



Mémoire de Fin d'études

UE 3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6. S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

UE 5.7 S6 Optionnelle

UE 6.2 S6 Anglais

## **Les représentations sociales en milieu carcéral, un dernier jugement ?**

MARTINHO Bruno

Guidant de mémoire : Mme RICLET Magali

Année de présentation : 2021

## **Notes aux lecteurs**

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

# DIPLÔME d'ÉTAT d'INFIRMIER(E)

## Travail de fin d'études

Conformément à l'arrêté du 21 avril 2007 publié JO du 10 mai 2007 texte n°91 relatif  
AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION  
PARAMEDICAUX et notamment son annexe IV Titre Ier stipule :

"Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite.

Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales".

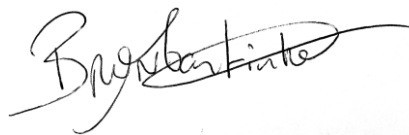
**J'atteste sur l'honneur que la rédaction de ce travail de fin d'études, réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier(e), est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.**

**Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.**

**Fait à Tours**

**Le 28/04/2021**

**Signé :**



Fraudes aux examens :

CODE PÉNAL. TITRE IV DES ATTEINTES À LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

inséré après l'article 441-12 :

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics

Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

## **Remerciements**

A Madame RICLET Magali pour m'avoir accompagné lors de la réalisation de ce travail, pour ses conseils et ses commentaires toujours constructifs et bienveillants.

A Madame MAITRE Catherine, ma référente pédagogique pour sa disponibilité, son implication et sa capacité d'écoute, notamment lors de cette dernière année durant laquelle je l'ai énormément sollicitée.

Aux différents professionnels qui ont plus ou moins contribué à la construction de mon identité en tant que soignant et particulièrement les personnes interviewées.

A mes collègues de promotion, surtout Maxime M., mon binôme qui est devenu également un ami.

Enfin, je voulais remercier Julie C., Christophe P. et Vanille T., qui, en supplément de leur travail, se sont toujours montrés disponibles pour de nombreuses relectures de ce projet, pour leur patience et leur soutien.

# Sommaire

Notes aux lecteurs .....	2
Remerciements .....	4
Sommaire.....	5
Introduction.....	1
Description .....	2
Questionnement .....	6
Analyse.....	6
Question de départ .....	13
<b>Partie Théorique.....</b>	<b>14</b>
1. Le milieu carcéral.....	14
1.1. Les soins en milieu carcéral .....	14
1.2. Le rôle infirmier .....	15
1.3. La population soignée .....	16
2. Les représentations sociales .....	17
3. La relation soignant soignée .....	18
3.1. Principe de non-discrimination .....	19
3.2. L'empathie.....	20
3.3. Le conflit de valeurs .....	21
<b>Partie Empirique .....</b>	<b>23</b>
1. Entretien exploratoire.....	23
1.1. Introduction .....	23
1.2. Choix de l'outil.....	23
1.3. Choix de la population cible.....	24
1.4. Les limites .....	24
2. Analyse des entretiens.....	25
2.1. Les représentations sociales et le non-jugement : deux notions incompatibles? .....	25
2.2. L'impact du jugement sur la relation soignant soignée.....	26
3. Synthèse .....	27
4. Hypothèse de Recherche .....	28
5. Mise en œuvre de Recherche .....	28

<b>Conclusion.....</b>	<b>30</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe I – Table des sigles.....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe II Guide d’entretien.....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe III Entretien de Christophe.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe VI Entretien de Julie .....</b>	<b>I</b>

## Introduction

Après avoir évolué durant cinq années dans le milieu professionnel sanitaire et fort de mes expériences en qualité d'agent de services hospitaliers, puis d'aide-soignant, j'ai décidé de poursuivre des études d'infirmier. Aujourd'hui étudiant en troisième année, je réalise le cursus d'études et de pratiques pour lequel je me consacre pleinement.

En vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier, je dois réaliser un travail d'initiation à la recherche portant sur une situation vécue en stage afin de valider les unités 3.4 : Initiation à la recherche, 5.6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles, 5.7 Optionnelle et 6.2 : Anglais.

Lors de mon cursus en institut en soins infirmiers, un stage dans une unité sanitaire en milieu carcéral m'a été proposé et j'ai accepté de découvrir ce lieu certes hors du commun, mais avant tout lieu de vie à l'intérieur duquel la personne incarcérée est un détenu pour la justice et tous professionnels hors secteur médical, et également un patient pour les soignants. A ce titre, tout détenu doit être respecté au-delà des actes qu'il a pu commettre.

J'ai choisi cette situation d'appel précise car je mesurais que j'allais apprendre une pratique de soins particulière au sein d'un établissement pénitentiaire et au cœur d'un environnement particulier. Motivé par cette nouvelle expérience professionnelle et humaine à vivre, j'appréhendais néanmoins la mise en situation dans le réel car je percevais déjà qu'elle risquerait de me déstabiliser.

Une question s'est très vite imposée à moi, face à ce qui pouvait être posé comme un paradoxe, a priori : comment prendre en soins une personne, tout en sachant qu'elle a commis des actes répréhensibles, voire qu'elle a porté atteinte à autrui en commettant peut-être des faits graves et lourds de conséquences, et rester dans le même temps à sa place de soignant, en exerçant sa pratique avec professionnalisme, dans le respect de l'autre, tout en étant garant de la déontologie, et sans porter de jugement ?

## Description

Je suis étudiant infirmier en troisième année de formation en stage à l'Unité Sanitaire de la Maison d'Arrêt (USMA). C'est un stage d'une durée de dix semaines. Cette unité est placée au sein même d'une maison d'arrêt ; elle est composée d'une équipe médicale pluridisciplinaire (médecins généralistes, psychiatres, addictologues, kinésithérapeutes, dentistes), paramédicale (infirmiers, radiologues, cadre de santé), éducative (éducateurs spécialisés), de psychologues et de secrétaires médicales.

L'équipe médicale travaille au quotidien en collaboration avec les membres de l'administration pénitentiaire (surveillants, chefs de détention, directeur, ...). D'autres professionnels interviennent également régulièrement au sein de l'établissement (assistante sociale, conseillers pénitenciers d'insertion et de probation, ...).

Une maison d'arrêt est destinée à accueillir les personnes dont la peine est inférieure à deux ans ou qui sont placées en détention provisoire, dans l'attente d'un jugement.

Cette maison d'arrêt est constituée de plusieurs quartiers :

- Quartiers des Arrivants (QA) ;
- Quartier Hommes ;
- Quartier de Semi-Liberté (QSL) ;
- Quartier des Mineurs (QM) ;
- Quartier Disciplinaire (QD).

Mon cycle de travail actuel s'articule selon les horaires suivants : de 7h30 jusqu'à 15h00. J'entame ma deuxième semaine de stage et, comme tous les matins, après avoir pris connaissance des dernières transmissions, je commence la distribution des traitements.

Les procédures établies entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et la maison d'arrêt exigent que je sois systématiquement accompagné d'une infirmière titulaire et d'un surveillant pénitentiaire dès que je quitte l'unité sanitaire pour me rendre dans un quartier pénitencier.



Monsieur « T », âgé d'une quarantaine d'années est arrivé la veille au soir pour des faits de violences conjugales ; je ne l'avais pas encore rencontré. C'est en effet sa première incarcération ; il est placé en détention avant une comparution immédiate devant le juge des libertés et de la détention, ce même jour. Le juge des libertés et de la détention est un magistrat qui intervient quand les droits des personnes sont en jeu ; il décide du placement en détention provisoire d'une personne mise en cause par la justice. Il statue aussi sur les demandes de mise en liberté de la personne ou, au contraire, de prolongation de la détention provisoire. Il ne décide ni de la culpabilité de la personne et de sa peine, des aménagements de peine potentiels pour des personnes déjà condamnées.

J'ai déjà pris en soins d'autres patients au sein de la maison d'arrêt, mais pour chacune des personnes, je ne connaissais pas les motifs d'incarcération et seul l'état de santé du patient m'était communiqué. Dans le cas de Monsieur « T », les motifs de détention me sont connus, pour la première fois depuis ma prise de fonction stagiaire dans l'unité.

Avant la distribution des traitements, je n'ai aucune idée de son état de santé et surtout de son état psychologique. Le compte rendu d'entretien effectué par la psychologue présente lors de l'arrivée du patient ne m'est pas accessible dans un premier temps. Les seules informations que l'infirmière me transmet relèvent que Monsieur « T » était triste ; spontanément, son comportement me semble adapté à la situation qu'il vit.

Il est environ 9h00 quand j'arrive devant la cellule de Monsieur « T » afin de distribuer le dernier traitement du programme matinal. Sa cellule est située au Quartier Hommes, par manque de place au Quartier Arrivants. Quatre personnes arrivées il y a peu de temps l'occupent également. En cette période particulière et sanitaire liée au Covid-19, les détenus de cette cellule n'ont pas encore été testés.

Réglementairement, et pour répondre au protocole sanitaire établi au sein de la maison d'arrêt, tous les arrivants doivent rester à l'isolement au Quartier

Arrivants avant d'intégrer les cellules du Quartier Hommes, dans l'attente de la procédure de test viral. Cependant, par manque de place, quelques détenus sont tout de suite placés à l'isolement au Quartier Hommes pour limiter le risque de contact.

L'infirmière reste en retrait et parle avec le surveillant d'un autre quartier à quelques mètres ; je continue la distribution des traitements avec le surveillant de l'unité sanitaire.

Lorsque le surveillant ouvre la cellule, j'aperçois un détenu allongé sur le lit, en position fœtale. J'appelle Monsieur « T » et me rends compte alors qu'il dort dans cette position recroquevillée, et qu'il met un peu de temps à se lever. Il s'avance, un mouchoir à la main, la tête baissée, petits pas par petits pas, vers la porte de la cellule où je l'attendais afin qu'il prenne devant moi un antidépresseur qui lui est administré (Clomipranine, Anafranil®).

Le risque de tentative suicidaire est probable, ce patient présente des antécédents de syndrome dépressif et a déjà fait une tentative de suicide, un an auparavant.

Lorsque Monsieur « T » lève la tête, ses yeux sont rouges, son visage est marqué par une première nuit en détention assez difficile avec des traits tirés ; il semble avoir peu dormi.

J'entre en contact avec lui : « Bonjour Monsieur, je vous apporte votre traitement », en lui tendant l'antidépresseur et un verre d'eau.

Son attitude m'inquiète, j'entends juste son nez qui coule à la suite probable de pleurs. Je ressens que Monsieur « T » est moralement abattu.

Dès qu'il finit de prendre son traitement, je lui pose les questions pour établir un premier échange : « Comment allez-vous Monsieur ? Avez-vous réussi à vous reposer ? ».

Il me regarde et se met à pleurer en repartant dans son lit avant même que je n'ai le temps de finir de prononcer ma question.

Déconcerté, je l'observe dans l'exécution de son mouvement sans pouvoir réagir. Je reste immobile alors que, pourtant, j'ai envie de rentrer dans sa cellule pour tenter de lui parler. Parallèlement, j'ai connaissance des actes qui lui sont reprochés. Je me trouve alors confronté à un paradoxe entre le soin à destination du patient, et les faits pour lesquels il est incarcéré, qui sont contraires à des valeurs fortes que je défends personnellement et naturellement, tels que le respect d'autrui et la non-violence.

Monsieur « T » est incarcéré pour violences conjugales. Sa conjointe a dû être hospitalisée à la suite des actes perpétrés à son encontre. Je demande au surveillant de ne pas fermer la porte de sa cellule puisque je souhaite informer l'infirmière de l'état de Monsieur « T », étant moi-même incapable de savoir précisément comment réagir sur le moment.

Immédiatement, je m'approche de l'infirmière en espérant qu'elle puisse me venir en aide. Je la sollicite : « Monsieur « T » vient de s'effondrer en pleurs, il n'est vraiment pas bien, je ne sais malheureusement pas précisément quoi faire ».

L'infirmière, qui parle à un surveillant à cet instant, me répond : « Ce n'est pas grave, laisse-le. », avant de continuer : « Il est comme ça depuis hier ... ».

Sur le moment, les propos de l'infirmière ne me semblent pas « justes » ou du moins, pas appropriés. Je suis désarçonné et pense qu'elle manque d'une certaine empathie face à Monsieur « T » ; je m'interroge sur l'hypothèse qu'elle ne se sent simplement pas concernée par cette situation de détresse à laquelle j'assiste, alors impuissant.

Je retourne devant la cellule de Monsieur « T » et j'entends ses pleurs. J'explique au surveillant que j'ai pris soin de prévenir l'infirmière, et je me dirige vers elle pour repartir dans l'unité sanitaire.

## Questionnement

Comment la posture professionnelle et les valeurs personnelles d'un soignant peuvent avoir un impact sur la prise en soins d'un patient ?

Comment la posture professionnelle et les valeurs d'une équipe ou d'un collègue peuvent avoir un impact sur la prise en soins d'un patient ?

Comment mettre à distance ses valeurs personnelles au profit des valeurs soignantes ?

## Analyse

« La loi de janvier 1994 ayant confié au ministère chargé de la santé la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, celui-ci s'est employé depuis lors avec le ministère chargé de la justice à garantir l'égal accès aux soins de ces personnes. »

L'Unité Sanitaire en Maison d'Arrêt (USMA) est une unité de soins au sein d'un établissement pénitencier qui relève directement du Centre hospitalier de proximité. Depuis la loi de janvier 1994, ces unités ont pour mission de garantir un égal accès aux soins aux personnes détenues de la même façon qu'elles pourraient y prétendre à l'extérieur.

Des consultations et soins somatiques (médecine générale, médecine spécialisée, médecine dentaire), des soins infirmiers, des dépistages, des examens medicotechniques et la dispensation de thérapeutiques médicamenteuses, ainsi que des dispositifs médicaux sont prodigués au sein de l'établissement. De plus, des actions d'éducation et de prévention pour la santé sont réalisées, ainsi que la continuité des soins mise en œuvre à la sortie des détenus.

Il existe en France différents types d'établissements pénitenciers : maisons d'arrêt et établissements pour peine (centre de détentions, maisons centrales, centres de semi-liberté, centres pénitentiaires). Il est important de souligner qu'une maison d'arrêt est destinée à accueillir des personnes en détention provisoire ou pour une peine inférieure à 2 ans.

Les patients ou les détenus au sein d'une maison d'arrêt peuvent donc relever de deux statuts :

- Un prévenu en détention provisoire et qui attend son jugement ;
- Un détenu qui est condamné et qui connaît sa peine.

Du point de vue des compétences à mobiliser, j'ai déjà acquis une certaine expérience à la suite de six stages en soins infirmiers, effectués au cours de mon cursus. Néanmoins, le milieu carcéral est très spécifique, d'une part pour le lieu en lui-même qui est hors du commun, un espace clos et en permanence bruyant, dans lequel la violence est présente, et d'autre part, un établissement particulier au vu des soins prodigués, de la situation sanitaire et de l'hygiène, ainsi que la complexité des histoires et des parcours de vie des patients pris en soins.

Les gens, en règle générale, peuvent avoir une certaine idée du fonctionnement d'un hôpital, ou même avoir vécu une expérience personnelle en son sein. Néanmoins et généralement la perception collective ou individuelle d'une maison d'arrêt et de son environnement peut être davantage floue, parfois même fantasmée, au travers d'un imaginaire relayé et partagé (supports médiatiques et presse, récits, fictions cinématographiques et télévisées, réseaux sociaux, ...). Il existe en effet des « représentations sociales » qui ne sont pas tout à fait liées à une réalité précise, mais qui font davantage échos à la perception des autres et du monde par un individu ou un groupe d'individus et à leur interprétation.

Concernant le milieu carcéral, ces représentations sont en majorité négatives. Ces particularités peuvent générer un fort sentiment d'angoisse et véhiculer une forme de crainte ou une réticence ressentie par le soignant pour aller vers l'inconnu. Déstabilisé et sans maîtrise du réel, la peur de l'inconnu – l'une des formes les plus connues des peurs - et le désordre, intérieur ou du quotidien, qu'elle provoque pourrait conduire le soignant à redouter ce qui

pourrait arriver, voire à le paralyser pour toute action potentielle à mener pour la dépasser.

Selon l'article R. 4312-11 du code de la santé publique, et le principe de non-discrimination, « L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation. »

Le rôle majeur de l'infirmier, outre la maîtrise totale des techniques de soins, est de dispenser des soins dans leur complétude : des savoirs techniques et des savoirs relationnels, développés autour des concepts tels que la relation d'aide et de confiance, l'empathie, le soutien des familles, etc. L'enjeu primordial de sa relation du soignant au soigné est d'accompagner tous les patients pour lesquels il témoigne professionnalisme et respect, quels qu'ils soient, et dans mon expérience, qu'ils soient aussi délinquants, criminels ou autre.

Je mesure que la distanciation psychologique et émotionnelle est nécessaire ; ces personnes détenues au sein de la maison d'arrêt sont des êtres humains, et des patients, avant toute prise en considération des actes en lien avec leur(s) motif(s) d'incarcération. Succinctement, la distanciation est l'action de créer une distance, de prendre du recul, entre soi et une action réalisée ou des mots formulés. Dans le cas particulier de la relation entre l'infirmier et le patient, et j'ai d'autant plus évalué cette nécessité dans cette expérience particulière au sein de la maison d'arrêt, cette mise à distance, ce recul pris par rapport à un événement potentiellement angoissant, permet de mieux gérer son stress, garder son sang-froid, en prenant moins à cœur par exemple des mots qui pourraient à première vue blesser.

Je remarque également que le fonctionnement au sein de la maison d'arrêt, qui représente un niveau institutionnel supplémentaire à celle du corps médical et soignant, avec son personnel pénitencier qui incarne sur place la

figure de la justice, n'évolue pas systématiquement dans le même sens que les soignants. Ainsi, je perçois autour de moi que les détenus en soins peuvent être considérés comme une population à part, souvent méconnue, et qui peut susciter là encore des appréhensions ou de la peur.

J'exécute ma mission et j'apprends le fonctionnement de la maison d'arrêt en étant systématiquement accompagné de deux personnes ; l'infirmière ainsi que le surveillant de l'unité sanitaire sont avec moi dès lors que je me déplace dans la maison d'arrêt ou qu'un patient/détenu vient en soins.

Encore une fois, des particularités spécifiques à ce type d'unité peuvent mettre en difficulté le soignant qui doit s'adapter à une prise en charge différente des lieux de soins habituels. Il doit travailler avec de nouveaux partenaires qui ne partagent pas toujours le même point de vue que lui, ce qui peut être frustrant vis-à-vis de la dynamique de groupe. Néanmoins, les collègues doivent travailler main dans la main, avec un esprit collaboratif et solidaire, dans une relation de confiance, et dans l'intérêt du patient/détenu.

Monsieur « T » est incarcéré pour la première fois, il est placé directement au Quartier des hommes, ce qui a probablement provoqué « un choc carcéral ». Habituellement lors d'une arrivée en détention, les détenus restent en observation et placés au Quartier arrivants avant d'intégrer le Quartier des hommes. Cette étape a pour but d'évaluer le patient à son arrivée en détention. Cependant, par manque de place et au vu de la surpopulation carcérale, Monsieur « T » a été conduit directement dans le Quartier hommes où sont placés des détenus plus anciens. De plus, depuis le début de l'épidémie Covid-19, les nouveaux arrivants sont placés à l'isolement des autres détenus ; ils ne peuvent avoir des contacts qu'avec ceux de leur propre cellule.

Toutes ces étapes vont avoir un impact sur l'état psychologique de Monsieur « T » et peuvent justifier de sa tristesse émotionnelle, en regard de ses privations, de liberté, de vie familiale, de situation sociale et économique, ... Je perçois l'écart ; il se retrouve subitement en cellule collective avec des détenus

ayant commis toute sorte de délits, loin de tout ce que son quotidien représente et lui apporte.

Afin de ne pas risquer un surdosage médicamenteux, Monsieur « T » ayant des antécédents suicidaires, doit obligatoirement prendre son traitement devant moi. Lorsqu'il vient vers moi, je le sens abattu. Son attitude fait transparaître ses émotions et son état de fatigue. Je l'interroge afin de mieux cerner ce qui l'attriste ; je souhaite connaître les motifs de son mal-être afin de pouvoir l'aider, que ce soit par le biais de l'écoute attentive ou de la planification prochaine d'un entretien. Je suis également particulièrement inquiet d'une possible récurrence de pulsions suicidaires. Paradoxalement, la situation me met en difficulté car je ne m'attendais pas à le voir pleurer. Je suis déconcerté et ne trouve ni les mots, ni la posture adaptée, pour le rassurer et entrer dans une relation d'aide. Je suis déstabilisé par son désarroi ; je pensais a priori que, comme les autres patients, il allait simplement prendre son traitement et repartir.

Je m'interroge sur sa détresse et sur les sentiments qui le traversent, étant donné que ce n'est pas lui la victime qui a subi l'agression. Les questions se précipitent en moi : un détenu qui a commis un crime ou un délit a-t-il la possibilité de souffrir, d'être triste ou de pleurer alors même qu'il est responsable de l'acte, et qu'il s'est mis lui-même dans cette situation sans respecter la loi ? Est-il en droit, en quelque sorte, d'être réconforté et d'être assisté, ou pris en charge psychologiquement ? Ne serait-ce pas plutôt à la victime de pleurer à cause de la douleur et des traumatismes subis ?

La prise en soins d'un patient passe par l'instauration d'un climat de confiance afin de créer une relation soignant-soigné. Cette relation peut être plus difficile à s'installer en milieu carcéral en raison des mécanismes de résistance, de la peur de l'autre et du jugement que peut être émis.

Je m'observe pour comprendre mes réactions plus ou moins conscientes. Un manque évident de confiance en moi me met en difficulté ; je tente de trouver du soutien auprès d'une personne plus expérimentée. Je me tourne alors vers l'infirmière de l'unité qui m'accompagne afin de me rassurer et de pouvoir



réconforter Monsieur « T ». Seulement, je n'ai pas le retour attendu et me sens démuni, frustré, face à l'impuissance de ne pas savoir comment réagir et quelle attitude adopter.

En l'interrogeant, je fais preuve de bienveillance et d'empathie, je m'inquiète pour son bien-être, en particulier psychologique. Je comprends qu'il traverse une situation difficile même si je ne trouve pas de réponse à cet instant précis. Je savais qu'il avait été incarcéré pour des actes contraires à ce que je défends non seulement personnellement, mais aussi en tant que soignant. Je n'arrive pas immédiatement à gérer un conflit de valeurs en moi et je désire absolument passer à autre chose. J'ai pris conscience que je mettais en place, à ce moment-là, un évitement.

En passant le relais de cette situation à gérer à un autre soignant, je développe un mécanisme de défense et je souhaite éviter de rentrer en relation avec ce patient. Je fuis car je ne veux pas me retrouver dans une situation qui me met en difficulté. Cela me permet de contourner un problème et très probablement d'éloigner une source d'angoisse dont je veux m'épargner.

Lors de ce stage, certains collègues de promotion me questionnent régulièrement et s'interrogent que sur leurs représentations et sur les soins appliqués en milieu carcéral, « comment soigner une personne en prison alors qu'elle a commis des actes abominables ? ». Certains les comparent à des monstres et oublient le rôle primordial de notre futur métier, prendre en soins une personne sans porter de jugement. A la majorité d'entre eux, en stage en soins généraux, je réponds presque à chaque fois le même argument, « je ne suis pas juge, je suis un futur infirmier et mon rôle est de leur apporter soins et bien être. Quand tu travailles dans un service hospitalier, est ce que tu connais le casier judiciaire de tes patients ? ».

En ce qui me concerne, je ne cherche pas forcément à connaître les motifs d'incarcération des patients lors de la première rencontre. Ce n'est que plus tard, lors d'entretiens ou au cours des soins que les patients m'en parlent d'eux-mêmes et librement.

De plus, le fait d'ignorer les raisons de leur incarcération me permet de mettre de côté des a priori et de ne pas m'arrêter aux premières impressions qui pourraient me contraindre dans mon professionnalisme ou m'empêcher d'entrer en relation avec le patient. Grâce à cette première précaution, je considère les détenus comme des patients à part entière et me dispense d'entrer dans le jugement. Si l'inconnu peut faire peur, ce mécanisme se nourrit des représentations voire de l'imaginaire, que tout à chacun peut développer. Auparavant et de mon point de vue, une personne ne se retrouvait pas en détention par hasard ; je pensais qu'elle avait forcément commis « quelque chose de mal ». Je me trouvais confronté à la dichotomie entre le bien et le mal, héritée d'une culture commune, d'une éducation, ...

## Question de départ

**En quoi les représentations sociales des soignants influent-elles sur la relation soignant-soigné en milieu carcéral ?**

## **Partie Théorique**

Pour répondre à ma question de départ, j'ai choisi de diviser la partie théorique en trois. Tout d'abord, je développerai le contexte des soins en milieu carcéral (I). Ensuite, j'aborderai la notion des représentations sociales (II) qui peuvent freiner la relation soignant/soigné (III).

### **1. Le milieu carcéral**

Le milieu carcéral représente l'univers pénitentiaire. En France, il existe 187 établissements dont 86 maisons d'arrêt et 101 établissements pour peine (centres de détention, centres de semi-liberté, centres pénitentiaires, ...).

La principale différence entre ces deux établissements est la suivante : la maison d'arrêt est destinée à recevoir des personnes en attente de jugement ou dont la peine est inférieure à deux ans ; les établissements pour peine sont destinés aux détenus dont la condamnation est supérieure à deux ans et qui ont déjà été jugés.

#### **1.1. Les soins en milieu carcéral**

Avant la loi du 18 janvier 1994, le système de santé dans le milieu carcéral était sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire.

Créés par le décret n° 86-602, du 14 mars 1986 les SMPR (Services Médico Psychologiques Régionaux) étaient des unités de soins destinées à assurer la prévention et le diagnostic de troubles psychiques, la prise en charge et le suivi de traitements psychiatriques, le suivi psychiatrique et psychologique post pénal et la lutte contre les addictions.

Cependant, un rapport publié en 1993 par le Haut Comité de la Santé Publique, dresse un constat relatif à la qualité des soins au sein des

établissements pénitentiaires : le personnel pénitentiaire peut officier en lieu et place de professionnels infirmiers notamment dans la distribution des médicaments ; les détenus quant à eux font parfois office d'aides-soignants avec un secret médical qui n'est plus assuré.

La loi du 18 janvier 1994 instaure les unités de soins en milieu carcéral pour assurer la prise en charge sanitaire des détenus. Ces unités relèvent dorénavant du service hospitalier public.

La réforme a permis de développer une meilleure qualité de soins, avec du personnel qualifié et du matériel adapté. Les détenus doivent bénéficier de la même qualité de soins que celle dispensée à l'extérieur et sur le territoire. A ce propos, Evelyne PICHERIE, infirmière à l'USCA de la maison d'arrêt de Nantes ajoute que « soigner derrière les barreaux, c'est avant tout proposer la même qualité de soins qu'à l'extérieur, mais c'est aussi assurer le respect inhérent à la personne humaine ».

## **1.2. Le rôle infirmier**

Afin d'exercer en tant qu'infirmier en milieu pénitentiaire, il faut avoir obtenu le diplôme d'état d'infirmier, comme indique l'article L4311-3 du code de santé publique. Il n'y a pas de spécialité ou de formation supplémentaire, mais il faut disposer de certaines qualités humaines pour répondre aux spécificités de la population soignée.

L'infirmier en milieu carcéral a plusieurs missions qui couvrent plusieurs compétences : somatique, psychique, social et un rôle d'orientation avec les différents partenaires.

Lorsqu'un détenu entre en établissement pénitentiaire, un entretien est réalisé afin d'établir un premier contact. Cet entretien a pour but de connaître le patient, de présenter le rôle de l'unité sanitaire et de repérer les inquiétudes que peut avoir le détenu à propos de son incarcération.

L'infirmier contribue au suivi et à l'administration des traitements, à la réalisation de vaccins et d'exams divers (électrocardiogrammes, audiogrammes, bilans sang, etc.), en fonction et dans le respect des prescriptions médicales.

Il a un rôle de prévention et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), de diverses addictions (tabac, alcool et autres produits psychoactifs), et propose un suivi diététique.

Au quotidien, l'infirmier reçoit également les détenus au sein de l'unité pour divers soins (pansements, prises de paramètres vitaux, glycémies, ...). Il participe à la prise en charge de problèmes de médecine de ville (constipations diarrhées, douleurs...), à la formation d'étudiants et d'autres acteurs intervenant en milieu carcéral, aux réunions pluridisciplinaires et aux projets de réinsertion post carcéral.

### **1.3. La population soignée**

Selon le ministère de la justice, au 1<sup>er</sup> décembre 2020, 74 878 personnes étaient sous écrous en France, dont 62 935 détenus, dont 2 082 étaient des femmes.

Ancien infirmier, puis cadre en milieu carcéral, Roch-Etienne NOTO-MIGLIORINO décrit les détenus pris en soins. Selon lui « on y trouve à la fois des individus parfaitement intégrés dans la vie sociale et d'autres vivant en marge ». Ces personnes sont issues de toutes sortes « d'univers : ceux de la précarité (SDF et sans papiers), de la marginalité (toxicomanes et prostitué(e)s), de la délinquance (trafiquants et droit commun), de la criminalité (de gang et sexuels), du terrorisme, ... ».

Selon l'article D50 du code de procédure pénale, un détenu est une personne « faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. »

Il n'existe pas un détenu type, les personnes soignées viennent de tous les milieux sociaux, de toutes les cultures, origines et religions.

Il existe néanmoins deux statuts très importants : le condamné et le prévenu.

Les détenus prévenus « sont sous le coup de poursuites pénales et n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive, au sens précisé ci-dessus, c'est-à-dire aussi bien les personnes mises en examen, les prévenus, et les accusés, que les condamnés ayant formé opposition, appel ou pourvoi »

Les détenus condamnés ont « fait l'objet d'une décision ayant acquis le caractère définitif ».

Le prévenu peut attendre plusieurs années avant que son jugement ait lieu en fonction du délit/crime commis, le condamné va pouvoir se projeter sur la suite de sa peine.

## **2. Les représentations sociales**

Selon le dictionnaire Larousse, une représentation est une « perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet. »

D'après Nicolas Fischer, psychologue spécialisé en psychologie de la santé, « la représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, événement, catégories sociales, etc.) et donnent lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales ».

Ljiljana Jovic, infirmière et docteur en sociologie rajoute que les représentations sociales sont « des phénomènes à la fois individuels et collectifs » qui « influencent les manières de faire et le champ des connaissances ».

Enfin, selon Jean Claude ABRIC, psychologue social, elles sont composées d'un noyau central avec les éléments stables, qui ne se modifient pas. A l'inverse, elles sont également composées d'éléments périphériques qui complètent le noyau central et qui sont modifiables avec l'expérience afin de s'adapter.

Propres à chacun, les représentations sociales vont donc avoir une influence positive ou négative dans les rapports, la communication et la prise en soins des patients. Dans le cadre de la relation soignant/soigné, le soignant doit faire abstraction de ses représentations afin de ne pas être dans la stigmatisation ; il doit s'intéresser essentiellement à l'individu qui se présente à lui. En effet, ces représentations sont une perception de la réalité et non la réalité elle-même.

### **3. La relation soignant soignée**

Psychologue en milieu hospitalier, Alexandre Manoukian, définit la relation comme étant « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. »

Selon le dictionnaire Humaniste infirmier, la relation soignant soignée est une « activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant (...). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue (...) »

Cette relation fait partie du soin, c'est « une relation d'accompagnement basée sur l'empathie, la confiance, le soutien, la valorisation et la déculpabilisation, l'absence de jugement, les conseils, l'aide à la réflexion, à l'analyse objective de la situation ».



Elle permet de mieux comprendre les besoins de la personne soignée et d'adapter sa prise en charge ; elle évoluera au fil des échanges, et de la prise en charge via les soins.

### **3.1. Principe de non-discrimination**

Selon Margot Phaneuf, infirmière, docteur en sciences infirmières, « le non-jugement est une qualité de l'écoute propre à la relation d'aide qui conduit la soignante à se laisser pénétrer, sans préjugé, ni réserve, par ce qu'exprime l'aidé, par son comportement verbal et non verbal et ce, sans évaluer la valeur morale de ses paroles et de ses gestes. Cette attitude repose sur l'acceptation inconditionnelle du client, sur le respect de sa dignité et sur une compréhension profonde de ce qu'il est et ce qu'il vit. »

Le non-jugement fait donc partie de la relation d'aide entrepris par le soignant vis-à-vis du patient. L'auteur insiste sur le fait que les préjugés ne doivent pas envahir le soignant. Il est nécessaire qu'il accepte la personne et le patient dans sa globalité en faisant preuve de respect et en manifestant à son égard de la bienveillance. Il fait partie intégrante de la relation d'aide et ne doit pas être écarté ou omis, cela poserait une difficulté majeure et générerait un obstacle certain entre le soignant et la personne soignée.

« Dans notre métier, on nous apprend à ne pas porter de jugement sur les personnes, à offrir la même qualité de soin à tous. Notre tâche d'impartialité et de proximité est parfois mise à rude épreuve. Il y a nécessité dans ces cas de faire abstraction de la parole du patient, de son histoire, pour s'attacher uniquement à ce qu'il est, un homme qui souffre (...) et qui demande des soins et de l'attention. » souligne Roch-Etienne NOTO-MIGLIORINO à propos de la situation particulière d'un détenu qui assumait son travail de proxénète sans aucune gêne lors d'un récit.

Ne pas juger un patient, quels que soient ses antécédents, est primordial afin d'avoir une prise en soins neutre et équitable. Cependant, certains motifs d'incarcération ou certains antécédents peuvent plus ou moins affecter le soignant dans sa prise en charge et dans sa relation au patient. Lui aussi est un être humain qui peut être sensible ou a pu être affecté dans son passé, son histoire de vie, etc. C'est pourquoi savoir et pouvoir passer le relai est important pour le soignant lorsqu'il est confronté à un moment difficile ou une situation délicate à vivre avec le patient. Il est nécessaire que le soignant ne se sente pas à son tour négligé ou mal considéré.

Enfin, Carl ROGERS, psychologue humaniste, évoque le regard positif inconditionnel ; il estime que l' « attitude qui est essentielle à la création d'un climat de changement est l'acceptation, l'attention, l'estime (...). Lorsque le thérapeute éprouve une attitude positive, non jugeante et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment (peu importe ce qu'il est à ce moment-là), il est vraisemblable qu'un mouvement ou changement thérapeutique se produira »

La peur est aussi engendrée par ce que le patient pense de lui-même, intimement, et par ce qu'il imagine que les autres vont penser de lui, tout en ayant peur de leurs réactions. Une attitude professionnelle et respectueuse du soignant permet au patient de se sentir compris, sans avoir de crainte à propos de ce que pense le soignant. Une relation de confiance peut alors être entamée, le patient peut communiquer librement sans redouter d'être jugé. Il renonce alors à son idée - a priori - de danger ou de risque, qui n'existe pas. La menace n'est plus vraiment réalité, le soignant lui confirme par sa capacité à lui témoigner une forme de neutralité.

### **3.2. L'empathie**

D'après le Dictionnaire Le Robert, l'empathie est la « capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent. »

Selon Carl ROGERS, « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » ».

Dans le cadre de la relation soignant/soigné, cette seconde définition concourt à essayer de mieux comprendre la personne soignée et, dans le même temps, à ne pas oublier que le soignant n'est ni elle, ni à sa place. Il est nécessaire de percevoir l'Autre comme un tout, en tenant compte de son histoire de vie et de sa complexité, de ses composantes et de ses émotions, qui constituent ses reliefs aujourd'hui, afin de réellement comprendre ce qu'il ressent.

D'après Roch-Etienne NOTO-MIGLIORINO, « l'empathie permet au soignant d'entrer dans une proximité telle avec le patient qu'il peut pour ainsi dire se mettre à sa place ». A partir de mon expérience, je pense toutefois que certaines limites existent à une empathie totale dès lors que, comme l'auteur le souligne également, « certains détenus sont, presque impossibles à prendre en charge sans mettre en danger l'équilibre du soignant », lorsqu'il évoque un récit dans lequel le patient n'avait aucun remords après avoir tué une petite fille.

Avoir de l'empathie favorise le climat de confiance car le patient se sent compris et peut se livrer sans avoir le sentiment d'être seul face à une situation. De son côté, le soignant doit toujours être vigilant. Il est important qu'il saisisse ce que le patient veut lui transmettre afin de ne pas s'égarer et de prendre une mauvaise décision qui ne serait pas en accord avec ce que le patient exprime.

### **3.3. Le conflit de valeurs**

Le code de déontologie infirmier québécois définit les valeurs infirmières comme étant des valeurs « issues de son histoire et de sa culture » et « donnent un sens commun à la profession. Ces valeurs

fondamentales reflètent les principes qui guident les actions des infirmières dans l'exercice de la profession. Toutes les infirmières et tous les infirmiers adhèrent à ces valeurs et s'engagent à préserver l'image et la crédibilité de la profession. »

Les valeurs personnelles, contrairement aux valeurs professionnelles, sont propres à chaque individu, et se construisent en fonction de son identité, son éducation, ses croyances, son vécu, ... Les valeurs personnelles et individuelles peuvent quelques fois rejoindre les valeurs professionnelles. A l'inverse, elles peuvent être différentes et entraîner des difficultés dans la prise en soins et dans la relation soignant/soigné.

Selon Diane GIRARD, « le conflit de valeurs survient lorsque les actions qui seraient menées afin de mettre en pratique une certaine valeur dans une situation donnée entrent en conflit avec les actions préconisées par une autre valeur qui semble également importante ».

En milieu carcéral, ce conflit peut être assez récurrent et donner naissance à un dilemme éthique. Ainsi, les valeurs soignantes/professionnelles primeraient-elles sur les valeurs personnelles ?

# **Partie Empirique**

## **1. Entretien exploratoire**

### **1.1. Introduction**

Afin de répondre et de pouvoir confronter mes recherches théoriques aux réalités de terrain et aux expériences de praticiens, j'ai décidé d'aller à la rencontre de professionnels soignants. J'ai mené des entretiens auprès de deux infirmiers diplômés d'Etat au sein d'un même centre de soins en addictologie, Julie et Christophe (prénoms changés afin de préserver leur l'anonymat). Julie est une jeune infirmière diplômée depuis dix mois, et elle a seulement exercé en addictologie, tandis que Christophe est infirmier depuis huit ans et exerce au centre depuis sept ans et demi.

L'objectif des entretiens était non seulement de trouver des écarts entre la phase théorique et la phase exploratoire, mais aussi d'aller à la recherche d'écarts entre deux infirmiers, disposant d'une ancienneté et d'expériences différentes. Lors de cette phase exploratoire, je cherchais à savoir quelles étaient leurs représentations des détenus et si ces dernières avaient un impact sur leur prise en soins. Je les ai également interrogés sur leur propre définition de la relation soignant/soigné, et en quoi un potentiel jugement pouvait l'impacter.

### **1.2. Choix de l'outil**

Au préalable de cette phase exploratoire, j'ai construit un guide d'entretien orienté sur une méthode qualitative. Cette méthode permet de recueillir des témoignages en s'appuyant sur le vécu et les représentations des professionnels, plutôt que sur des statiques ou des données chiffrées davantage abstraites.

Ce questionnaire se compose de six questions ouvertes identiques pour chacune des personnes interviewées avec un objectif ciblé pour chaque question, et des questions de relance définies à l'avance.

Il est semi-directif. En effet, il permet à la personne interviewée de se recentrer sur un thème donné, avec des questions ouvertes lui laissant la liberté de s'exprimer largement sur le thème de départ.

### **1.3. Choix de la population cible**

A la suite de mon stage en milieu carcéral, j'ai réalisé un stage de sept semaines dans un centre de soins en addictologie. Au cours de ce stage j'ai pu accueillir des patients souffrant de conduites sous effet d'un produit psychoactif, soit dans le cadre d'une obligation de soins en lien avec leur peine, soit du fait d'un passif avec la justice et d'anciens détenus. Mon choix d'entretien s'est alors porté sur des professionnels de ce centre, qui n'avaient jamais travaillé en milieu carcéral, mais qui avaient cependant pris en soins des patients ayant été incarcérés.

### **1.4. Les limites**

Ayant réalisé un stage dans cet établissement, j'avais précédemment évoqué mes lieux de stage avec quelques professionnels, et certains infirmiers de l'équipe connaissaient la thématique de mon travail de fin d'études. Par conséquent, j'ai essayé de trouver des infirmiers qui n'étaient pas informés de mes études et de ma pratique afin de ne pas biaiser l'entretien et d'avoir des réponses spontanées.

A partir de ces exigences, j'ai réussi à trouver des infirmiers qui correspondaient aux critères de ma sélection : Julie était infirmière dans la structure, mais elle travaillait dans l'unité dans laquelle je n'étais pas en stage ; Christophe était infirmier dans l'unité dans laquelle j'évoluais, mais je n'avais travaillé qu'une seule fois avec lui, sans jamais aborder avec lui la thématique de mon travail de fin d'études.

De plus, j'ai réalisé les entretiens à distance et en audio, ce qui m'a permis de ne pas avoir l'image et de ne pas être parasité par la communication non-

verbale des deux professionnels. Par ailleurs, je ne me suis pas autorisé à les interrompre ; mon intervention consistait uniquement à les recentrer dès lors que les réponses déviaient de la question initiale. Enfin, quelques problèmes techniques, souvent de réseau, ont pu être parasites.

## **2. Analyse des entretiens**

### **2.1. Les représentations sociales et le non-jugement : deux notions incompatibles?**

Christophe, qui a déjà soigné plusieurs fois des personnes incarcérées, exprime son propos et sa considération sur le détenu avec une « connotation négative ». Selon lui, « il n'y est pas pour rien » (l.16, l.18). Il insiste également sur les conditions actuelles d'incarcération, la surpopulation carcérale, et le fait que la justice soit clémentine afin qu'une personne ne soit pas incarcérée, principalement. D'après lui, il faut avoir fait quelque chose de « grave, énorme » (l.21) comme avoir « tué des gens » (l.22) ou présenter « un tas de multiples peines » (l.23) pour être incarcéré. Finalement, de son point de vue, c'est un parcours dont on ne se sort pas. Il pense que les personnes incarcérées n'ont rien compris aux multiples avertissements de la justice et « n'ont jamais changé » (l.27).

Julie, qui a moins d'expérience que Christophe, a également soigné des détenus ou d'anciens détenus. Selon elle, « c'est un patient comme un autre » (l.9) ; elle « ne leur met pas d'étiquette » (l.9).

Les deux professionnels ont une vision complètement différente des personnes incarcérées et, malgré son expérience, Christophe semble être davantage dans le jugement a priori que Julie. Il souligne en effet qu'il « ne peut pas être impartial » (l.38). Néanmoins, il passe au-delà, il essaie « de voir autre chose au lieu de cette image du détenu. » (l.41). Ses propos sont très étroitement liés aux notions d'impartialité de Roch-Etienne NOTO-MIGLIORINO, selon

lesquelles le soignant doit s'attacher au patient qu'il prend en soins à l'instant précis, afin d'avoir une qualité de soins équitable et surtout, faire abstraction de l'histoire du patient pour s'occuper de la personne qui est en difficulté et qui souffre. Julie respecte le principe de non-discrimination et développe une attitude positive à l'égard des personnes soignées. Son regard ne change pas du fait que la personne est détenue ; les problèmes qu'elle peut observer potentiellement sont davantage liés à la personnalité, et non au fait que les patients soient détenus (I.17).

## **2.2. L'impact du jugement sur la relation soignant soignée**

Selon les deux professionnels, la relation soignant/soigné se base sur la confiance mutuelle entre le patient et le soignant. (I.25 Julie et I. 45 Christophe). Pour Christophe, elle permet « une prise en charge optimale » (I.48), mais cette relation à l'Autre doit se baser sur l'authenticité (I.47). La notion d'empathie est évoquée : Christophe est présent pour aider le patient et pour résoudre une problématique en collaboration avec lui. D'après Christophe, le jugement impacte la relation soignant/soigné notamment dans l'investissement (I.60). Il amorce vaguement la notion de conflit de valeurs personnelles et professionnelles (I.64), tout en rappelant qu'un soignant est avant tout une personne et qu'il contribue à la richesse d'une équipe.

Cependant, le jugement peut parfois être inconscient ; il concerne surtout l'image négative que le professionnel peut véhiculer vis-à-vis d'un patient. Christophe évoque certains mécanismes de défense comme la fuite, « le jugement très inconscient qui va mine de rien être parfois d'esquiver le patient. » (I.76). Le jugement négatif peut être néfaste, mais une image positive peut l'être aussi, particulièrement si le soignant n'a plus la « bonne distance » avec le patient (principe de distanciation analysé précédemment). Il conclut qu'en voulant faire à la place du patient, « ce n'est pas lui rendre service » (I.87).

Les propos de Christophe sont en lien avec la définition d'empathie de Carl ROGERS, selon laquelle le soignant doit être en capacité de s'identifier à la



personne soignée comme si c'était lui, sans oublier le « comme si ». Christophe se rapproche également de la définition de la relation soignant/soigné avancée par Alexandre MANOUKIAN, lorsqu'il évoque les notions de collaboration et d'accompagnement.

Julie met en avant le respect de l'intimité et celui du secret professionnel ; elle souligne l'importance de la communication. D'après elle, il faut mettre la personne en confiance (I.35), et ne pas considérer le patient comme « un objet de soins ». Elle pense que l'infirmière ne vient pas juste pour réaliser une pique et repartir (I.39). Elle évoque également l'absence de jugement (I.36), avancée par Alexandre MANOUKIAN dans sa définition. Selon elle, « schématiser une personne » (I.52) peut être un frein à la relation soignant/soigné, d'autant plus, insiste-t-elle, si le soignant ne connaît pas le parcours de vie du patient (I.62).

### **3. Synthèse**

Soigner un patient sans porter de jugement n'est pas toujours simple, et soigner un patient qui potentiellement renvoie une image négative l'est encore moins. Soigner en milieu carcéral peut parfois entraîner un questionnement du soignant sur sa place et sa distance face à un patient qui a une histoire de vie, des valeurs qui ne sont pas les mêmes que celles qu'il partage en tant que personne et en tant que professionnel de santé, ... Pourtant, j'ai l'intime conviction qu'il est du devoir des personnels de soins, et le mien en tant qu'infirmier, de soigner sans porter de jugement. Ce préalable et cette distanciation positive sont également la garantie, le garde-fou en quelque sorte, d'une inclinaison humaine.

Lors de mon arrivée en maison d'arrêt, j'appréhendais de devoir soigner quelqu'un qui avait pu porter atteinte à autrui et je redoutais de ne pas pouvoir le prendre en charge comme les autres patients. J'ai rencontré beaucoup de patients au cours de ce stage et chacun d'entre eux, malgré le délit ou parfois le crime qu'il avait pu commettre, était différent et avait quelque chose à m'apporter, non seulement en tant que personne, mais aussi en tant que professionnel de

santé. Cette situation m'a permis de comprendre qu'il ne faut pas systématiquement se fier à une perception a priori et à une représentation mentale, environnementale et sociétale.

Lors de la conduite de mes entretiens avec les deux professionnels de santé, j'ai également appris que les représentations, qu'elles soient positives ou négatives, peuvent influencer la position du soignant et avoir un impact réel sur la prise en soins. Ce mouvement, parfois inconscient, n'est en effet pas toujours volontaire ; le soignant doit incarner des compétences professionnelles, des savoir-faire et des gestes techniques, et faire preuve également de savoir être et de dispositions psychologiques particulières, afin de pouvoir accompagner et soigner, et non pas se mettre ou faire à la place d'une personne, d'un patient.

Enfin, la relation soignant/soigné et la relation humaine de confiance qui s'instaurent sont, selon les différents auteurs étudiés dans mon cadre théorique, et au vu de mes échanges avec les personnes interviewées, les bases d'un soin optimal et de qualité. Je pense qu'elles sont essentielles et sont les clés d'une prise en charge de soins réussie, quel que soit le lieu où sont dispensés les soins et qui que soit le patient.

#### **4. Hypothèse de Recherche**

A la suite des deux phases, conceptuelle et empirique, je peux formuler l'hypothèse de recherche suivante : **si les représentations sociales ont un impact sur la prise en soins d'un patient, particulièrement dans la relation soignant/soigné, cet impact est propre à chaque situation, à chaque soignant et à chaque patient.**

#### **5. Mise en œuvre de Recherche**

Lors de mes recherches, je devrais continuer à mettre en évidence certaines notions telles que l'identité professionnelle et la juste distance.

L'identité professionnelle est-elle propre à chacun ou est-elle commune ? Cette identité peut en effet mettre en relief l'écart entre les pratiques d'un soignant à un autre.

La juste distance permet-elle de prendre du recul vis-à-vis d'une situation qui met en difficulté un soignant ? Est-ce la distance face à un patient qui peut permettre au soignant d'aller au-delà de ses préjugés ?

Afin de réaliser cette recherche approfondie, j'irais interroger des soignants ayant pris récemment leurs fonctions en unité de soins en milieu carcéral et des soignants plus expérimentés, pour identifier et connaître les outils mis en place pour les patients incarcérés, dès lors qu'ils sentent des difficultés à établir une relation de confiance.

Je mettrais également en place des guides d'entretien exploratoire, semi-directifs et identiques pour chaque soignant, basés sur des objectifs tels que la définition de l'identité professionnelle et l'influence qu'elle peut avoir lors de la prise en soins en milieu carcéral. Aussi, je les questionnerais sur le principe de distanciation et sur les effets qu'elle peut apporter dans le cadre de la relation soignant/soigné face à un patient incarcéré.

## Conclusion

J'ai choisi de mener mon travail de fin d'études avec l'analyse particulière d'une situation en milieu carcéral, en lien avec la relation soignant/soigné parce que, de mon point de vue, ce concept est primordial à intégrer dans le soin à la personne soignée, quels que soit le service et la structure dans lesquels un soignant exerce.

Dans le cadre de mon mémoire et de ma réflexion, j'ai pu constater également auprès de mon entourage professionnel et privé que l'image du patient incarcéré est perçue bien souvent de façon péjorative. J'ai pu entendre que le droit à l'accès aux soins de ces patients était inadmissible au vu de leurs actes.

Si au cours de ma pratique, j'ai appris que les patients incarcérés doivent, en théorie, bénéficier d'une qualité de soins équivalente à celle qu'ils auraient reçue à l'extérieur, le constat de mon expérience me conduit à remarquer que la réalité est tout autre. De mon point de vue, l'information régulière, la formation initiale et continue des professionnels de santé, et la communication entre les acteurs peuvent être des axes importants à développer pour réduire cet écart.

Etre infirmier requiert à la fois de nombreuses qualités humaines pour lesquelles, en tant qu'étudiant, je n'avais pas été spécialement formé au début de mes études. Ces compétences, qui s'agrègent à mon profil professionnel en construction et en devenir, s'acquièrent grâce aux expériences vécues et aux échanges tissés au fur et à mesure de ma formation avec le personnel médical, avec mes pairs, au contact des patients, et au travers des situations nombreuses et variées auxquelles j'ai été confronté et qui m'ont permis de me développer et d'évoluer positivement.

Ce travail de fin d'études m'a donné l'occasion de m'initier à la recherche et m'a apporté des connaissances tant sur le champ théorique, que sur la pratique du métier d'infirmier. J'ai complété mes apprentissages au moyen des recherches bibliographiques et des entretiens exploratoires menés auprès d'infirmiers, spécialement dans le cadre de la prise en soins d'une personne face

à laquelle j'aurais certainement pu rencontrer des difficultés à mettre à distance mes valeurs personnelles. Ce travail et ces expériences me confortent également dans mon souhait de mettre mes compétences d'infirmier au service d'une unité dans laquelle les soins relationnels sont essentiels et mis au cœur du dispositif de soins.

Dans l'hypothèse où j'aurais eu à développer davantage ce travail d'étude et de recherche, j'aurais souhaité interroger un plus grand nombre d'infirmiers. En effet, la richesse et la diversité des parcours, ainsi que les expériences professionnelles que me confient mes interlocuteurs, me construisent chaque jour un peu plus. Je perçois progressivement le professionnel infirmier que je veux devenir, les compétences je m'appliquerais à développer, et les valeurs que je souhaiterais incarner dans l'exercice de ma fonction et des missions qui me seront confiées.

## Bibliographie

Abric, J. (2019). *Psychologie de la communication - Théories et méthodes : Théories et méthodes (Psycho Sup) (French Edition)*. DUNOD.

Article D50 - Code de procédure pénale - Légifrance. (s. d.).

<https://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 22 mars 2021, à l'adresse

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006515227/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006515227/)

Article R4312-11 - Code de la santé publique - Légifrance. (s. d.).

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr). Consulté le 27 février 2021, à l'adresse

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033496818/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496818/)

*Code de déontologie des infirmières et infirmiers (2015), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Consulté le 27 février 2021, à l'adresse

[https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8449\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8449_doc.pdf)

Direction de l'Administration Pénitentiaire. (2020). *Statistique des établissements des personnes écrouées en France*.

<http://www.justice.gouv.fr/>.

[http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/stat\\_etab\\_decembre\\_2020.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_etab_decembre_2020.pdf)

*empathie - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert*. (s. d.). Le Robert. Consulté le 28 février 2021, à l'adresse

<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/empathie#:~:text=didactiqu>

e%20Capacit%C3%A9%20de%20s'identifier,dans%20ce%20qu'il%20re  
ssent.

Fischer, G. N. (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale (French Edition)*. Presses de l'Université de Montréal.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

Girard, D. (2009, 10 décembre). *Conflits de valeurs et souffrance au travail*. Éthique publique. <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/119>

Larousse, Ã. (s. d.-b). *Définitions : représentation - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse. Consulté le 28 février 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483#:~:text=Action%20de%20rendre%20sensible%20quelque,de%20l'%C3%A9volution%20des%20prix>.

*Les concepts en sciences infirmières* (2ème Edition). (s. d.). Mallet conseil.

*Les personnes détenues*. (2021, 16 février). <https://solidarites-sante.gouv.fr/>.  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es#:~:text=La%20loi%20de%20janvier%201994,aux%20soins%20de%20ces%20personnes>.

*Les structures pénitentiaires.* (2018, 20 mars). justice.gouv.fr.

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

Manoukian, A. (2014). *La relation soignant-soigné (Soigner et accompagner) (French Edition)*. LAMARRE EDITION.

Margot, P. (2011b). *LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE - RENCONTRE ET ACCOMPAGNEMENT (CHENELIÈRE ÉDITIONS)*. CHENELIERE.

Noto-Migliorino, R. (2018). *Infirmier en milieu carcéral : Accompagner, soigner, réinsérer (Hors collection) (French Edition) (2<sup>e</sup> éd.)*. Elsevier Masson.

Paillard, C. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier - approche et concepts de la relation soignant-soigné*. SETES.

Picherie, E. (2003, septembre). *Le dispositif de prise en charge*. Haut conseil de la Santé publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=85>

Rogers, C. (1980). *A Way of Being* (1<sup>re</sup> éd.). Houghton Mifflin.

Rogers, C. (2021). *Client-Centered Therapy : Its Current Practice, Implications, and Theory* (New edition). Robinson.



## **Annexes**

### **Annexe I – Table des sigles**

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COVID 19 : Coronavirus SARS-CoV-2

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

SDF : Sans Domicile Fixe

UCSA : Unité de Consultations de Soins Ambulatoires

USMA : Unité Sanitaire en Maison d'Arrêt

## **Annexe II Guide d'entretien**

### **1- Bonjour, pourriez-vous vous présenter en quelques mots ?**

Relance : (Parlez-moi de votre parcours professionnel, depuis quand êtes-vous diplômé, dans quels services avez-vous travaillé ?)

**Objectif : Connaître le soignant, son parcours**

### **2- Quelles représentations avez-vous d'un détenu ?**

Relance : (Quelle image avez-vous d'un détenu ?)

**Objectif : Comprendre quelles représentations ont les soignants vis-à-vis d'une personne incarcérée**

### **3- Avez-vous eu connaissance de soigner quelqu'un qui a fait de la prison ?**

Oui → Dans quel contexte avez-vous pris en charge un détenu ?

Non → Question suivante

**Objectif : Connaître les motifs de prise en soin**

### **4- Selon vous, vis-à-vis du patient, votre regard aurait-il changé ?**

Relance : (Savoir qu'un patient a été détenu vous a fait changer votre pratique ?)

Oui → **En quoi vos pratiques n'étaient pas les mêmes par rapport à un autre patient ?**

Non → Est-ce que votre pratique aurait été la même par rapport à un autre patient ?

(Avez-vous eu des difficultés à communiquer, pris des distances ?)

**Objectif : Savoir si le fait de prendre en soin un détenu aurait changé sa vision par rapport à un patient lambda, retour sur les valeurs personnelles et soignantes et le devoir de non-discrimination**

### **5- Pouvez-vous me définir la relation soignant soignée ?**

Relance : En quoi consiste la relation soignant/soignée ? Comment faites-vous pour établir une relation avec un patient ?

**Objectif : Connaître sa propre définition de la relation soignant soignée**

### **6- Dans quelles mesures les représentations vont impacter la relation soignant soigné ?**

Relance : En quoi le jugement va influencer la prise en charge d'un patient ?

**Objectif : Savoir ce qui peut freiner la relation soignant soigné**

### **Annexe III Entretien de Christophe**

**-Bonjour, est ce que tu pourrais te présenter en quelques mots ?**

« Ok, alors je m'appelle Christophe. Je suis infirmier au centre (lieu de travail) depuis à peu près 7 ans et demi, presque 8 ans. Donc, je suis diplômé depuis  
5 juillet 2013. J'ai fait des remplacements dans un premier temps dans une clinique  
psychiatrique près de (nom de la ville). Sinon, après ces remplacements de  
quelques mois, j'ai intégré le centre et je n'ai pas bougé depuis. J'ai passé un DU  
en alcoologie entre la faculté de (nom de la faculté) et celle (nom de la faculté),  
il y a 2 ans, et je suis en ce moment en plein DU d'addictologie entre l'université  
10 de (nom de la ville) et de (nom de la ville). Sinon formation de tutorat et plein de  
trucs à droite à gauche mais pas officiels, il me semble ».

**-Quelles représentations as-tu d'un détenu ?**

« Quelles représentations j'ai d'un détenu ? Euh... bah très clairement, pas très  
bonnes, c'est-à-dire que pour moi quelqu'un qui est détenu, quelqu'un qui est en  
15 prison à l'époque actuelle avec la surpopulation carcérale, etc., je pense qu'il n'y  
est pas pour rien. Je pense qu'il y a de multiples causes. Ce n'est pas du sursis  
etc. De manière personnelle, j'ai beaucoup de mal avec tout ce qui est injustice,  
donc effectivement quand quelqu'un est là-bas, je pense que ce n'est pas pour  
rien. Ils font leur peine, et voilà. Derrière je ne peux pas dire qu'elle soit hyper  
20 bonne, parce que pour moi, si tu veux, quand t'arrives en prison, les peines sont  
assez lourdes pour que t'aïlles en prison. Donc, soit t'as fait un truc grave,  
énorme ; t'as tué des gens ou je n'en sais rien, je suis un peu caricatural, soit  
c'est un tas de multiples petites peines qui t'amènent là. Sauf que si t'arrives à  
un tas de petites peines, ça sous-entend, encore une fois c'est personnel, que  
25 les personnes n'ont jamais saisi, elles n'ont pas compris finalement. En gros,  
elles n'ont jamais essayé de se rattraper. Finalement, elles ont toujours été  
là-dedans et n'ont jamais changé, quoi ».

**-Est-ce que tu as eu connaissance de soigner un détenu ?**

« Oui, de très nombreuses fois ».

30 **-Et dans quel contexte ?**

« Dans un contexte addictif majoritairement parce que même dans les différents  
stages, dans d'autres services je n'avais jamais eu l'occasion. Tous les détenus

que j'ai croisés, c'était dans le cadre d'une obligation de soins, notamment au centre ».

35 **-Selon toi, vis-à-vis du patient, ton regard a-t-il changé ?**

« Si mon regard a changé ? Alors, à mon sens, ça a changé mon regard, oui. Ça, je ne peux pas le nier parce que effectivement j'ai une connotation négative donc je ne peux pas dire que je peux être impartial, il ne faut pas se voiler la face. Ça ne m'a pas empêché, pour en avoir eu en tant que référent de vraiment donner, 40 parce que même si j'ai une mauvaise image, j'essaie de passer au-delà de ça, et de me dire qu'on va peut-être essayer de voir autre chose au lieu de cette image du détenu ».

**-Est-ce que tu pourrais me définir la relation soignant/soigné ?**

« La relation soignant/soigné ? Pour moi, c'est avant tout une relation de 45 confiance entre un professionnel de santé et un patient. L'idée c'est toujours dans un travail de collaboration, toujours, dans n'importe quel service, que ce soit dans un service plutôt psy plutôt physique, que ça ait une authenticité de la part des deux parties : soignant et soigné ; pour permettre une prise en charge optimale et surtout que la relation de confiance soit la meilleure possible, la plus 50 productive.

Par exemple, quand je suis référent dans le cadre de la prise en charge au centre j'explique pourquoi je suis là, le boulot qu'on fait ensemble. Je mets un contexte de relation soignant soigné ; je ne suis pas là pour faire à sa place, je ne suis pas là non plus pour faire contre lui, mais par contre avec lui, je suis prêt à l'aider 55 dans sa problématique, dans son projet de soins mais ça va dépendre de ces personnes. Je ne suis pas là pour tricher mais pour discuter honnêtement et que ça fonctionne le mieux possible ».

**-Dans quelle mesure les représentations vont-elles impacter la relation soignant/soigné ?**

60 « L'investissement. Attends, redis la question ».

**-En quoi, selon toi, le jugement va il influencer la prise en charge ?**

« On a beau vouloir ne pas être dans le jugement, je pense que le souci du jugement c'est qu'il se met en place dès qu'il y a une altération, une confrontation des valeurs personnelles. Parce qu'être soignant, c'est être une personne, c'est 65 d'ailleurs ce qui fait la richesse d'une équipe et qu'on n'est pas tous pareil. Le problème du jugement c'est que quand t'as une représentation négative

de quelqu'un tu vas moins t'investir ; même si tu ne veux pas. C'est parfois, je pense très inconscient. Ce n'est pas je pense de manière purement consciente finalement que le soignant va se dire et donner une connotation négative a une  
70 personne, et s'en foutre complètement. Je pense que ça arrive. Je pense aussi que de manière très inconsciente les soignants peuvent être sur la défensive dans certains contextes par rapport à une connotation personnelle. Si on a une opinion, il va y avoir un jugement de cette personne. Encore une fois on est d'accord que dans les grands principes d'éthique on ne doit pas être dans le  
75 jugement. Je pense qu'il y a un fossé entre le jugement conscient des choses, mais aussi le jugement très inconscient qui va, mine de rien, qui va être parfois d'esquiver le patient. On n'a pas envie de le voir parce qu'on a une mauvaise image de lui, on a du mal à créer un lien. On va plutôt aller instinctivement vers une personne avec qui le lien est plus facile. On va prendre moins de temps, si on  
80 prend moins de temps on peut passer à côté de quelque chose, d'éléments particuliers en fonction du service. Ce n'est pas positif pour le patient s'il y a un jugement négatif. Par contre s'il y a un jugement positif, ça peut être de vouloir aider le patient, d'être plus derrière le patient, je pense que ça peut être négatif parce qu'on n'a pas non plus la bonne distance. A mon sens, le jugement quel  
85 qu'il soit, positif ou négatif peut être délétère au patient. Un jugement positif peut être valorisant pour le patient, mais à l'inverse ça peut aussi lui être préjudiciable, par exemple en voulant faire à sa place et là ce n'est pas lui rendre service ».

**-Ok, parfait, merci beaucoup ! »**

## **Annexe VI Entretien de Julie**

### **-Bonjour, est ce que tu pourrais te présenter en quelques mots ?**

« -Je suis Julie infirmière en addictologie depuis le mois de juillet 2020. J'ai 25 ans et je suis jeune diplômée. Je n'ai pas travaillé dans d'autres services, j'ai fait  
5 de l'addictologie directement parce que j'étais en stage là-bas au mois d'avril-juin, et j'ai enchainé avec un contrat là-bas. Je fais au même temps des formations en ligne mais pas encore de DU ou autre ».

### **-Quelles représentations as-tu d'un détenu ?**

« Hmm, je ne leur mets pas d'étiquette au début, c'est un patient comme un autre.  
10 Il y a des fois on ne le présente même pas, on ne sait pas tout de suite qu'ils sont placés ou quoi. Sa me dérange pas du tout ».

### **-Est-ce que tu as eu connaissance de soigner un détenu ?**

« Oui en addictologie, des placements extérieurs. On a quelques placements en ce moment d'ailleurs ».

### **15 -Selon toi, vis-à-vis du patient, ton regard a-t-il changé ?**

« Pas du tout. Après c'est plus qu'on a des problèmes avec ces personnes-là, ce n'est même pas le fait qu'ils soient détenus. C'est vraiment la personnalité du patient, mais ça pourrait être une personne lambda, un détenu ou une personne tout à fait lambda qui pose problème.

20 Après ça arrive souvent qu'il y ait des soucis entre les détenus entre eux, mais sinon non, je n'ai pas souci particulier avec ces personnes-là et je n'ai pas mon regard qui change parce que c'est une personne qui est détenue ».

### **-Est-ce que tu pourrais me définir la relation soignant soignée ?**

« C'est un peu de la triche parce que j'avais fait mon mémoire là-dessus, mais  
25 pour moi la relation soignant/soigné c'est déjà la confiance mutuelle, que ce soit le patient envers le soignant, que l'inverse, pour moi il n'y a pas non plus de relation sans communication. En addictologie c'est vraiment la clé de la prise en charge la relation, enfin la communication. Après la relation soignant/soigné, c'est vraiment ça, c'est le côté communication et le respect mutuel.

30 Dans mes entretiens en premier lieu je me présente, « je suis infirmière » ; je lui explique bien à la personne qui je vais être là pendant sa démarche de soins : lui dire que je vais être sa personne référente et ce qui est dit reste entre « dans les

murs » ; que ça peut être divulgué si on sent que c'est vraiment à risque pour le patient, et que ça doit être divulgué auprès du personnel bien sûr.

- 35 Puis sinon c'est tout, c'est vraiment le fait de me présenter et de mettre la personne en confiance en lui expliquant je ne suis pas là non plus pour les juger. C'est ce que je fais, après ça prend en compte beaucoup de choses ; on revient à la communication, ne serait-ce que de dire « bonjour » ou des choses comme ça, et d'être là pour le patient et pas juste venir faire une piqûre et je m'en vais.
- 40 Ce n'est pas juste un objet de soins, c'est une personne ».

**-Dans quelle mesure les représentations vont-elles impacter la relation soignant/soigné ?**

« C'est-à-dire ? »

**-En quoi, selon toi, le jugement va il influencer sur la prise en charge ?**

- 45 « Le fait qu'un soignant, on va tout de suite mettre une étiquette au patient ? C'est ça ?

Euh, bah pour moi ce n'est pas un frein. Si je me plaçais en tant que personne qui juge, il y a l'étiquette prison pour parler des détenus, pour moi ça va être : est-ce qu'on peut faire confiance à cette personne en me demandant est ce qu'elle était en prison et pour quelles raisons.

- 50 Après je pense que le fait d'être trop intrusif, à savoir pourquoi il était en prison et de schématiser la personne, je pense que ça peut être vraiment un frein. De le schématiser et de se dire qu'on ne peut pas avoir confiance en cette personne là parce que c'est une personne qui vient de la prison. Moi, par exemple, par rapport à ce que je peux entendre au centre quand on discute il y a souvent l'étiquette de « lui il vient de la prison, il se croit plus fort que tous ».

- 55 On a eu le cas du monsieur que tu connais, que tu as vu en prison, qui dès qu'il est arrivé ça a mis un peu la zizanie au niveau du pigeonnier (un secteur du centre d'addictologie), donc on a commencé à dire que c'est parce que c'est un gars qui vient de la prison, mais en fait ça aurait pu être une autre personne qui vienne de la prison ou non.

- 60 Après on ne connaît pas leur parcours de vie, on ne sait pas ce qu'ils ont vécu en prison, et des fois je pense qu'ils ne vivent pas le meilleur non plus. Pour moi ce n'est pas un frein pour la prise en charge, mais après t'as des jugements, comme beaucoup de gens prison ou pas prison c'est pareil ».

**-Ok merci beaucoup pour ton aide ».**

NOM: MARTINHO	Prénom: Bruno
Les représentations sociales en milieu carcéral, un dernier jugement?	
Résumé	Abstract
Après un stage infirmier au sein d'une unité de soins en milieu carcéral, j'ai réalisé un travail d'initiation à la recherche portant sur l'impact des représentations sociales lors de la prise en soin de patients détenus. La problématique suivante est alors mise en évidence : en quoi les représentations sociales des soignants influent-elles sur la relation soignant soigné en milieu carcéral ? Lors de ce travail, j'ai dans un premier temps effectué des recherches théoriques en lien avec les soins en milieu carcéral et des concepts clés pouvant impacter les soins, et dans un second temps, j'ai réalisé des entretiens auprès de professionnels de santé. Une hypothèse a émergée de cette étude : si les représentations sociales ont un impact sur la prise en soins d'un patient plus particulièrement dans relation soignant soigné, cet impact est propre à chaque situation, à chaque soignant, et à chaque patient.	After a nursing internship in a prison care unit, I did an introductory research project on the impact of social representations in the care of detained patients. The following problematic is then highlighted: how do the social representations of the carers influence the caregiver-patient relationship in a carceral environment? During this work, I first carried out theoretical research in relation to prison care and key concepts that could impact on care, and then I conducted interviews with health professionals. A hypothesis emerged from this study: if social representations have an impact on the care of a patient, particularly in the caregiver-patient relationship, this impact specific to each situation, to each caregiver, and to each patient.
Mots clés: Milieu Carcéral ; Représentations Sociales ; Relation Soignant-soigné ; Non-jugement	Keywords: Carceral environment, Social Representations, Caregiver-patient relationship, Non-judgmental



