en formation.

La place étant libre, je demande donc au surveillant de le faire entrer. Suite à l'appel de son nom, M. B¹⁶ se présente.

Il est de corpulence moyenne et de type nord-africain, ses traits sont tirés et il semble fatigué. Il s'avance lentement vers moi, vêtu d'un pantalon de survêtement et d'un *T-shirt*.

1.3. Narration de la situation vécue en stage

Après nous être salués mutuellement, je me présente puis lui demande sa carte de détenu¹⁷ afin de m'assurer que j'ai bien en face de moi le patient correspondant aux soins à effectuer.

J'invite alors M. B à prendre place dans le fauteuil de prélèvements et à se détendre pendant que je termine la préparation du matériel nécessaire. M. B appréhende la « prise de sang ». Il est crispé et très attentif à tout ce que je fais, il agite sans cesse sa jambe droite. Il me précise alors d'un ton peu assuré : « Vous savez, je n'ai pas vraiment l'habitude de tout ça. »

Bien que très concentré sur la préparation du soin (application de la prescription médicale, règles d'hygiène et d'asepsie), j'engage une discussion avec lui afin de le distraire et d'atténuer ainsi son anxiété¹⁸.

Nous échangeons sur quelques lieux communs comme la météo du jour ou la fraîcheur de la pièce. Puis, M. B évoque ses conditions de vie en détention : ses rapports avec les codétenus, son souhait de travailler pour gagner de l'argent, pouvoir sortir de la cellule et acquérir une expérience professionnelle. Je suis intéressé par ce qu'il raconte et l'écoute attentivement, tout en réalisant le soin prescrit. Le fait de parler de son quotidien le détend, il cesse d'agiter sa jambe droite, son visage s'ouvre et semble moins fatigué.

J'en profite pour évaluer succinctement son adaptation à l'univers carcéral.

16 Afin de préserver l'anonymat du patient dans le cadre du secret professionnel, l'initiale de son nom a été volontairement modifiée.

17 Une fois écrouées les personnes détenues ne conservent aucun papier officiel avec elles (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour...). Une carte de détenu leur est alors délivrée afin qu'il puisse justifier leur identité, le cas échéant.

18 Lien avec l'UE 4.2 – Soins relationnels et la compétence 6 – Communiquer et construire une relation dans un contexte de soins.

A cette fin, je lui demande s'il dort correctement, s'il s'alimente convenablement et s'il entretient des rapports cordiaux avec les surveillants et ses codétenus.

Cela fait plusieurs semaines qu'il est en prison et semble bien intégré d'après ses dires. De plus, il n'exprime pas d'idées suicidaires et ne se plaint d'aucun trouble particulier.

La relation thérapeutique ainsi créée participe à sa mise en confiance et il en vient à me dévoiler volontairement son motif d'incarcération.

Il m'annonce avec fierté :

« Dehors, je vendais des faux-papiers. Des permis de conduire, des cartes grises... De tout. Je gagnais très bien ma vie, en plus sans payer d'impôts ni de taxes ! »

Son visage rayonne. Il ne ressemble plus du tout au jeune homme quasi-épuisé que j'ai rencontré une quinzaine de minutes auparavant.

Au cours de son monologue, il expose ses diverses infractions à la loi pénale. Son détachement apparent vis-à-vis des faits qui lui sont reprochés me stupéfait.

A ce moment du soin, je me fige. Impossible de retenir un mouvement de retrait. Je suis incapable de répondre quoi que ce soit. Mon visage s'est fermé, je ne suis plus dans une posture professionnelle d'écoute active¹⁹. Je coupe alors court à la conversation et termine le soin rapidement. Puis, je justifie mon attitude expéditive par : « J'ai beaucoup de patients à voir ce matin. »

Le patient me regarde en souriant, j'ai un regard fuyant et me sens seul. Je passe alors le relais à mon infirmière-tutrice dès le départ du patient. Cela me permet de m'asseoir quelques minutes seul dans la salle de repos afin de faire le point sur les événements qui viennent de se dérouler.

Pendant l'heure de pause-déjeuner, j'en parle avec les membres de l'équipe soignante afin de ne pas tout garder pour moi, et solliciter leurs avis. Ils sont très à l'écoute, compréhensifs et respectueux. Sans toutefois imposer leurs propres repères. Cela me permet de partager avec mes pairs et de relativiser l'événement, afin d'être remotivé pour l'après-midi de travail et la suite du stage.

19 Concept développé en 1972 par le psychologue humaniste américain Carl Rogers (1902-1987).

1.4. Analyse de la situation d'appel

Afin de réaliser une analyse précise, complète et exhaustive de la situation précédemment développée, j'ai eu recours au modèle Ascid²⁰.

En effet, il s'agit d'un modèle intéressant et particulièrement fécond pour analyser des situations d'apprentissage et imaginer les actions possibles de l'intervenant. L'emploi rigoureux de cette liste raisonnée m'a permis de faire correctement et complètement le tour de l'objet d'analyse. Ce fut un lien avec une posture réflexive et une incitation à la métacognition.

Au début de la rencontre, je suis particulièrement ouvert. Mon attitude d'écoute active est empathique, je suis authentique et chaleureux. Nos échanges sont centrés sur la réalité de M. B, je me sens à l'aise avec lui et le trouve sympathique. J'agis en professionnel de santé et permet la mise en œuvre d'un rapport collaboratif entre nous.

Je fais preuve d'humanité et considère M. B dans sa globalité et dans sa singularité.

Cela permet de le rassurer et de l'apaiser. De plus, cela favorise le développement d'une véritable alliance thérapeutique.

Dans le but de mettre M. B à l'aise, je me suis appuyé sur différents savoirs théoriques et savoir-faire pratiques acquis à l'Ipsi²¹ ou lors de mes expériences personnelles²². Ces connaissances professionnelles ont favorisé le développement d'un véritable savoir-être communiquant. Cet épisode m'a permis de mettre en évidence un point fort de mon potentiel professionnel : l'aptitude relationnelle.

Puis, au moment où M. B choisit de rentrer les détails de ses infractions, je me retrouve face à un conflit intra-personnel.

20 Acronyme regroupant les facteurs de production et de maintien de la conduite suivants : affectivité et attitudes, savoir-faire technique et relationnel, cognition, image de soi et décisions. Ce modèle a été développé par une équipe de recherche dirigée par M. Dieudonné LECLERCQ au sein du Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé (Ceres) de l'Université de Liège (Belgique). Cf. indications bibliographiques.

21 UE 4.2 – Soins relationnels, travaux dirigés, stages professionnels.

22 Engagement associatif au sein de la Croix-Rouge française depuis 2003 : travail auprès de personnes démunies (qualification en accueil et écoute), formateur soutien psychologique.

En effet, l'espace d'un instant je ne considère plus M. B comme un patient à qui nous devons prodiguer des soins de qualité, mais comme un délinquant ayant commis une faute et devant la réparer. Il m'est alors difficile de faire la part des choses, et je me surprends à émettre intérieurement un jugement de valeur concernant ce patient.

Bien sûr que je ne suis pas juge et que ce n'est pas à moi d'évaluer les actes commis par M. B, mais involontairement je me suis fermé.

Je subissais cet état de fait, j'étais rattrapé par la structuration profonde de ma personnalité.

Ce que j'éprouvais me semblait être un dilemme. Et pour cause, comment prendre soin de quelqu'un qui a fait du mal sans être tiraillé intérieurement ?

Cette pensée m'étant insupportable, la seule alternative envisageable pour moi était de mettre en œuvre un mécanisme de défense²³. J'ai donc projeté ma colère sur M. B.

Cette opération mentale inconsciente s'est effectuée en trois temps²⁴ :

- 1- Je prends soin de M. B mais cette pensée m'est insupportable car comment apporter du réconfort à quelqu'un qui a commis le pire ?
- 2- Je déteste M. B puisqu'il m'amène à éprouver ce sentiment inacceptable. Mais cette hostilité ressentie est également inacceptable, car je suis avant tout un soignant.
- 3- Donc il me persécute, et parce qu'il m'inflige de telles souffrances incontournables je ne peux que le haïr.

L'objectif à très court terme était d'évacuer ce conflit interne, de sortir de cette situation émotionnelle intolérable pour moi-même.

Je pense aujourd'hui que M. B a cherché à provoquer en moi cette sensation de mal-être. Il voulait me faire réagir, désirait me voir mal à l'aise. Son fonctionnement psychique pervers visait certainement à éviter chez lui une souffrance intérieure. Il m'utilisait alors comme un instrument pour extérioriser quelque chose d'insoutenable pour lui afin de s'en prémunir.

23 Lien avec l'UE 1.1 – Psychologie, sociologie, anthropologie ; et plus particulièrement la théorie psychanalytique.

24 Indiqués par le neurologue autrichien fondateur de la psychanalyse Sigmund Freud (1856-1939) dans l'analyse qu'il propose des écrits autobiographiques de Daniel-Paul Schreber (1842-1911), magistrat allemand souffrant de délires psychotiques (cf. indications bibliographiques).

Ce mode de fonctionnement est révélateur de souffrances psychiques et de contradictions internes au patient qui refuse de les ressentir et donc les projette sur autrui.

Il cherchait certainement par ce moyen à valoriser son égo.

En effet, la relation patient-soignant était ici asymétrique à plusieurs niveaux.

D'un côté, un soignant libre, intégré dans la société, connaissant le soin, ayant la capacité d'engendrer une douleur physique autant que de procurer un soutien moral ; d'un autre, un patient détenu, au ban de la société et subissant l'inconnu d'un soin potentiellement douloureux et tout du moins anxiogène.

Il est certain que M. B cherchait ici à satisfaire son besoin fondamental de communiquer avec ses semblables²⁵.

Néanmoins, il recherchait également à assouvir son besoin d'estime²⁶ par un procédé détourné.

La décision prise immédiatement de passer le relais à un autre membre de l'équipe permet d'assurer la continuité et la qualité des soins, tout en me préservant d'un éventuel épuisement professionnel.

Ma tutrice est restée passive durant tout le déroulement du soin. En effet, elle ne pouvait pas percevoir de difficultés à son niveau : la violence était sournoise, déguisée, maquillée. L'infirmière était auditrice aveugle de la scène et n'était donc pas en mesure d'en déceler les problèmes sous-jacents aux interactions verbales qu'elle entendait.

Lorsque je m'isole à la suite de cette entrevue, je ressens un vif sentiment de culpabilité dans un premier temps. Je suis en fait frustré de n'avoir pu faire face de manière neutre et impartiale au discours de ce patient qui évoquait son histoire de vie avec sarcasme. L'image que j'ai de moi-même est dégradée, je n'ai pas été à la hauteur. Un mélange de colère et de déception bouillonne en mon for intérieur. Je suis véritablement angoissé et fortement déprimé à l'idée de reprendre le travail.

25 Modèle conceptuel en soins infirmiers des « quatorze besoins fondamentaux de l'être humain » proposé en 1947 par l'infirmière américaine Virginia Henderson (1897-1996). Cf. annexe IV.

26 La hiérarchie des besoins est une théorie de la motivation élaborée par le psychologue américain Abraham Maslow (1908-1970). Cf. annexe V.

Dans un second temps, le fait de verbaliser autour du phénomène vécu et mettant en jeu plusieurs facteurs psychologiques avec la cadre de santé, les infirmiers et les médecins me permet de prendre du recul, puis de positiver en intégrant cette expérience comme un enrichissement de ma pratique professionnelle. Mon tempérament optimiste transforme vite cet échec supposé en réelle plus-value de l'apprentissage.

Il est évident que j'ai pu rebondir aussi rapidement grâce aux personnes-ressources que furent mes collègues, mais également grâce à certaines aptitudes internes²⁷.

Suite à cette matinée particulièrement difficile à vivre pour un soignant en formation, j'ai pris conscience de plusieurs axes personnels d'amélioration.

Il me paraissait principalement important d'être très vigilant au maintien d'une juste distance thérapeutique. Cette distance pourrait même être le fondement d'une conduite soignante durable et un gage d'efficacité.

J'ai aussi pu mesurer les conséquences sérieuses causées par l'influence de comportements intensément et activement pervers.

En tant que stagiaire, il m'était délicat de proposer un plan d'action global, pertinent et adapté à mettre en œuvre afin de prévenir ces situations difficiles, ou d'accompagner les soignants qui en seraient les protagonistes. Cependant, cette démarche se serait parfaitement inscrite dans la suite logique de l'événement.

1.5. Conclusion

J'ai sélectionné cette situation professionnelle car elle illustre parfaitement selon moi les propres limites rencontrées par le soignant dans certains cas, voire son incapacité à y faire face, son impuissance. Le fait d'avoir d'abord contextualisé l'expérience qui interpelle, qui déclenche l'interrogation sur un problème donné m'a permis de clarifier ce que je voulais traiter. Les données recueillies sont nécessaires et suffisantes pour dresser un état des lieux, le décor est planté.

²⁷ Capacités à la prise de recul et à la remise en question, persévérance, forte motivation.

Il est aisé de remarquer ici comment tout peut rapidement basculer émotionnellement et l'impact potentiel de ce bouleversement sur le soin à réaliser, les conditions de travail voire la santé mentale de l'infirmier ne semble pas négligeable. Les particularités du milieu carcéral pourraient éventuellement exacerber les ressentis.

C'est pourquoi cet événement orienta mon questionnement professionnel. Les informations issues de cette analyse sont vraiment essentielles au questionnement futur.

Ensuite, il me fallait débiter une démarche de recherche pour mieux en comprendre les différents éléments.

J'ai donc adopté une posture réflexive durant plusieurs mois afin d'identifier les questions qui m'apparaissaient évidentes et utiles.

2. Question de départ

Après avoir relié la situation clinique d'appel avec les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, il me semblait important d'inaugurer la construction de mon objet de recherche en posant ma question de départ.

Cela formaliserait mes idées et mes intuitions, orienterait mes lectures et éviterait toute dispersion contre-productive.

A partir de certaines intuitions empiriques, je souhaitais m'interroger sur la façon dont les infirmiers des Ucsa ressentaient et canalisait leurs émotions en pareilles circonstances.

Sont-ils de moins-en-moins sensibles à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience ? Intériorisent-ils leurs émotions ou bien au contraire en parlent-ils librement ? Les échanges à ce sujet sont ils majoritairement encadrés ou plutôt informels ?

Je me suis interrogé sur cette thématique concernant les mécanismes de défense, les valeurs, les croyances et les représentations.

Ainsi la situation vécue que j'ai pu décrire précédemment a suscité la question suivante :

**Qu'est-ce que l'infirmier met en place pour gérer ses émotions
en milieu carcéral ?**

Il s'agit ici de l'identification de mon objet d'étude. J'ai là le point de départ du processus de problématisation qui aboutira plus loin à l'élaboration de ma question de recherche.

3. Thème

Une situation problématique étant à la source de mon travail, la mise en évidence de mon thème a suivi l'élaboration de ma question de départ.

Le cadre général de ma recherche concerne les interactions relationnelles entre une personne détenue et un infirmier.

Après avoir croisé les nombreuses données accumulées grâce à cette analyse, il me faut maintenant problématiser mon questionnement afin d'aboutir à ma question de recherche. Je dois donc étayer les informations recueillies par différents apports théoriques puis mener une enquête exploratoire afin de confronter les connaissances rassemblées à la réalité du terrain.

II D'une question de départ à une question de recherche

Le processus de problématisation est long et complexe.

Je présenterai donc dans une première partie toutes les questions qui me sont venues à l'esprit suite à la validation de ma question de départ. Puis, la deuxième partie me permettra d'introduire l'ensemble des notions théoriques sur lesquelles j'ai appuyé ma réflexion. Enfin, mon enquête exploratoire sera détaillée et analysée au sein d'une troisième partie.

1. Problématisation

Il n'est pas possible de passer d'une intuition expérimentale à une question de recherche d'un seul coup. Il s'agit de mettre progressivement en perspective un raisonnement grâce à deux étapes permettant de recenser les références théoriques et conceptuelles d'une part, et de mettre en œuvre des méthodes scientifiquement valables afin d'élaborer un outil en vue de réaliser une enquête exploratoire de qualité d'autre part.

Bien que présentées successivement ici, ces étapes sont loin d'être entièrement distinctes et indépendantes. En effet, il ne s'agit aucunement d'une évolution linéaire et ces étapes sont bien évidemment interconnectées.

Dès ma question de départ arrêtée, je me suis posé nombre de questions concernant le fonctionnement de l'univers carcéral, les différents types d'établissements pénitentiaires et de personnes détenues. Puis j'ai étudié les textes régissant la vie en détention et les soins délivrés aux personnes emprisonnées. De la même manière, j'ai souhaité en savoir plus sur la profession infirmière, le concept de soin et son cadre légal.

La communication étant au cœur de la relation patient-soignant il me fallait mieux comprendre sa portée, en plus des caractéristiques de cette relation particulière.

Je devais également développer mes connaissances concernant les émotions, leur gestion et leur lien avec l'épuisement professionnel.

De plus, j'ai cherché à établir des liens entre ces interrogations et plusieurs champs disciplinaires des sciences infirmières.

Je précise que mon étude a volontairement été limitée à la situation française actuelle lors de son élaboration.

Cette phase exploratoire de mon sujet a été formalisée dans une note de recherche. Il s'agissait d'un point d'étape permettant de circonscrire l'objet de la recherche en fonction de la problématique retenue et des orientations choisies.

2. Conceptualisation

Ici sont indiqués tous les outils théoriques dont j'ai besoin afin d'établir un cadre de référence à mon travail. J'ai procédé en partant des concepts généraux vers ceux plus spécifiques qui me permettront de détailler les précédents tout en étant plus adapté au contexte étudié.

En parallèle, j'ai recherché les différents écrits existants en lien avec mon sujet et les ouvrages de référence *ad hoc* afin de constituer une revue de littérature. A cet effet, j'ai d'abord consulté la *Banque de données en santé publique*²⁸ (BDSP). Puis, la bibliothèque de l'Ifsi Cochin ne possédant pas la totalité des publications intéressant mon thème, je me suis rendu au centre de documentation en santé et social de l'AP-HP (Paris 13^e). Ce déplacement m'a également permis de bénéficier d'une formation particulière en recherche documentaire²⁹ dispensée par une documentaliste du centre, favorisant grandement mon autonomie.

L'encyclopédie *Wikipédia*³⁰ fut également idéale lors de ma première approche du sujet. Elle m'a permis de trouver des sources de qualité et j'ai d'ailleurs utilisé certaines de ses références.

Dans la suite du chapitre, j'aborderai la particularité des soins dans les enceintes carcérales. Puis, je présenterai les différents aspects de la relation patient-soignant ; avant de développer le concept d'émotion.

28 Réseau documentaire d'informations en ligne à destination des professionnels des secteurs sanitaire et social (cf. indications sitographiques). Créée en 1993, la BDSP est gérée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) située à Rennes (35).

29 Requête sur catalogue en ligne (*Base de données documentaires de la Délégation à la formation de l'AP-HP [Delfodoc]*). Cf. indications sitographiques.

30 Créée en 2001, *Wikipédia* est une encyclopédie universelle coopérative (cf. indications sitographiques).

2.1. Les soins dans les enceintes pénitentiaires

2.1.1. Le milieu carcéral

Dans *Le Petit Robert*³¹ 2013 la prison est définie comme étant un « lieu de détention, [un] établissement clos aménagé pour recevoir des délinquants condamnés à une peine privative de liberté ou des prévenus en instance de jugement³² ».

Cette définition met bien en évidence les deux types de personnes incarcérées : d'un côté les condamnés qui purgent une peine plus ou moins longue, de l'autre les prévenus qui sont en détention provisoire en attendant le verdict de leur procès.

En fonction de la durée de la peine prononcée, le détenu sera placé en maison d'arrêt (prévenus et condamnés jusqu'à deux ans de prison), en centre de détention (condamnés à au moins un an de prison) ou en maison centrale (condamnés à des peines de plusieurs années de prison). Il existe aussi des structures spécialisées (établissements pour mineurs, centres de semi-liberté...).

L'ensemble de ces établissements se trouve sous la responsabilité de l'Administration pénitentiaire (AP), direction placée sous l'autorité du ministre de la Justice³³ et dont le personnel est formé au sein de l'École nationale d'administration pénitentiaire (Énap) située à Agen (47).

Chaque établissement possède son propre *Règlement intérieur*, mais la totalité des structures est régie par les *Code pénal* et *Code de procédure pénale*. De plus, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté³⁴ est chargé de « s'assurer que les droits fondamentaux des personnes privées de liberté sont respectés et de contrôler les conditions de leur prise en charge³⁵ » depuis le 11 juin 2008.

31 Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.

32 REY, Alain (sous la direction de). *Le Petit Robert 2013*. France : Dictionnaires Le Robert. 2012. 2880 pages. Page 2025.

Né en 1928, M. Alain REY est un linguiste et lexicographe français.

33 Mme Christiane TAUBIRA depuis le 16 mai 2012. Née en 1952, elle est membre du Parti radical de gauche.

34 M. Jean-Marie DELARUE, conseiller d'État, occupe ce poste depuis le 11 juin 2008.

35 Contributeurs à *Wikipédia*. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Wikipédia* [En ligne]. 31 juillet 2007, [réf. du 24 mai 2013]. Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Contr%C3%B4leur_g%C3%A9n%C3%A9ral_des_lieux_de_privation_de_libert%C3%A9&oldid=93403664

En détention, plusieurs activités sont proposées : formation, travail, activités sportives et culturelles, mais également des projets en lien avec des associations.

Le principal lien avec l'extérieur est assuré par le Service pénitentiaire d'insertion et de probation (Spip). C'est également le coordinateur de l'ensemble des partenaires intervenant en milieu fermé (professionnels de santé, du travail social et de l'éducation, associations, institutions...).

Malheureusement, la surpopulation est une maladie chronique de notre système carcéral.

En effet, *Libération*³⁶ a récemment repris une nouvelle de l'Agence France-Presse³⁷ (AFP) annonçant qu'« un total de 67 839 personnes étaient incarcérées début mai [2013] en France. [...] Parmi ces détenus figuraient 16 987 prévenus [...]. La "capacité opérationnelle" des [191] établissements pénitentiaires, c'est-à-dire leur capacité d'accueil, étant de 57 235 places, le taux d'occupation au 1^{er} mai [2013] atteignait 118,5 %³⁸. »

En ce qui concerne les missions du système carcéral, Michel Foucault³⁹ les résumait ainsi en 1975 : « Il est polyvalent dans ses applications : il sert à amender les prisonniers, mais aussi à soigner les malades, à instruire les écoliers, à garder les fous, à surveiller les ouvriers, à faire travailler les mendiants et les oisifs⁴⁰. »

36 Quotidien généraliste français.

37 L'AFP est l'une des trois agences de presse mondiales et généralistes. Créée en 1944, elle est située à Paris (2^e).

38 AFP. La France compte 67 839 détenus, un nouveau record. *Libération* [En ligne]. 24 mai 2013. Disponible sur : http://www.liberation.fr/societe/2013/05/24/la-france-compte-67-839-detenus-un-nouveau-record_905417

39 Paul-Michel Foucault (1926-1984) était un philosophe français spécialisé dans l'histoire des systèmes de pensée.

40 FOUCAULT, Michel. *Surveiller et punir*. 2^e édition. France : Gallimard. 1993. 364 pages. (Tel ; n° 225). Page 239.

2.1.2. Les soins infirmiers

Pour définir la profession infirmière, l'association des Amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (Amiec Recherche) reprend un texte de loi⁴¹ qui précise qu'un infirmier est une « personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, elle participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement⁴². »

Cette profession d'auxiliaire médical est réglementée par son *Décret de compétences*⁴³ qui indique les actes réalisables sur rôle propre et ceux relevant du rôle médico-délégué.

Dans le cadre de ses missions, l'infirmier est régulièrement amené à collaborer avec d'autres professionnels de santé⁴⁴.

L'Ordre national des infirmiers⁴⁵ (ONI) existe depuis 2006. Il est présidé par M. Didier BORNICHE (infirmier) depuis le 13 septembre 2011. L'ONI a rédigé un projet de *Code de déontologie* qui a été transmis au Ministre des affaires sociales et de la santé⁴⁶ le 10 mars 2010. Depuis, nous attendons sa promulgation sous la forme d'un décret en Conseil d'État.

D'après Mme Christine PAILLARD⁴⁷, « le soin infirmier est une discipline relevant des sciences infirmières et ayant pour objet de :

- protéger, maintenir, restaurer, promouvoir, la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes ;
- soulager la souffrance ou assister les personnes dans les derniers instants de leur vie ;
- appliquer les prescriptions médicales ;

41 Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 (définition de la personne exerçant la profession infirmière). Journal Officiel, 1^{er} juin 1978. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/>
Légifrance est un service public de diffusion du droit. Il est édité depuis 2002 par le Secrétariat général du gouvernement français.

42 Amiec Recherche. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. 3^e édition. France : Masson. 2005. 368 pages. Page 130.

L'Amiec Recherche est une association regroupant des infirmiers.

43 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du *Code de la santé publique* et modifiant certaines dispositions de ce Code. N° 183 du Journal Officiel, 8 août 2004. Disponible : sur <http://www.legifrance.gouv.fr/>

44 Aides-soignants, auxiliaires de puériculture...

45 *Portail national de l'ONI*. [En ligne]. [consulté le 26 mai 2013]. Disponible : <http://www.ordre-infirmiers.fr/>

46 Mme Marisol TOURAINE depuis le 16 mai 2012. Née en 1959, elle est membre du Parti socialiste.

47 Documentaliste de la santé travaillant pour l'hôpital Max Fourestier de Nanterre (92) depuis 2006.

- participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ;
- favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie habituel ou nouveau⁴⁸. »

Pour atteindre ces objectifs, l'infirmier utilise une méthode de raisonnement clinique : la démarche de soins infirmiers⁴⁹.

Après avoir recueilli suffisamment de données concernant le patient, l'infirmier les analyse bio-psycho-socialement afin de mettre en évidence les besoins fondamentaux perturbés. Il établit ensuite un projet de soin⁵⁰ qui sera réajusté, le cas échéant.

Les Anglo-saxons distinguent les concepts de *cure* et de *care*⁵¹, ce qui pourrait se traduire en Français par « soigner, traiter » pour *to cure* et « prendre soin » pour *to care*. Cette dernière notion serait le fondement même des soins infirmiers (*nursing* en Anglais). En effet, « aucun traitement ne peut se substituer aux soins. On peut vivre sans traitement, mais on ne peut pas vivre sans soins⁵². »

2.1.3. Les soins infirmiers en prison

Il n'y avait que peu de liens entre prison et hôpital jusqu'en 1986, année de création des SMPR⁵³.

Huit ans plus tard, c'est au tour des Ucsa d'être créées⁵⁴ ; il s'agit d'une véritable réforme.

48 PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier. Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. France : SETES. 2013. 400 pages. Page 266.

49 FRÉCON-VALENTIN, Éliane, PASCAL, Annie. *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats. Classifications infirmières et plans de soins*. 5^e édition. France : Elsevier-Masson. 2011. 781 pages.

Les auteurs sont directrices des soins et membres de l'Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers (Afed).

50 Regroupe les problèmes de santé du patient, leurs étiologies, leurs symptômes, les objectifs des soins infirmiers, la planification des interventions infirmières, et l'évaluation du résultat.

51 Lien avec l'UE 6.2 - Anglais.

52 COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. 2^e édition. Paris : Masson. 2001. 456 pages. Page 126.

Mme Marie-Françoise COLLIÈRE fut infirmière et enseignante en sciences et techniques sanitaires et sociales. Dès 1965, elle utilisa l'ethno-histoire pour aborder les situations de soins. Elle fut au Tableau des experts permanents de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les soins infirmiers de 1973 à 1996.

53 Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Journal Officiel, 19 mars 1986. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

54 Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

M. Roch-Étienne MIGLIORINO⁵⁵ compare l'avant et l'après 1994 : « Avant la réforme de 1994, les traitements étaient distribués sous forme liquide dans de petites fioles par les surveillants pénitentiaires. Les médicaments somatiques étaient mélangés aux psychotropes et hypnotiques. Les prisonniers étaient tenus d'avalier leur médication lors de la distribution. Aujourd'hui, le détenu garde en cellule sa pochette de médicaments. Il en est de ce fait entièrement responsable et libre de les absorber⁵⁶. »

Désormais, les personnes incarcérées disposent d'un accès global aux soins leur permettant de promouvoir leur santé durant la détention. Ils sont également affiliés au régime général de la Sécurité sociale dès leur placement sous écrou.

Tout le matériel nécessaire aux soins est disponible sur place et certaines Ucsa possèdent même un plateau technique de radiologie, une salle de kinésithérapie, un cabinet dentaire et proposent des consultations de médecine spécialisée (ophtalmologie, endocrinologie, dermatologie...) en plus de celles de médecine générale.

En cas d'urgence ou si une hospitalisation s'avère nécessaire, le patient est escorté vers un centre hospitalier. Dans ce cas, la *Charte de la personne hospitalisée* précise que : « les personnes détenues disposent des mêmes droits que ceux dont bénéficient les autres personnes hospitalisées⁵⁷ ».

Enfin, des aménagements de peine pour raison de santé sont envisageables sous certaines conditions et sous la surveillance du Juge de l'application des peines⁵⁸.

Le *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*⁵⁹ sert de référence afin que « la qualité et la continuité des soins [soient] garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population⁶⁰ ».

55 Infirmier exerçant au sein de l'Ucsa de Fresnes (94) et intervenant également en Ifsi.

56 MIGLIORINO, Roch-Étienne. *Infirmier en milieu carcéral. Accompagner, soigner, réinsérer*. France : Masson. 2010. 96 pages. Page 13.

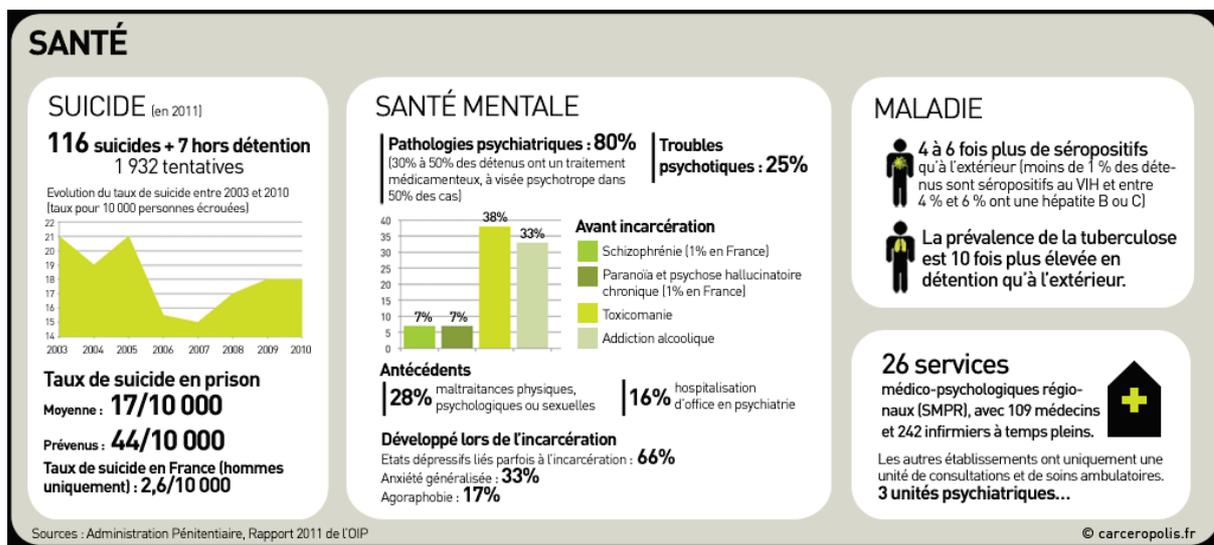
57 *Charte de la personne hospitalisée* [format Pdf]. Avril 2006. Page 13. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

58 Fonction créée en 1958 dans un souci d'individualisation de la peine.

59 *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues* [format Pdf]. Septembre 2004. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_persones_detenues.pdf

60 Article 46 de la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Néanmoins, malgré ces mesures favorisant l'accès à des soins de santé de qualité, la population détenue reste particulièrement vulnérable comme le résumant ces schémas⁶¹ issus des données du rapport de l'Observatoire international des prisons⁶² (OIP) concernant les conditions de détention en France en 2011⁶³ :



Du côté de l'infirmier exerçant en Ucsa, Mme Fabienne DECHET⁶⁴ précise qu'il doit « développer des compétences relationnelles : une écoute active, un soutien, une attitude empathique⁶⁵ ». En effet, d'après M. Gilles MARMIN⁶⁶ « les soins en prison sont à la fois plus relationnels et moins spécialisés qu'à l'hôpital. Le temps réservé à l'écoute est extrêmement important⁶⁷. »

61 SANTÉ [En ligne]. Disponible sur : <http://carceropolis.fr/>

62 Créé en 1990 à Lyon (69), l'OIP est une organisation non gouvernementale ayant un statut consultatif à l'Organisation des Nations unies (ONU) depuis 1995. Son rôle est de promouvoir le respect des personnes incarcérées partout dans le monde.

63 OIP. *Rapport 2011 : les conditions de détention en France*. France : La Découverte. 2011. 336 pages.

64 Cadre de santé – Ucsa de Paris-La Santé (Paris 14^e).

65 DECHET, Fabienne. Actions de promotion de la santé en milieu carcéral. *Soins*, janvier/février 2012, n° 762, pages 18-21. Page 21.

Soins est une revue infirmière mensuelle de référence en France. Diffusée depuis 1956, elle est éditée par Elsevier-Masson.

66 Cadre supérieur de santé – Ucsa de Fresnes (94).

67 MARMIN, Gilles. Soigner en prison : un paradoxe ? *Objectif soins*, octobre 2005, n° 139, pages 28-31. Page 31.

Objectif soins est une revue infirmière mensuelle française éditée par Wolters Kluwer.

Entre punition et protection, entre attention et répression, un échappatoire est peut-être envisageable. Il s'agirait éventuellement de la relation.

2.2. La relation patient-soignant

2.2.1. La communication

« Communication » vient du latin *communicare* qui signifie « entrer en relation avec ».

Il existe deux grands types de communication : la communication interpersonnelle et la communication dans les groupes⁶⁸.

La communication interpersonnelle est une rencontre entre des personnes, crée des ponts entre des individus pour transmettre des informations, permettre la diffusion des connaissances et l'éveil des esprits. Son approche concerne la parole (communication verbale) et les gestes, le toucher, le regard (communication non verbale) qui relie deux individus.

Pour l'École de Palo Alto⁶⁹ la communication doit être analysée de façon systémique, le contenu et la relation ne faisant qu'un. Elle a posé comme postulat de départ qu' « il est impossible de ne pas communiquer » puis a mis en évidence quatre grands principes⁷⁰ :

- Contenu et relation constituent deux niveaux de sens dans un message.
- Modes digital (langage) et analogique (gestuelle) constituent la dualité dans la communication d'un message.
- Les échanges sont ponctués, il s'agit d'une suite de segments lors desquels chacun porte son regard sur le comportement de l'autre.
- Métacommuniquer, c'est échanger sur sa propre communication.

68 Ce type de communication ne sera pas étudié ici.

69 Courant de pensée et de recherche autour de la communication et de la relation entre les individus. Créée au début des années 1950 par Gregory BATESON (1904-1980) qui était un anthropologue, psychologue et épistémologue américain, cette école prit le nom de la ville de Palo Alto (Californie).

70 TEYSSIER d'ORFEUIL, Luc. Palo Alto. *Communication orale* [En ligne]. Disponible sur : <http://www.communicationorale.com/palo.htm#UaKkcL5OKP->

M. Luc TEYSSIER d'ORFEUIL est directeur d'une société de mentorat et de formation en communication.

Par la suite, M. Alex MUCCHIELLI⁷¹ définit cinq modalités caractéristiques de la communication inter-humaine⁷². D'après lui, l'action de communiquer sert à informer, à se positionner personnellement, à mobiliser autrui, à concrétiser et spécifier la relation humaine et à élaborer des normes relationnelles.

Le schéma suivant représentant une situation de communication montre comment l'idée initiale peut être altérée.

intention de l'émetteur → filtres → contenu du message → filtres → effet sur le récepteur

Comme nous l'avons vu plus haut, ce processus d'échanges réciproques constitue un besoin fondamental de l'être humain qui est en quête de lien social. Il se retrouve évidemment lors de la rencontre entre un patient et un soignant.

2.2.2. Une relation asymétrique

La relation patient-soignant débute dès l'accueil du patient par le soignant. Cet accueil correspond au premier soin proposé à autrui et précède l'écoute. A ce stade, l'infirmier doit instaurer un climat de confiance en informant au mieux le patient en fonction de sa demande. Ce climat devra être maintenu par la suite en recherchant systématiquement le consentement du patient et en négociant si nécessaire.

Le soignant devra alors adapter son profil de relation spontané en tenant compte du niveau de compréhension de la personne soignée, et intégrera l'entourage du patient dans la mesure du possible.

Comme évoqué *supra*, cette relation est de fait asymétrique.

71 Né en 1943, professeur d'université spécialiste des méthodes qualitatives, M. Alex MUCCHIELLI est depuis 2009 concepteur et directeur de la publication d'un site de formations à distance en management et communication mettant en œuvre ses concepts pédagogiques. Son approche s'inscrit dans l'héritage de l'École de Palo Alto.

72 MUCCHIELLI, Alex. *Les situations de communication*. France : Eyrolles. 1991. 152 pages. (Méthodes en sciences humaines). Chapitre 1.2. : Les modalités de la communication. Pages 6-15.

En effet, la personne malade ou blessée est démunie, demandeuse, souffrante et donc soumise à un soignant dominant dont la supériorité repose sur son offre de soins, « sur le port de la blouse qui marque une fonction valorisée, sur un certain savoir paramédical, sur une autorité professionnelle que confère le rôle de soignant, sur l'exécution de quelques gestes techniques⁷³ ».

Cependant, il ne faut jamais perdre de vue que le patient sait mieux que quiconque quel est son problème. C'est en ce sens que l'écoute est fondamentale, et c'est ce qu'il attend bien plus qu'une réponse. Afin de comprendre au mieux la personne soignée et de répondre à ses attentes en l'orientant correctement, Elias-Hull Porter⁷⁴ recommande d'adopter une attitude empathique.

2.2.3. La relation d'aide

La relation d'aide est une relation patient-soignant spécifique. Son objectif est d'aider le patient à trouver lui-même les ressources pour solutionner son problème.

Légalement, les entretiens d'aide et de soutien psychologique peuvent être proposés sur l'initiative propre de l'infirmier⁷⁵.

Techniquement, en reformulant les dires de la personne soignée et en reprenant ses mots, l'infirmier fait un effort pour s'introduire dans le problème tel qu'il est vécu par l'autre. Il veut d'abord vérifier qu'il a bien compris ce qui lui a été dit. Cette attitude relance le patient et l'entraîne à s'exprimer davantage puisqu'il perçoit une preuve qu'il est écouté sans préjugé.

Lorsque l'expérience vécue par le patient et la prise de conscience qui en est faite par le soignant correspondent exactement, Carl Rogers parle de congruence.

73 MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages. (Soigner et accompagner). Page 46.

M. Alexandre MANOUKIAN est psychothérapeute et Mme Anne MASSEBEUF est psychologue. Ils sont tous les deux formateurs en milieu hospitalier après avoir été enseignants en Ifsi.

74 Psychologue américain proche de Carl Rogers, Elias-Hull Porter (1914-1987) a identifié dans les années 1950 six grandes familles d'attitudes auxquelles nous avons spontanément recours dans nos relations interpersonnelles (cf. annexe VI).

75 Article R4311-5 du Code de la santé publique. 8 août 2004. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Bien sûr, les échanges ne sont pas à sens unique, et M. Jacques CHALIFOUR⁷⁶ qualifie cette relation de « processus circulaire où chacun interagit avec l'autre⁷⁷ ».

Je souhaite également insister sur l'importance des proches qui représentent souvent des aidants naturels de qualité.

En milieu carcéral, il est d'ailleurs conseillé aux infirmiers d'avoir suivi une formation à la relation d'aide. Mme Dominique GODARD⁷⁸ rapporte que « cette formation nous apprend à gérer nos affects⁷⁹ ».

2.3. Les émotions

2.3.1. Leurs types et aspects

Étymologiquement, l'émotion précède l'action puis la génère.

Mme Lydia FERNANDEZ⁸⁰ différencie les « "émotions réflexes"⁸¹ [...] que chaque homme quels que soient sa culture et son environnement, viendrait à ressentir, à exprimer et à reconnaître chez les autres hommes ; [des] "émotions mixtes"⁸² plus élaborées, plus construites, [...] qui nécessitent des élaborations cognitives⁸³ ».

Quel que soit leur type, les émotions peuvent être analysées selon huit aspects :

- le cadre temporel
- l'opérateur modal (devoir [il faut], pouvoir [je veux], confiance en soi / estime de soi [je peux])

76 Ancien professeur à la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval (Québec), M. Jacques CHALIFOUR est actuellement psychothérapeute, formateur et consultant.

77 CHALIFOUR, Jacques. La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique – humaniste. France : Lamarre. 1989. 296 pages. Page 18.

78 Infirmière à l'Ucsa de Paris-La Santé.

79 MARTIN, Laure. Le soin derrière les murs. *ActuSoins*, septembre 2012, n° 6, pages 14-15. Page 14.

ActuSoins est un magazine d'actualité infirmière éditée par une entreprise de presse indépendante fondée par des infirmiers.

80 Professeur des Universités spécialisée en philosophie et sciences humaines, Faculté de Picardie Jules Verne.

81 Joie, tristesse, colère, dégoût, surprise, peur.

82 Honte, culpabilité, jalousie, mépris, pitié, tendresse...

83 FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana (sous la direction de). *Les concepts en sciences infirmières*. 2^e édition. France : Mallet conseil. 2012. 328 pages. Page 165.

Mme Monique FORMARIER est puéricultrice et directrice des soins. Mme Ljiljana JOVIC est directrice soins et présidente de l'Association de recherche en soins infirmiers (Arsi). L'Arsi diffuse la revue *Recherche en soins infirmiers (RSI)* depuis juin 1985.

- l'engagement (relaxation / tension)
- les critères (valeurs, croyances, représentations)
- l'intensité (grades)
- la comparaison (avec une autre situation émotionnelle)
- le tempo (dépendant de la décharge d'adrénaline)
- le découpage (global ou spécifique)

Les infirmiers étant tous des êtres humains, ils ressentent tous des émotions. Elles peuvent être exprimées et montrées. Il s'agit là d'actions naturelles et humanisantes.

2.3.2. Leur gestion

Mme Catherine MERCADIER⁸⁴ constate en 2002 qu'en formation initiale « les infirmiers font leur apprentissage des soins dans le déni des émotions. On leur demande en toutes circonstances d'assumer, de trouver la "bonne distance" pour rester maîtres de leurs émotions [...] ne rien ressentir, ne pas éprouver d'émotions⁸⁵. »

Aujourd'hui, le but n'est plus de se construire une carapace afin de devenir hermétique aux émotions. Au contraire, le soignant doit savoir développer sa sensibilité tout en garantissant une bonne maîtrise de soi. Une vision métaphorique du soignant ne ressemblerait ni à une pierre ni à une éponge. Il s'agirait plutôt d'une porte entrouverte donnant sur une pièce avec des fenêtres. Les émotions peuvent ainsi rentrer dans la pièce, être conservées ou évacuées si besoin.

Richard Lazarus⁸⁶ définit en 1993 le coping⁸⁷ comme étant l'« ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-là sur son bien-être psychologique, physique, de sorte que la représentation du stress se modifie ».

84 Directrice d'Ifsi, docteur en sociologie.

85 MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. France : Seli Arslan. 2002. 287 pages. Page 18.

86 Psychologue américain (1922-2002).

87 Stratégies d'adaptation.

Les techniques de relaxation⁸⁸ permettraient également de ne pas se laisser submerger par ses émotions, en augmentant son niveau de tolérance. En effet, un individu ne peut pas être à la fois détendu et anxieux.

Lorsque les émotions ne peuvent plus être gérées sainement, l'individu est dépassé. Le travail en équipe permet alors de passer le relais. La personne concernée peut aussi mettre en œuvre inconsciemment des mécanismes de défense⁸⁹.

2.3.3. L'épuisement professionnel

Un soignant en stress dépassé de façon chronique peut développer un syndrome d'épuisement professionnel⁹⁰. Il n'est alors plus en capacité de faire face aux contraintes de son environnement.

L'engagement relationnel important, les confrontations répétées à la douleur ou à l'échec, le rythme de travail, sont autant de facteurs favorisant les questionnements intérieurs et les débordements émotionnels.

Des ateliers de prévention sont de plus en plus mis en place sous forme de groupes de parole, voire de jeux de rôle. Une bonne hygiène de vie est aussi considérée comme un facteur protecteur.

2.4. Synthèse

Ma problématique interroge plusieurs domaines de connaissances. Néanmoins, elle est principalement en lien avec deux champs disciplinaires des sciences infirmières.

En effet, les sciences humaines et sociales ainsi que le droit occupent une place prépondérante dans mon sujet. La psychologie aide à la compréhension de soi et d'autrui, la sociologie des individus et des organisations permet de mieux étudier certains phénomènes propres au milieu carcéral. De plus, de nombreux détenus étant originaires de l'étranger, l'anthropologie est utile afin d'appréhender les différentes cultures et avec elles les traditions et représentations de chacun.

88 Entraînement autogène, yoga, shiatsu, pranayama, (auto)hypnose...

89 Humour, répression, dénégation, refoulement, isolation...

90 Terme désigné pour la première fois en 1969 par l'Américain Harold Bradley.

Le milieu pénitentiaire et la profession infirmière étant réglementés, des notions en législation sont indispensables. Enfin, l'éthique et la déontologie doivent être étudiées dans le cadre d'une communication saine et efficace.

La relation patient-soignant se trouve au centre de ma thématique. Les concepts d'empathie, d'écoute active, d'émotions, de relation d'aide font partie des sciences et techniques intéressant les interventions infirmières. En effet, ce sont ces soins qui au-delà de nécessiter un savoir-faire technique, exigent un véritable savoir-être infirmier.

Le nombre important de concepts recensés et la complexité des liens qu'ils entretiennent entre eux m'ont amené à réaliser une carte conceptuelle en réseau⁹¹ afin de représenter et d'organiser l'univers de ma question de départ.

En clarifiant mes interrogations et en permettant la hiérarchisation d'une grande quantité d'informations, ce diagramme a beaucoup facilité ma compréhension du problème.

Je suis parti de la relation patient-soignant (rectangles rouges) créée entre un patient (triangles oranges) et un infirmier (hexagones violets) en milieu carcéral (octogones roses). Comme tout soin, elle requiert de la qualité (losanges bleus), mobilise des connaissances (en vert) et engendre des émotions (ellipses jaunes).

Cette image a été développée en parallèle de mon travail de conceptualisation et en représente l'aboutissement. Elle est évidemment évolutive, et ne prétend pas être exhaustive.

91 Élaborée grâce au logiciel *Visual understanding environment (VUE)* mis au point par l'Université Tufts (Massachusetts). Pour cela, j'ai suivi une micro-formation sur le site Internet de M. Rémi BACHELET qui est maître de conférences à l'École centrale de Lille (59). Cf. indications sitographiques.

3. Enquête exploratoire

Le cadre de référence étant maintenant énoncé, il me faut désormais délimiter le champ de ma recherche en voie de réalisation. Pour cela, j'ai mené une enquête exploratoire dont je vous présenterai la méthode puis les résultats.

3.1. Méthode d'exploration

3.1.1. Choix de la méthode d'exploration

Mon sujet étant en rapport avec les sciences humaines et sociales et celles de la communication, j'ai choisi comme méthode d'exploration la réalisation d'entretiens semi-directifs. Il s'agit là de la méthode la plus fiable et la plus facilement exploitable dans le cadre de mon enquête exploratoire. En effet, les techniques d'observation seraient longues et difficiles à mettre en œuvre en milieu fermé, et les questionnaires se révéleraient compliqués à exploiter pour faire ressortir les subtilités des ressentis.

L'entretien est dit semi-directif car il comporte une part de directivité lors de l'introduction des thèmes, mais n'est plus du tout directif lors des réponses fournies qui sont libres tant dans la forme que dans la longueur. D'ailleurs, il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse, l'objectif étant que l'enquêté donne son avis sur la question qui nous occupe.

Cette méthode permet de recueillir des informations extrêmement riches et précises grâce notamment à la puissance évocatrice des citations. Elles révèlent alors souvent l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées. C'est pourquoi ce type d'entretien est largement utilisé sur le terrain, lors des phases de pré-enquête comme ici voire lors de véritables enquêtes de terrain. Il permet aussi d'aborder le niveau des attitudes.

3.1.2. Élaboration de l'outil d'investigation

Afin de mener à bien mon exploration, il me fallait élaborer un outil d'investigation en lien avec ma question de départ : le guide d'entretien⁹² (cf. annexe VII). Son objet était de structurer ma recherche en étant l'un de ses fondements. Je l'ai conçu en fonction des orientations que j'avais prises et des résultats existant dans la littérature. Il se compose de quelques questions servant de points de repère pour conduire l'entretien et le réorienter si nécessaire.

Sa construction est logique et consiste à réaliser une approche « en entonnoir », du général au particulier. L'ordre des questions peut varier car il dépend avant tout du discours spontané de la personne enquêtée.

Ce support a été validé par ma directrice de mémoire, mais également par les directions des soins et l'encadrement des services concernés. Je disposais alors d'un outil de recherche intéressant qui allait m'apporter abondance de matériaux collectés de qualité.

Les cadres de santé des unités de soins furent également des personnes-ressources d'un point de vue pratique (connaissance des contraintes et de l'organisation des soins en détention, autorisations d'accès...). Ils ont aussi pu m'éclairer sur la réalité de mon sujet et contribuer ainsi à mon questionnement professionnel.

3.1.3. Déroulement des entretiens

Deux établissements pénitentiaires se trouvent à proximité de mon domicile. J'ai donc pu proposer mon enquête dans deux prisons différentes. Pour des raisons pratiques de modalités d'échantillonnage, j'ai volontairement limité cette enquête aux infirmiers exerçant en Ucsa et n'ai interrogé aucun infirmier travaillant dans un SMPR. Finalement, j'ai recueilli les témoignages de quatre soignants issus de deux services différents, se trouvant dans deux structures géographiquement séparées. Un seul de ces entretiens a été exceptionnellement mené par téléphone.

92 JOVIC, Ljiljana. L'entretien de recherche. *Recherche en soins infirmiers*, n° 9, juin 1987, pages 75-81.

Ce très petit échantillon m'a tout de même apporté suffisamment de matière pour explorer avec pertinence et en profondeur la question préoccupante.

La durée d'un entretien variait entre 30 minutes et une heure maximum.

Chaque entretien était globalement décomposé en trois parties :

1- Les 10 à 20 premières minutes sont consacrées à l'expression de sténotypes, à un discours traduisant des banalités. C'est un passage obligatoire pour aller plus loin, pour accéder aux systèmes de représentation propres au sujet.

2- Par la suite, l'enquêté aborde le fond et livre une analyse personnelle de la problématique qui lui est proposée. Le discours recherche débute. L'enquêteur conserve alors en permanence présents à l'esprit tous les thèmes qui devront être discutés, et écoute très attentivement, même les lieux communs exprimés. Cela exige une grande capacité de concentration, afin de relancer pour que le sujet approfondisse et explore, de demander des informations ou des précisions à propos du discours, ou encore de recentrer le propos si nécessaire. Cette technique a garanti l'étude de l'ensemble des questions qui m'intéressaient et assuré la comparabilité des résultats. De plus, elle a évité que l'enquêté ne s'exprime profondément que sur des thèmes dont je n'avais pas besoin.

Les silences doivent être respectés car il s'agit souvent de moments de réflexion pour l'enquêté lors desquels il peut restructurer sa pensée. J'observais bien sûr les réactions de la personne interrogée afin de les mettre en relation avec son discours et enrichir ainsi l'analyse.

3- La thématique est épuisée, le discours devient redondant, l'enquêté indique qu'il ne peut rien dire de plus et décide de mettre fin à l'entretien.

Parfois, l'entretien formel laissait place à une conversation plus libre et souvent très riche.

Mon attitude lors de ces rendez-vous était très proche de celle que je peux avoir en présence d'un patient car elle était empathique.

En effet, j'essayais de comprendre au mieux ce que disait l'enquêté, ses valeurs, ses croyances et son cadre de référence ; je marquais mon accord avec tout ce qui était évoqué afin de montrer que je ne portais pas de jugement de valeur sur le discours ; je m'abstenais de toute attitude normative et présentais de l'intérêt pour ce qui était prononcé.

J'ai tout de même rencontré quelques difficultés lors de cette enquête.

D'une part, il est interdit d'entrer dans une prison avec du matériel électronique. Le mode de recueil des données fut donc exclusivement la prise de notes. Les échanges n'ont pas pu être enregistrés à l'aide d'un dictaphone ou mieux d'un caméscope, seuls moyens permettant d'obtenir l'intégralité du discours. Je pense qu'un tel enregistrement aurait pu enrichir mon analyse et étayer mes arguments.

D'autre part, le lieu mis à disposition pour l'entretien n'était pas toujours calme, et l'enquêté pas forcément à l'aise pour parler. L'écoute de collègues ou de stagiaires et les dérangements intempestifs ont pu peut-être constituer des biais influençant les réponses.

Enfin, les déformations introduites au cours du processus de recherche peuvent également être liées au fait que j'étais un étudiant face à des professionnels, ou un homme dans un univers soignant majoritairement féminin.

3.2. Résultats des analyses

3.2.1. Généralités

Les retranscriptions des entretiens représentaient de l'information brute qui n'était pas utilisable directement. Pour en saisir le sens, il m'a fallu longuement en analyser le contenu, les dépouiller, mettre en regard les expressions verbales et non verbales, afin que mon enquête affine mon questionnement professionnel et enrichisse ma problématique.

Lors de cette enquête, je me suis rendu dans deux Ucsa différentes⁹³. L'une était importante et se composait de 29 infirmiers pour plus de 3000 détenu(e)s, l'autre était plus modeste avec neuf infirmières pour environ 900 détenus.

93 L'anonymat des lieux d'enquête a volontairement été respecté.

Ces deux services sont ouverts environ de 7 h 30 à 18 h 30. Ils prennent en charge des détenus de 18 à 90 ans de toutes nationalités et origines socioculturelles.

Les infirmières interrogées étaient plutôt loquaces, très souriantes et aimant leur métier. Afin de préserver leur anonymat, je distinguerai :

- Mme A : Infirmière depuis 25 ans, travaillant depuis 12 ans à l'Ucsa.
- Mme B : Diplômée depuis 11 mois et depuis deux mois à l'Ucsa.
- Mme C : L'Ucsa est son premier poste. Elle y travaille depuis trois ans et trois mois.
- Mme D : L'Ucsa est également son premier poste. Elle y exerce depuis deux ans et demi.

3.2.2. Les émotions et leur gestion

Mme C me le dit on ne peut plus clairement : « Oui je pense que le milieu pénitentiaire est plus propice aux situations émotionnellement intenses. Il y a beaucoup de violence et de misère humaine, ça peut vite déraiper. » Lors de mes entretiens cette approche fut confirmée par les autres soignantes. J'ai alors voulu savoir quand avaient lieu ces situations difficiles.

Mme A me confie qu'elle n' « aime pas les pendus ». Source de peur et d'angoisse pour elle, heureusement ces cas ne sont pas les plus fréquents.

En revanche, des entretiens ou discussions informelles se rencontrent tous les jours et il n'est pas toujours facile de garder son sang-froid dans certaines situations. Pour Mme C ce sont les « violeurs de gosses » avec qui elle a le plus de mal. Mme B la rejoint en précisant : « Quand tu as un pédophile en face de toi et que tu as des enfants, ça va pas le faire. »

Face à ce milieu imprévisible, les soignants des Ucsa sont solidaires entre eux. Mme A apprécie son équipe de travail : « On est une bonne équipe, on déjeune ensemble, on tourne en dérision⁹⁴ ce qui nous arrive. » Mme D préconise que l'infirmier sache « gérer plutôt bien ses émotions, [soit] un peu dans le contrôle », mais surtout qu'il arrive à « faire la part des choses entre les soins et le motif d'incarcération ».

94 L'humour est le mécanisme de défense le plus élaboré. Il s'agit d'une réponse soulignant les aspects amusants et ironiques des conflits qui permet donc de prendre de la distance par rapport aux choses.

Mme B va même jusqu'à faire abstraction de la qualité de détenu pour éviter la souffrance du soignant, une mauvaise prise en charge, ou l'altération de la qualité du soin.

Mme C n'hésite pas à « couper court à l'entretien ou à passer le relais » si nécessaire.

Les soucis professionnels ne sont pas évoqués en privé afin de préserver l'entourage.

Si les formations « écoute et relation d'aide », « gestion du stress » et « gestion de l'agressivité » rencontrent un franc succès, le résultat est plus mitigé concernant le soutien psychologique et les groupes de parole.

Une Ucsa n'ayant que peu de lien avec le SMPR a recours aux psychologues de l'hôpital qui « ne connaissent pas la prison ». Un suivi psychologique est parfois réalisé sur l'initiative personnelle des soignants. L'autre Ucsa est en lien avec les psychiatres et psychologues du SMPR, en plus de ceux du service de santé au travail.

Concernant les groupes de parole, Mme A indique : « On n'a déjà pas le temps de faire nos soins, alors un groupe de parole. De toute façon j'irai pas. » *A contrario*, Mme C trouve que « Malheureusement on n'échange pas beaucoup, on n'a pas de débriefing tous les mois. Je n'en ressens pas spécialement le besoin mais sûrement que j'irai. »

Cette analyse confirme bien que le milieu carcéral favorise les situations à fort potentiel émotionnel. De plus, elle met en avant deux types de situations difficiles à gérer émotionnellement : les suicides et les soins relationnels. Enfin, elle montre différentes approches de la gestion des émotions.

Les suicides étant plus rares que les soins relationnels, et leur impact émotionnel plus facile à établir ; j'ai souhaité mieux comprendre le lien entre émotions et soins relationnels.

3.2.3. Les soins relationnels

Mme A qui n'était pas favorable aux groupes de parole rigole lorsque je lui pose la question suivante : « Dans quelles circonstances vous arrive-t-il de dispenser des soins relationnels aux patients ? » Puis elle me demande : « Qu'est-ce que tu entends par relationnel ? Moi le relationnel ça me gave, le relationnel c'est s'apitoyer. On n'est pas allé les chercher. Ils sont tous innocents et malheureux. Je ne suis pas du genre à m'apitoyer. »

En fin d'entretien elle nuance ses propos en précisant qu'elle est davantage technicienne. « Je fais la dure mais je suis hyper sensible. On est obligé d'être empathique, nous sommes là pour aider les gens. »

Il est vrai que le temps limité, le manque de personnel et l'importance de la charge de travail obligent les soignants à aller à l'essentiel. Néanmoins, Mme B réalise régulièrement des entretiens d'aide et de réassurance malgré une relation de confiance qu'elle qualifie de « délicate ».

Mme C qui en réalise très souvent reconnaît que « ça te bouffe », et maintient volontairement une distance relationnelle plus importante qu'autre part. D'ailleurs, elle se souvient de patient(e)s pervers(es), incarcéré(e)s pour des affaires de mœurs et qui par « volonté de mettre mal à l'aise » lui racontait des histoires qu'elle n'avait « pas du tout envie d'entendre » ; provoquant chez elle le « sentiment d'être envahie, un peu violée ». Je lui demande alors si elle pense que la qualité du soin en cours avait été impactée. Elle répond spontanément : « La qualité du soins pas du tout mais la qualité relationnelle carrément. »

Dans un autre registre, Mme D se rappelle un week-end entier passé auprès d'un détenu suicidaire afin de tenter de le « remonter ». « Il y a un lien qui se crée, sans parler d'attachement. » L'annonce de son suicide le lundi matin a provoqué en elle déception, colère et culpabilité.

Les réponses de Mme A montrent que le sujet des émotions, très personnel, est peut-être tabou pour certaines personnes. Aborder ce thème peut représenter pour certains soignants un aveu de faiblesse ou une intrusion dans leur intimité.

Les autres réponses, tout en confirmant l'idée que le travail carcéral était émotivement chargé, ont ouvert un nouvel aspect à ma problématique. En effet, il semblerait que le soin relationnel soit au cœur de la thématique des émotions en milieu carcéral.

4. Question de recherche

Maintenant que je dispose d'un large panel d'informations théoriques et pratiques concernant ma problématique, je vais pouvoir préciser ma question de départ.

Il s'agit alors d'une question de recherche formulée comme suit :

Comment l'infirmier gère-t-il ses émotions lors de la prise en charge relationnelle d'un patient détenu ?

Cette question construite scientifiquement ouvre la voie à une investigation complémentaire. Cette enquête suggérée par la question de recherche n'a pas été réalisée dans le cadre de ce mémoire.

Conclusion

Afin de conclure ce mémoire, j'en réaliserai la synthèse avant de présenter ce que sa réalisation m'a apporté en tant que professionnel de santé en devenir ainsi que personnellement. Enfin, j'élargirai la réflexion en proposant une suite à ce travail de recherche.

1. Synthèse

Le cheminement intellectuel suivi dans ce devoir m'a permis de passer du sens commun au fait scientifique. En effet, mon intuition de départ, étayée lors de la phase de conceptualisation, a pu être affinée grâce aux apports de l'enquête exploratoire et conduire à une question de recherche.

J'ai pu confirmer que la prison était un lieu d'exercice infirmier confrontant fréquemment les soignants à des situations émotionnellement fortes. J'ai également constaté que ces situations difficiles étaient principalement rencontrées lors des soins relationnels. Enfin, bien que l'offre de formation en matière de relation d'aide et de gestion du stress soit complète et accessible, j'ai mis en évidence le peu d'actions formelles mises en place afin d'accompagner les soignants.

2. Intérêts professionnels et personnels

Cette recherche infirmière, si elle est confirmée par une étude approfondie, pourra servir utilement aux soignants et aux cadres des services de soins situés en milieu carcéral afin de réfléchir à la mise en œuvre d'actions locales de formation et de soutien. De plus, cette analyse est tout à fait transférable dans d'autres situations.

En effet, au cours de ma dernière année d'études mon projet professionnel s'est confirmé et je souhaite travailler en réanimation pédiatrique. Bien qu'éloigné du milieu carcéral de prime abord, ce service constitue aussi un important générateur d'émotions lors de décès par exemple.

C'est pourquoi je souhaiterais suivre une formation à l'écoute et à la relation d'aide proposée par le Centre de formation continue du personnel hospitalier (CFCPH) de l'AP-HP, afin d'être en mesure d'accompagner les parents et éventuellement de soutenir mes collègues.

Enfin, ce travail présentait pour moi une première initiation à la démarche de recherche et j'ai pris beaucoup de plaisir à découvrir la méthodologie à appliquer. Ce mémoire a certainement contribué à la construction d'un aspect de mon identité professionnelle.

3. Ouverture

Cette recherche mériterait à mon sens d'être poursuivie sur le terrain par une enquête plus large donc plus représentative de la réalité.

De plus, en cette période de budgets contraints et de carence en personnels soignants, notre système de santé gagnerait sûrement en efficacité s'il apprenait davantage à ses principaux acteurs à aussi prendre soin d'eux et pas uniquement d'autrui.

M. Walter HESBEEN⁹⁵ développe d'ailleurs l'idée que « former les professionnels à la qualité du contact les invite à "prendre soin" de l'autre, tout en écoutant ce qui se passe en eux, à conjuguer donc implication et distance dans l'accompagnement⁹⁶ ».

Les 10 compétences infirmières sont toutes centrées sur le patient, et c'est bien normal. Peut-être pourrions-nous en identifier une onzième tournée cette fois vers l'infirmier⁹⁷ ?

95 M. Walter HESBEEN est un infirmier belge docteur en santé publique. De plus, il est membre fondateur et rédacteur en chef de la revue *Perspective soignante*.

96 HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante*. 2^e édition. France : Masson. 2002. 208 pages.

97 Projet évoqué par M. Philippe GAURIER, cadre supérieur de santé en milieu hospitalier et élu au Conseil régional de l'Ordre des infirmiers d'Île-de-France (cf. indications bibliographiques).

Indications bibliographiques et sitographiques

Indications bibliographiques

Sciences infirmières

Amiec Recherche. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. 3^e édition. France : Masson. 2005. 368 pages.

CHALIFOUR, Jacques. *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique – humaniste*. France : Lamarre. 1989. 296 pages.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. *Soigner... Le premier art de la vie*. France : InterÉditions. 1996. 440 pages.

DECHET, Fabienne. Actions de promotion de la santé en milieu carcéral. *Soins*, janvier-février 2012, n° 762, pages 18-21.

DUARTE, Anne-Paule. Le rôle stratégique des cadres de santé dans la communication interne à l'hôpital. *Revue du cadre de santé*, juillet-août 2006, n° 25, pages 14-15.

FORMARIER, Monique, JOVIC Ljiljana (sous la direction de). *Les concepts en sciences infirmières*. 2^e édition. France : Mallet conseil. 2012. 328 pages.

FRÉCON-VALENTIN, Éliane, PASCAL, Annie. *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats. Classifications infirmières et plans de soins*. 5^e édition. France : Elsevier-Masson. 2011. 781 pages.

GAURIER, Philippe. *Quand les soignants témoignent... Du droit individuel à « l'oubli » au devoir collectif de mémoire*. France : Masson. 2009. 197 pages.

HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante*. 2^e édition. France : Masson. 2002. 208 pages.

JOVIC, Ljiljana. L'entretien de recherche. *Recherche en soins infirmiers*, n° 9, juin 1987, pages 75-81.

LECLERCQ, Dieudonné. Ascid : le noyau central de douze facteurs expliquant la conduite en éducation thérapeutique du patient. *Éducation thérapeutique du patient*, 2010, Vol 2-2, pages 213-221.

MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. France : Lamarre. 2008. 223 pages. (Soigner et accompagner).

MARMIN, Gilles. Soigner en prison : un paradoxe ? *Objectif soins*, octobre 2005, n° 139, pages 28-31.

MARTIN, Laure. Le soin derrière les murs. *ActuSoins*, septembre 2012, n° 6, pages 14-15.

MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. France : Seli Arslan. 2002. 287 pages.

MIGLIORINO, Roch-Étienne. *Infirmier en milieu carcéral. Accompagner, soigner, réinsérer*. France : Masson. 2010. 96 pages.

MONGUILLON, Dominique, RENAUT, Marie-Jeanne, *et al.* *Procédure d'élaboration du mémoire de fin d'études en soins infirmiers UE 3.4 S4 et UE 5.6 S6*. Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France. 2011. 42 pages.

PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier. Approche et concepts de la relation soignant-soigné*. France : SETES. 2013. 400 pages.

RAMAHAVITA, Sophie. *La relation soignant-soigné en prison*. Mémoire de fin d'études en soins infirmiers. Ifsi de Nantes. Nantes : 2007.

Sciences humaines

MUCCHIELLI, Alex. *Les situations de communication*. France : Eyrolles. 1991. 152 pages. (Méthodes en sciences humaines).

SCHREBER, Daniel-Paul. *Mémoires d'un névropathe*. France : Seuil. 1985. 389 pages. (Points Essais).

Milieu carcéral

FOUCAULT, Michel. *Surveiller et punir*. 2^e édition. France : Gallimard. 1993. 364 pages. (Tel ; n° 225).

OIP. *Rapport 2011 : les conditions de détention en France*. France : La Découverte. 2011. 336 pages.

Méthodologie

QUINTILIANUS, Marcus-Fabius. *Institution oratoire*. France : Panckoucke. 1829. Traduction française : C-V. OUIZILLE.

REY, Alain (sous la direction de). *Le Petit Robert 2013*. France : Dictionnaires Le Robert. 2012. 2880 pages.

Indications sitographiques

Sciences infirmières

Article R4311-5 du *Code de la santé publique*. 8 août 2004. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

BDSP. [En ligne]. [Rennes] : Gestion par l'EHESP. [Mise à jour le 2 avril 2013]. [Consultée le 25 mai 2013]. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>

Charte de la personne hospitalisée. [Format PDF]. Avril 2006. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Communauté infirmière. [En ligne]. IZEOS. [Consulté le 29 mai 2013]. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/>

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Journal officiel, 19 mars 1986. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du *Code de la santé publique* et modifiant certaines dispositions de ce Code. N° 183 du Journal Officiel, 8 août 2004. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Delfodoc. [Ressource électronique]. [Paris] : Gestion par le Centre de documentation de l'AP-HP. [Mise à jour le 27 mai 2013]. [Consultée le 27 mai 2013]. Accessible depuis l'intranet AP-HP. Disponible sur : <http://delfodoc.aphp.fr/>

Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. [Format Pdf]. Septembre 2004. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_relatif_a_la_prise_en_charge_sanitaire_des_personnes_detenues.pdf

Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 (définition de la personne exerçant la profession infirmière). Journal Officiel, 1^{er} juin 1978. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/>

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Portail national de l'ONI. [En ligne]. [Consulté le 26 mai 2013]. Disponible sur : <http://www.ordre-infirmiers.fr/>

SANTÉ. [En ligne]. Disponible sur : <http://carceropolis.fr/>

Sciences humaines

TEYSSIER d'ORFEUIL, Luc. Palo Alto. *Communication orale*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.communicationorale.com/palo.htm#UaKkcL5OKP->

Milieu carcéral

AFP. La France compte 67 839 détenus, un nouveau record. *Libération*. [En ligne]. 24 mai 2013. Disponible sur : http://www.liberation.fr/societe/2013/05/24/la-france-compte-67-839-detenus-un-nouveau-record_905417

Contributeurs à Wikipédia. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Wikipédia*. [En ligne]. 31 juillet 2007, [réf. du 24 mai 2013]. Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Contr%C3%B4leur_g%C3%A9n%C3%A9ral_des_lieux_de_privation_de_libert%C3%A9&oldid=93403664

Justice / Annuaire et contacts / Direction interrégionale de Paris. [En ligne]. [Consulté le 22 mai 2013]. Disponible sur : <http://www.annuaires.justice.gouv.fr/etablissements-penitentiaires-10113/direction-interregionale-de-paris-10121>

Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Méthodologie

BACHELET, Rémi. *Cours et formation en ligne*. [En ligne]. [Mise à jour le 31 mars 2010]. [Consulté le 28 mai 2013]. Disponible sur : <http://rb.ec-lille.fr/>

Creative Commons France. [En ligne]. Creative Commons France. 2013. [Consulté le 29 mai 2013]. Disponible sur : <http://creativecommons.fr/>

Wikipédia, l'encyclopédie libre. [En ligne]. [Consultée le 26 mai 2013]. Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Wikip%C3%A9dia:Accueil_principal

Annexe I : Liste des abréviations

Afedi : Association francophone européenne des diagnostics, interventions et résultats infirmiers.

AFP : Agence France-Presse.

Amiec Recherche : Association des Amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur.

AP : Administration pénitentiaire.

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

ARS : Agence régionale de santé.

Arsi : Association de recherche en soins infirmiers.

Ascid : Attitudes, savoir-faire, connaissances, image de soi et décisions.

BDSP : Banque de données en santé publique.

Ceres : Centre d'enseignement et de recherche pour l'environnement et la santé.

CFCPH : Centre de formation continue du personnel hospitalier de l'AP-HP.

Delfodoc : Base de données documentaires de la Délégation à la formation de l'AP-HP.

EHESP : École des hautes études en santé publique.

Énap : École nationale d'administration pénitentiaire.

Ifsi : Institut de formation en soins infirmiers.

OIP : Observatoire international des prisons.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONI : Ordre national infirmier.

ONU : Organisation des Nations-unies.

RSI : Recherche en soins infirmiers.

SMPR : Service médico-psychologique régional.

Spip : Service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Ucsa : Unité de consultations et de soins ambulatoires.

UE : Unité d'enseignement.

VUE : Visual understanding environment.

Annexe II : Champs disciplinaires et unités d'enseignement du cursus infirmier

1. Sciences humaines et sociales et droit.

- 1.1. Psychologie, sociologie, anthropologie.
- 1.2. Santé publique et économie de la santé.
- 1.3. Législation, éthique, déontologie.

2. Sciences biologiques et médicales.

- 2.1. Biologie fondamentale.
- 2.2. Cycles de la vie et grandes fonctions.
- 2.3. Santé, maladie, handicap, accidents de la vie.
- 2.4. Processus traumatiques.
- 2.5. Processus inflammatoires et infectieux.
- 2.6. Processus psychopathologiques.
- 2.7. Défaillances organiques et processus dégénératifs.
- 2.8. Processus obstructifs.
- 2.9. Processus tumoraux.
- 2.10. Infectiologie et hygiène.
- 2.11. Pharmacologie et thérapeutiques.

3. Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes.

- 3.1. Raisonnement et démarche clinique infirmière.
- 3.2. Projet de soins infirmiers.
- 3.3. Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité.
- 3.4. Initiation à la démarche de recherche.
- 3.5. Encadrement des professionnels de soins.

4. Sciences et techniques infirmières, intervention.

- 4.1. Soins de confort et de bien-être.
- 4.2. Soins relationnels.
- 4.3. Soins d'urgence.
- 4.4. Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical.
- 4.5. Soins infirmiers et gestion des risques.
- 4.6. Soins éducatifs et préventifs.
- 4.7. Soins palliatifs et de fin de vie.
- 4.8. Qualité des soins, évaluation des pratiques.

5. Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière.

- 5.1. Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.
- 5.2. Évaluation d'une situation clinique.
- 5.3. Communication et conduite de projet.
- 5.4. Soins éducatifs, formation des professionnels et des stagiaires.
- 5.5. Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins.
- 5.6. Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles.
- 5.7. UE optionnelle.

6. Méthode de travail.

- 6.1. Méthode de travail et techniques d'information et de communication.
- 6.2. Anglais.

Annexe III : Les 10 compétences infirmières

1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers.
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs.
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle.
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes.
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Annexe IV : Les 14 besoins fondamentaux de l'être humain d'après V. Henderson

1. Respirer.
2. Boire et manger.
3. Éliminer.
4. Se mouvoir, maintenir une bonne posture et une circulation sanguine adéquate.
5. Dormir, se reposer.
6. Se vêtir et se dévêtir.
7. Maintenir sa température corporelle dans les limites de la normale.
8. Être propre, soigné et protéger ses téguments.
9. Éviter les dangers.
10. Communiquer avec ses semblables.
11. Pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances.
12. S'occuper en vue de se réaliser.
13. Se divertir, se récréer.
14. Apprendre.

Annexe V : La hiérarchie des besoins selon Abraham Maslow

1. Besoins physiologiques.
2. Besoins de sécurité.
3. Besoins d'appartenance et d'amour.
4. Besoins d'estime.
5. Besoins d'accomplissement de soi.

Annexe VI : Les six attitudes d'Elias-Hull Porter

- Compréhension, empathie.
- Solution immédiate.
- Investigation, enquête.
- Soutien, aide.
- Interprétation.
- Évaluation, jugement.

Annexe VII : Guide d'entretien semi-directif

Introduction

1. Profil du service

Comment s'appelle le service dans lequel vous travaillez ? À quelle entité est-il rattaché ? Où se situe-t-il ? Quelles sont ses horaires d'ouverture ? Quelles sont ses missions ? Quel est son cadre légal ? Quels sont ses différents partenaires et les moyens généraux mis à disposition ?

2. Profil des patients

De quel genre sont les patients ? Quel est l'éventail des âges des personnes détenues ? De quelles origines sociale et culturelle proviennent-elles ? Quels sont les durées et les motifs des peines ?

Quels sont les moyens dont disposent les détenus pour communiquer à l'intérieur de la prison, et avec l'extérieur ? Quelles sont leurs personnes-ressources ?

3. Profil des infirmiers

Quelle est votre ancienneté dans la profession, et dans le service ? Quelle est votre expérience professionnelle antérieure ?

Combien d'infirmiers travaillent dans le service ? Quelle est la proportion hommes/femmes dans la population infirmière du service ? Quels sont vos horaires et lieux de travail ?

Développement

1. Exercice infirmier en prison

Pour vous quelles sont les particularités de l'exercice infirmier en prison ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans votre travail ? Quelles sont les limites de votre action ?

Selon vous quelles sont les aptitudes nécessaires pour travailler en tant qu'infirmier en prison ? Pourquoi voyez-vous ces aptitudes comme indispensables pour ce mode d'exercice ?

Comment s'articule le suivi sanitaire des détenus ?

Quels sont les autres soignants du service ? Quels sont les liens entre les infirmiers et les autres soignants ?

2. Rôle infirmier lors de la prise en charge d'une personne détenue

Quelles sont les missions des infirmiers ? Quels sont les soins réalisés ? Quel matériel est mis à disposition des infirmiers ?

Dans quelles circonstances vous arrive-t-il de dispenser des soins relationnels aux patients ? De quels types de soins s'agit-il ?

Quelles sont alors vos ressources ? Quelles sont vos limites ?

3. Infirmiers et gestion des émotions en milieu carcéral

Diriez-vous que le milieu pénitentiaire est plus propice aux situations émotionnelles intenses par rapport aux autres lieux d'exercice ? Si oui, pour quelles raisons ?

Dans quels contextes particuliers un infirmier carcéral peut-il se trouver dans une situation émotionnellement forte pour lui-même ?

Avez-vous déjà été confronté personnellement à une situation émotionnellement difficile propre au milieu carcéral ? Si oui, pouvez-vous la décrire ?

Comment l'avez vous surmontée ?

Quelles sont les mesures formelles et/ou informelles mises en places au sein du service afin de vous aider à gérer vos émotions ?

Conclusion

1. Formations

Avez-vous accès à des formations continues spécifiques ? Ressentez-vous un besoin en ce sens ?

2. Propositions

Avez-vous des projets, des idées ?

Pour vous y a-t-il autre chose à ajouter ? Souhaitez-vous aborder un sujet qui ne l'a pas été ?

Remerciements.

Abstract

Une situation clinique vécue en stage a suscité chez moi un questionnement professionnel : Qu'est-ce que l'infirmier met en place pour gérer ses émotions en milieu carcéral ? J'ai d'abord problématisé puis conceptualisé mon objet de recherche afin de constituer un cadre de référence. Mon intuition empirique de départ a également été confrontée à la réalité grâce à des entretiens semi-directifs. Leurs résultats ont montré que d'une part le milieu carcéral est plus propice à la rencontre de situations émotionnellement fortes, et que d'autre part ces situations sont vécues principalement lors des soins relationnels. Enfin, peu de mesures formelles sont mises en place pour soutenir les soignants. Mon cheminement intellectuel a alors abouti à une question de recherche plus ciblée sur les émotions éprouvées lors des soins relationnels. Ce travail mérite à mon sens d'être poursuivi par une enquête de terrain qui, si elle confirme les premières conclusions de ce mémoire, pourrait servir de support aux soignants et à l'encadrement des services concernés afin de mieux prendre en compte les ressentis des personnels et de prévenir l'épuisement professionnel.

Mots-clés : émotions, milieu carcéral, personne détenue, soignant, soins relationnels.

How can nurses who work in prison better manage their emotions when they are offering moral support to a prisoner ? During a clinical placement in prison, I witnessed that nurses' emotions could become difficult to manage and this can affect the quality of patient care. The objective of my study was to explore how nurses handle their emotions to limit consequences on their skills. My research was especially in custodial structures. In order to study this topic, I researched existing articles to recense concepts, definitions and laws in links with my topic. And I interviewed nurses in prisons' nurseries. I discovered that custodial organisation favours highly charged situations, mainly for relational care. I also found that not much supports exist to help nurses in difficulty, to take stock of situations and evaluate them. In conclusion, although it was difficult to determine the real rule of emotions, I recommend that more broad studies are conducted on this topic. If they prove my results, I suggest that training are provided to nurses to teach emotional management.

Keywords : custodial environment, emotions, nurse, prisoner, relational care.