

Mémoire de fin d'études

L'influence de l'intelligence émotionnelle sur la prise en charge des détenus



Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Nicolas THOMAS, mon guidant de mémoire, pour sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Je remercie ma référente pédagogique, Madame Fabienne DERUY, pour son suivi et sa bienveillance au cours de mes trois années de formation.

Je remercie chaleureusement mes grands-parents maternels, mes proches ainsi que toutes les personnes m'ayant soutenue tout au long de mes trois années de formation et qui ont, de près ou de loin, contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie également tous mes tuteurs de stage et les professionnels de proximité que j'ai pu rencontrer au cours de mes différents stages de m'avoir transmis leurs savoirs et ainsi permis de me construire en tant que future professionnelle de santé.

Je tiens à remercier tout particulièrement l'ensemble du personnel paramédical, médical et pénitentiaire pour la qualité de leur encadrement lors de mon stage en milieu carcéral. Je suis très reconnaissante de l'accueil dont j'ai bénéficié et des précieux conseils que j'ai pu recevoir, tant pour la rédaction de ce mémoire que pour ma future pratique infirmière.

Merci.

SOMMAIRE

I. <u>Introduction</u>	1
II. <u>De la situation d'appel à la question de départ</u>	2
1. Situation d'appel	2
1.1 Présentation.....	2
1.2 Situation.....	4
1.3 Contextualisation	7
2. Questionnement	9
III. <u>Cadre de référence</u>	10
1. L'infirmier en milieu pénitentiaire	10
1.1 Le milieu carcéral.....	10
1.2 La personne détenue.....	13
1.3 Le rôle de l'infirmier en milieu carcéral	16
2. L'intelligence émotionnelle	18
2.1 Distinction entre émotion et sentiment.....	18
2.2 La gestion des émotions.....	20
2.3 L'intelligence émotionnelle dans un contexte de soins.....	22
3. Les représentations sociales	24
3.1 Les différents types de représentations.....	25
3.2 Distinction entre agressivité et violence.....	26
3.3 L'objectivité du soignant face aux représentations personnelles.....	28
4. La relation soignant/soigné	30
4.1 Définitions du concept	30
4.2 La communication au cœur de la relation.....	31
4.3 La distance psychologique et thérapeutique en prison.....	33
IV. <u>Hypothèse</u>	35

V. <u>Méthodologie d'enquête</u>	36
1. Population cible	36
2. Lieux	36
3. Construction de l'outil d'enquête	37
4. Déroulement	38
VI. <u>Discussion</u>	40
VII. <u>Critiques du mémoire</u>	42
VIII. <u>Conclusion</u>	44
IX. <u>Annexes</u>	45
1. Annexe I : Lexique	45
2. Annexe II : Mesure mensuelle de l'incarcération au 1^{er} Octobre 2019	46
3. Annexe III : Les émotions au cœur du cerveau	48
4. Annexe IV : Représentations autour du milieu carcéral	49
5. Annexe V : Questionnaire	50
X. <u>Bibliographie</u>	

I. Introduction

Lors de ma dernière année universitaire à l'IFSI Val-de-Lys Artois de Saint-Venant, il m'a été demandé d'élaborer un mémoire de fin d'études. Ce travail de recherche est l'aboutissement de mes trois années de formation et il m'a non seulement permis de développer mes connaissances mais également de me questionner sur ma future pratique professionnelle.

A l'initiation de ma démarche de recherche, lors de ma deuxième année de formation, je suis partie sur un thème lié à mon stage du semestre 4. J'ai fait ce choix malgré le fait qu'il ne me correspondait pas, de peur de ne pas trouver de thème rapidement et, ainsi, de perdre du temps pour la rédaction de mon mémoire. En effet, j'appréhendais le fait de réaliser un écrit d'une dizaine de pages, qui serait intéressant les lecteurs comme pour moi, tout en respectant les délais imposés.

J'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage dans un centre pénitentiaire au décours du semestre 5, et j'ai donc décidé de changer la trajectoire de mon mémoire. En effet, je me suis intéressée à ce que les soignants pouvaient ressentir lors de la prise en charge des détenus au vu des représentations qui sont véhiculées autour du milieu carcéral. J'ai donc pu orienter mon mémoire vers un sujet qui me captivait. Ce changement de trajectoire m'a permis de réaliser ce travail de fin d'études de manière sereine et avec un intérêt grandissant pour celui-ci.

J'ai tout d'abord commencé par développer une situation qui m'a interpellée et suite à laquelle je me suis posée plusieurs questions. Celles-ci ont permis l'émergence de ma question de recherche. J'ai donc développé un cadre de référence, agrémenté par mes recherches et mes connaissances, afin de parvenir à une hypothèse. J'ai ensuite établi une méthodologie d'enquête et j'ai conclu ce travail en tentant de répondre à mon hypothèse de manière hypothético-inductive.

Je vais vous exposer mon point de vue tout au long de ce travail de fin d'étude, celui-ci ayant pour but de participer à la recherche en soins infirmiers ainsi qu'à l'analyse et au développement de la qualité des soins.

II. De la situation d'appel à la question de départ

1. Situation d'appel

Les unités médicales en milieu carcéral ont un fonctionnement qui contraste avec celui des hôpitaux. En outre, peu d'étudiants infirmiers ont la chance d'être accueillis dans ce genre de structure lors de leur formation tout comme peu d'infirmiers y travailleront au cours de leur carrière. Pour ces raisons, j'ai décidé d'introduire ma situation d'appel par une présentation de l'USMP¹ où j'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage.

1.1 Présentation

Le centre pénitentiaire où j'ai effectué mon stage possède une unité médicale se situant au cœur même de la prison. Le centre de détention propose 686 places en théorie mais héberge actuellement 750 détenus exclusivement masculins. Au vu du nombre de détenus, une organisation particulière est nécessaire au bon fonctionnement de l'USMP. En effet, celle-ci est sécurisée par un surveillant pénitentiaire gérant l'accès et les allées et venues de chacune des personnes incarcérées ainsi que des professionnels, assurant ainsi la sécurité de tous.

L'infirmerie se divise en deux couloirs perpendiculaires. Dans le premier couloir, on retrouve l'équipe « somatique » composée de sept infirmiers dont quatre par poste, une cadre de santé, deux médecins, une dentiste et son assistante dentaire, deux secrétaires ainsi qu'un manipulateur radio présent deux matinées par semaine. Dans le second couloir, perpendiculaire au premier, on retrouve l'équipe dite « psychiatrique » composée de quatre infirmiers, une psychologue ainsi que trois psychiatres présents deux fois par semaine au sein de l'unité. L'équipe somatique dépend d'un CHR² tandis que l'équipe psychiatrique dépend d'un EPSM³.

Les infirmiers dits « somatiques » s'occupent de tout ce qui touche à la prise en charge des problèmes de santé des détenus durant le temps de leur incarcération : des affections récurrentes aux accidents quotidiens, aux actions de dépistage et de prévention, à

¹ USMP = Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

² CHR = Centre Hospitalier Régional

³ EPSM = Etablissement Public de Santé Mentale

l'organisation de suivis médicaux, à l'accueil des nouveaux arrivants et, entre autre, à la gestion des urgences.

Les infirmiers dits « psy » gèrent tout ce qui concerne les différents ateliers éducatifs, les entretiens et les suivis psychologiques des détenus. Les deux équipes sont en étroite collaboration afin d'assurer une prise en charge complète de chacune des personnes incarcérées. La séparation en un côté « somatique » et un côté « psychiatrique » est nécessaire au vu de la complexité de la prise en charge de ce nombre important de détenus.

Pour avoir accès à l'unité médicale, il faut y être autorisé. Le surveillant de l'USMP bénéficie d'une liste, renouvelée chaque jour par les infirmiers, où sont inscrits les détenus devant s'y rendre. Il contacte chaque jour les responsables des différents quartiers afin que les détenus concernés puissent se déplacer jusqu'à l'infirmerie. En effet, tout mouvement des personnes incarcérées doit être connu par les surveillants pénitentiaires au préalable afin qu'ils leur autorisent les accès.

Certains détenus viennent quotidiennement pour leur traitement et leur suivi médical, tandis que d'autres ne viennent que pour un bilan sanguin, une visite annuelle ou un soin. Quand ils ont besoin de voir le médecin, la dentiste ou un infirmier, ils écrivent une demande qui sera lue par l'équipe infirmière qui déterminera une journée de venue du détenu dans l'unité. En effet, ce sont les infirmiers qui s'occupent de la planification des soins. En cas d'urgence relative, le surveillant téléphone à l'infirmerie, fait part de la situation et c'est l'infirmier qui donne, ou non, son accord pour que le détenu se présente dans l'unité. En cas d'urgence vitale, c'est le personnel infirmier qui se déplace jusqu'à la cellule avec le sac d'urgence et le défibrillateur.

Chaque détenu arrivant au centre pénitentiaire se voit remettre une « carte d'identité » indiquant son nom, son prénom, son titre de détention⁴ ainsi que son numéro d'écrou qui permettra de l'identifier tout au long de son incarcération. Une fiche de « notice individuelle » sera remplie par un surveillant-brigadier sur la base de l'observation du détenu, des propos qu'il tient et de son motif d'incarcération. Elle sera ensuite transmise au service médical et intégrée par l'équipe infirmière au dossier du détenu, ainsi, l'équipe médicale connaît le motif d'incarcération judiciaire de chaque nouvel arrivant.

Chaque nouveau détenu bénéficie d'une consultation infirmière et médicale. Ces entretiens permettent, entre autre, de connaître les éventuels problèmes de santé et traitements des arrivants, d'avoir des normes de référence pour leurs paramètres vitaux,

⁴ Titre de détention : un détenu est dit « prévenu » quand il n'est pas encore passé devant le juge, une fois déféré, il est « condamné ».

de connaître leurs consommations mais également pour évaluer le risque suicidaire et adapter au mieux leur prise en charge tout au long de leur incarcération. Un ECG⁵, une radio thoracique et un bilan sanguin de contrôle (NFS⁶, sérologies) sont automatiquement prévus et réalisés dans les deux semaines suivant l'arrivée du détenu. Ce délai doit être respecté au vu de la promiscuité et donc de la possibilité de transmission de maladie mais également pour mettre en place rapidement un protocole d'isolement, de surveillance ou de soins en cas de nécessité.

1.2 Situation

Lors de mon dernier jour de stage, un jeudi, j'effectue un poste de 9h00 à 18h30. Je travaille avec l'équipe somatique composée, ce jour, de trois infirmières et d'un infirmier. A mon arrivée au matin, ils m'apprennent qu'un détenu arrivant ayant déjà fait parler de lui au cœur de la prison bénéficiera ce jour d'une consultation dans l'unité. C'est un adolescent de 17 ans, prévu à l'infirmerie pour réaliser son entretien infirmier et médical d'entrée, son bilan sanguin de contrôle, son ECG⁵ ainsi que sa radio thoracique. Il présente également plusieurs points de suture en place depuis plusieurs semaines, liés à une phlébotomie, qui, selon la demande du médecin, devront être retirés par la même occasion afin d'éviter plusieurs déplacements. En effet, son cas est très particulier et déjà connu par l'équipe grâce aux transmissions des surveillants. Pour des raisons sécuritaires, tout doit exceptionnellement être réalisé ce jour.

L'adolescent a subi plusieurs transferts parmi les différents quartiers mineurs de la région avant d'être écroué, deux jours auparavant, dans la prison dans laquelle j'effectue mon stage. Ces nombreux déplacements s'expliquent par des faits de violences aggravées qu'il a perpétré envers les surveillants pénitentiaires, le personnel médical ainsi que son avocate. A son arrivée dans la prison, lors de l'attribution de son numéro d'écrou, il a, une nouvelle fois, agressé physiquement et verbalement plusieurs membres de l'administration pénitentiaire. Pour ces raisons, il n'a pas intégré le quartier mineur mais a directement intégré une des cellules du quartier disciplinaire.

Le QD⁷ est un quartier du centre pénitentiaire regroupant les personnes ayant commis des actes, principalement de violence, jugés répréhensibles au cours de leur incarcération. Les personnes détenues placées en isolement disciplinaire au sein du QD le sont pour une durée déterminée par l'administration pénitentiaire pouvant aller jusqu'à 30 jours. Les cellules, individuelles, sont composées du strict minimum : un lavabo, un lit,

⁵ ECG = Electrocardiogramme

⁶ NFS = Numération Formule Sanguine

des toilettes et une petite table qui sont tous cloués au sol. Elles sont fermées par deux portes encadrant un sas pour des questions de sécurité. La première porte, possédant un œillette, est en métal et seuls les surveillants en possèdent la clef. La seconde porte, faite de barreaux de fer et bénéficiant d'un passe-menottes, ne peut être ouverte que par le surveillant responsable du quartier qui est le seul à avoir la clef.

L'ouverture des cellules du quartier doit obligatoirement se faire par trois agents pénitentiaires affectés au quartier, ceux-ci portent constamment un gilet pare-balles pour leur protection au vu de la particularité de ce secteur.

L'adolescent a déjà été vu la veille par la psychiatre ainsi que par une infirmière du secteur « psy » au quartier disciplinaire. Les entretiens réalisés dans le quartier disciplinaire se font au travers de la porte grillagée avec le détenu dans sa cellule, les professionnels de santé dans le sas et les surveillants pénitentiaires dans le couloir. Ces conditions particulières ne facilitent pas la communication, pourtant il s'agit d'un protocole à respecter pour la sécurité de chacun.

L'entretien s'est donc déroulé dans ces conditions pendant une heure où le détenu a parlé de sa famille, de son motif d'incarcération, des actes de violence qui l'ont amené à être transféré et de son parcours de vie, tout en restant évasif. En temps normal, tous les entretiens psychiatriques sont réalisés dans un bureau de l'unité médicale, avec le professionnel de santé et le détenu non menotté, sans surveillance pénitentiaire et avec la porte fermée. Les professionnels de santé n'apprécient donc pas les entretiens dans ce genre de circonstances, pourtant, ce jour, et pour la première fois de sa carrière, la psychiatre a ressenti la nécessité de cette séparation grillagée entre l'adolescent et elle. Selon ses dires, l'adolescent avait un regard glaçant.

Suite à cet entretien, elle a effectué ses transmissions orales à l'équipe. Elle a expliqué qu'elle sentait que c'était une personne très violente dont il fallait se méfier, avec un passé compliqué qu'elle allait devoir approfondir avec lui par la suite. Pour cela, son entretien somatique, son bilan sanguin, son entretien médical et sa radio thoracique devraient donc être réalisés dans la foulée pour des raisons d'organisation des déplacements et de sécurité.

Une fois l'équipe infirmière prête à accueillir l'adolescent, le responsable du quartier disciplinaire est appelé par le surveillant de l'USMP pour qu'il puisse faire venir le détenu. Les mouvements au cœur de la prison sont ensuite bloqués afin qu'il ne croise personne sur le chemin. En effet, non seulement les déplacements des détenus du QD imposent des mesures de sécurité supérieures mais en plus de cela les mineurs incarcérés ne doivent jamais être en contact direct avec les détenus majeurs.

Avant son arrivée, l'équipe se met d'accord et décide que ce sera l'infirmier qui s'occupera de l'adolescent. Il m'explique qu'au vu des circonstances, pour cette fois, il préfère que je reste en retrait pour ma propre sûreté. En effet, dans ce genre de situation, l'équipe préfère laisser la place aux hommes ou au moins aux titulaires pour des raisons sécuritaires.

Cinq surveillants pénitentiaires portant chacun un gilet pare-balles et dont l'un d'entre eux tient un bouclier entrent dans la salle de soins avec l'adolescent. Celui-ci mesure 170 cm pour 65 kilos, il a le teint basané et les cheveux très foncés, noir de jais. Il porte un survêtement de marque et des baskets qui semblent neuves. Il n'a pas l'air effrayé, mais plutôt amusé. Il est menotté dans le dos et encerclé par les surveillants.

Au cours de ce stage, j'ai vécu de nombreuses situations atypiques similaires, pourtant c'était la première fois qu'un détenu devait garder ses menottes durant un soin. J'avais déjà eu l'occasion de soigner des personnes accompagnées de surveillants pénitentiaires, mais jamais ceux-ci n'avaient eu l'air si tendus et à l'affût, surtout pour la prise en charge d'un mineur. La tension est palpable dans la pièce et, comme l'avait remarqué la psychiatre, l'adolescent a les pupilles dilatées et un regard froid. De plus, il ne semble pas affecté ou perturbé par la situation, son faciès est détendu et il reste très calme.

Il s'installe sur le tabouret, devant la table d'examen. L'infirmier s'assoit en face, séparé de l'adolescent par cet unique meuble. Il lui parle calmement, comme s'il était seul face à lui, afin d'installer, autant qu'il l'est possible, un climat de confiance. Il explique tout ce qui sera fait ce jour avant de commencer l'entretien somatique permettant de connaître les constantes vitales de référence du détenu, ses éventuels problèmes de santé et, entre autre, de quantifier ses consommations d'alcool et de drogues.

Une fois cet entretien fini, l'infirmier demande aux surveillants pénitentiaires s'il est possible de menotter le détenu à l'avant pour une question de praticité pour la réalisation des soins. Le surveillant-brigadier refuse la requête, précisant qu'il ne préfère pas prendre ce risque. L'infirmier a donc dû s'adapter aux consignes de sécurité imposées par l'administration pénitentiaire.

En posant la question plus tard aux surveillants pénitentiaires, j'ai appris que le port de menottes dans le dos était préconisé quand le détenu était violent et dangereux pour le personnel. En effet, quand une personne porte les menottes à l'avant, elle peut étrangler

la personne se trouvant devant elle, alors qu'elle est démunie quand le port de menottes se fait à l'arrière.

L'adolescent s'allonge sur la table d'examen, avec quelques difficultés liées au port des menottes, pour la réalisation de son ECG. L'infirmier ainsi qu'une de ses collègues expliquent l'importance de l'examen et son déroulement au détenu, tout en le réalisant. J'en profite donc pendant ce temps pour préparer le matériel nécessaire au prélèvement sanguin.

Les électrodes périphériques posées en temps normal au niveau des poignets ont donc dû être appliquées au niveau de la région du creux sous-claviculaire. Une fois l'électrocardiogramme réalisé, l'adolescent se redresse sur la table d'examen. L'infirmier lui explique qu'il va devoir réaliser le prélèvement sanguin dans ces conditions. Il continue à expliquer calmement au mineur ce qu'il fait et les raisons justifiant cet acte. Il réalise ensuite le bilan sanguin comme il le peut étant donné que le détenu lui tourne le dos et est maintenu. Une fois le bilan sanguin fini, il en profite pour retirer les fils de suture présents dans le bras de l'adolescent, après lui avoir demandé son accord.

Quand les soins sont finis, il part réaliser sa radiographie thoracique dans la salle dédiée ainsi que l'entretien médical avant de retourner dans sa cellule, accompagné par les surveillants pénitentiaires.

2. Contextualisation

N'étant encore qu'étudiante et n'ayant jamais été confrontée à ce genre de situation c'était rassurant qu'un titulaire prenne la main lors de ce soin. Mes représentations personnelles, liées aux échos concernant l'adolescent, m'ont amenée dans cette situation, à gérer de manière négative mes émotions, créant un sentiment d'insécurité chez moi.

Le climat insécuritaire crée un contexte émotif et peu de distance psychologique. Une relation soignant/soigné se construit grâce à l'installation d'une confiance mutuelle entre le personnel soignant et la personne soignée, elle est donc plus difficile à mettre en œuvre en milieu carcéral à cause de ce climat d'insécurité. Les infirmiers en milieu carcéral doivent donc s'adapter et prendre ceci en compte pour assurer une relation soignant/soigné de qualité. Ce n'est pourtant pas une chose aisée, que ce soit pour les étudiants comme pour les professionnels de santé avec plus d'expérience. Les infirmiers travaillant en milieu pénitentiaire sont peu nombreux, c'est un milieu particulier et assez

méconnu des professionnels de santé. En effet, en 2016, 63% des infirmiers travaillaient en milieu hospitalier contre seulement 21% dans des structures externes, comprenant, entre autre, les prisons⁷.

Cette situation ainsi que le comportement de l'infirmier m'ont donc amenée à me questionner.

⁷ <http://www.syndicat-infirmier.com/Combien-d-infirmieres-exercent-en-France.html>

3. Questionnement

Cette situation m'a conduite à me poser différentes questions :

- En quoi la prise en charge d'un « détenu » diffère-t-elle de la prise en charge d'un « patient » ?
- Comment gérer ses émotions pour entretenir une relation de confiance avec un patient agressif ?
- Comment réaliser un soin de qualité sans laisser ses émotions prendre le dessus ?
- En quoi les représentations mentales du soignant envers un détenu influent-elles sur sa prise en charge ?
- Dans quelle mesure les représentations sociales et les émotions d'un infirmier en milieu carcéral impactent-elles la prise en charge des détenus ?
- Dans quelle mesure l'intelligence émotionnelle permet-elle à l'infirmier en milieu pénitentiaire de faire face aux représentations sociales dans un contexte de soins ?

Ces questionnements m'ont amenée à la question de départ suivante :

Dans quelle mesure l'intelligence émotionnelle permet-elle à l'infirmier en milieu carcéral d'établir une relation soignant/soigné ?

III. Cadre de référence

1. L'infirmier en établissement pénitentiaire

Au vu de la spécificité du rôle de l'infirmier dans l'environnement particulier et méconnu qu'est le milieu carcéral, il me semblait primordial de développer dans un premier temps ce concept. En effet, il est au cœur même de ma question de départ et fait le lien avec les autres notions qui y sont abordées.

1.1 Le milieu carcéral

Quand on parle de milieu carcéral, le premier terme qui vient à l'esprit est le mot « prison ». C'est un terme ancien venant du latin « *prensionem* » et qui marque l'action « d'arrêter⁸ ».

Selon le CNRTL⁹, il s'agit d'un « *établissement pénitentiaire clos, aménagé pour recevoir des individus condamnés par les tribunaux à une peine les privant de liberté ou des prévenus en instance de jugement*¹⁰ ». Pour Claude Faugeron, ancienne directrice de recherche au CNRS¹¹, il s'agit plutôt d'une « *institution totale*¹² ». Elle a utilisé ce terme en s'appuyant sur les travaux d'Erving Goffman, un sociologue américain, concernant l'hôpital psychiatrique et les a appliqués à la prison. Cet auteur parle en effet de l'hôpital psychiatrique comme étant « *une institution sociale spécialisée dans le gardiennage des hommes et le contrôle totalitaire de leur mode de vie*¹³ ». Said-André Remli, un ancien détenu, parle quant à lui de « *machine à broyer l'être humain* » dans son documentaire « *Tous Coupables*¹⁴ ». Gabriel Mouesca, le président de l'Observation International des Prisons utilise également des termes forts et considère la prison comme une « *...mangeuse d'hommes. Destructurante, désocialisante, elle broie celles et ceux qui y sont plongés*¹⁵ ».

⁸ <https://journals.openedition.org/appareil/901>

⁹ CNRTL = Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales

¹⁰ <https://www.cnrtl.fr/definition/prison>

¹¹ CNRS = Centre National de la Recherche Scientifique

¹² CHAUVENET, A., FAUGERON, C., COMBESSIE, P. *Approches de la prison*. Bruxelles : De Boeck, 1996. 369p

¹³ GOFFMAN, Erving. *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Editions de Minuit, 1968. 452p

¹⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=bGLjlcgEOU0>

¹⁵ NOTO-MIGLIORINO, RE. *Infirmier en milieu carcéral: Accompagner, soigner, réinsérer*. 1^{ère} ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2009. 96p

Ces « définitions » de la prison montrent bien les idées préconçues distinctes des personnes concernant celle-ci. Le milieu carcéral est méconnu et il est difficile de s'en faire une image réelle sans y être entré.

Les établissements pénitentiaires ont pour fonction première d'accueillir les personnes condamnées à une peine privative de liberté ainsi que celles qui sont en attente du procès. Les personnes accueillies, confiées par l'autorité judiciaire, ont commis des infractions nuisant à autrui et/ou à la société : on parle de délits et de crimes. On distingue, en effet, trois catégories d'infractions dans le code pénal français : les contraventions, les délits et les crimes. Les contraventions ne sont passibles que d'amendes et sont jugées par le tribunal de police. Le tribunal correctionnel juge les délits tandis que la cour d'assise juge les crimes, ces deux catégories d'infractions peuvent mener à une peine d'emprisonnement, selon les règles du Code pénal¹⁶. La prison coupe les détenus du monde extérieur, leur retirant ainsi leur droit fondamental qu'est la liberté depuis la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen publiée en 1789. Cette peine a pour but de permettre une prise de conscience aux personnes incarcérées, afin qu'elles puissent réfléchir aux conséquences de leurs actes pour, ensuite, se réintégrer dans la société grâce à l'aide des professionnels travaillant dans le milieu carcéral.

Le milieu carcéral comprend plusieurs types d'établissements, dispersés dans toute la France, et répartissant ainsi les détenus incarcérés selon leur régime de détention :

- La maison d'arrêt (MA) accueille les personnes prévenues, c'est-à-dire, en attente de jugement et les personnes condamnées à de courtes peines ou, en d'autres termes, inférieures à 2 ans.
- Le centre de détention (CD) héberge les détenus condamnés à des peines supérieures à 2 ans.
- L'établissement pour mineur (EPM) ou quartier mineur (QM) regroupe les détenus âgés de moins de 18 ans. Ce quartier spécifique est plus approprié à leur réintégration dans la société et leur permet d'être à l'écart des détenus majeurs. Un mineur n'est incarcéré que sous certaines conditions définies par la loi d'orientation et de programmation pour la justice datant du 09 Septembre 2002, en effet, ils doivent avoir révoqué leurs obligations de contrôle judiciaire, encourir une peine criminelle ou une peine correctionnelle supérieure à 3 ans¹⁷.
- Le centre pour peine aménagée (CPA) ou quartier des peines aménagées (QPA) accueille uniquement les détenus en fin d'exécution de peine, ayant un bon

¹⁶ <https://www.jurifiable.com/conseil-juridique/droit-penal/infraction-penale>

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140>

comportement et des projets de réinsertion professionnelle. Ils y bénéficient d'un régime de semi-liberté.

- Le quartier de semi-liberté (QSL) accueille des détenus à temps partiel. En effet, ils sortent la journée afin de réaliser diverses activités (travail, formation...) définies et retournent dans l'établissement pour la nuit. Le but premier est de prévenir le risque de récidive et d'aider à la réinsertion professionnelle et sociale.
- La maison centrale (MC) est une structure de haute sécurité n'accueillant que les détenus dits « difficiles » ou condamnés à de longues peines. L'affectation en MA est décidée par le ministre de la justice.

Chaque établissement est géré par la Direction de l'Administration Pénitentiaire, elle-même placée sous l'autorité du Ministère de la Justice depuis 1911¹⁸. Son rôle est d'assurer le maintien en détention et la surveillance des personnes détenues tout en préparant leur réinsertion et prévenir des éventuelles récidives.

Le Ministère de la Justice Française comptait 188 établissements pénitentiaires en 2017¹⁹ gérés par 9 directions interrégionales. De nombreux professionnels y travaillent, chacun ayant un rôle bien défini. On y rencontre, entre autre :

- Le personnel de l'administration pénitentiaire comprenant notamment les surveillants qui ont un rôle primordial dans ce milieu. Ils sont quotidiennement en contact avec les détenus et organisent entièrement leur vie au sein de la prison. Ils sont les seuls détenteurs des clefs permettant les déplacements au sein des bâtiments et l'accès aux cellules. Chaque individu entrant dans la prison, qu'il y travaille, qu'il y soit incarcéré ou qu'il soit un visiteur, dépend donc des surveillants pénitentiaires.
- Les CPIP²⁰ font le lien entre le détenu et le monde extérieur. Ils accompagnent la personne incarcérée du début à la fin de sa peine pour qu'elle se passe dans les meilleures conditions possibles, ils préparent la sortie et tentent de prévenir des récidives.
- Les EPJJ²¹ travaillent dans les QM et accompagnent les mineurs incarcérés et organisent leur intégration dans la société en prenant en compte les dimensions familiales, scolaires, financière, psychologique et professionnelle. Ils ont un rôle primordial dans la prévention de la récidive chez les mineurs.

¹⁸ <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/>

¹⁹ <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/direction-de-ladministration-penitentiaire-10025/les-structures-penitentiaires-28342.html>

²⁰ CPIP = Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

²¹ EPJJ = Educateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

- Le personnel technique s'occupe de la maintenance des établissements mais parfois également de la formation des détenus travaillant dans les ateliers prévus à cet effet.
- Le personnel médical et paramédical suit le détenu dès son arrivée jusqu'à la fin de sa peine. Les maladies chroniques, les affections, les addictions, les urgences somatiques et psychologiques, les blessures et les troubles psychiatriques sont pris en charge tout au long de l'incarcération.

Ces différents professionnels collaborent ensemble et mettent en commun leurs compétences distinctes afin d'assurer une prise en charge optimale des personnes incarcérées.

1.2 La personne détenue

Au 1^{er} Octobre 2019, le Ministère de la Justice Française estimait le nombre de personnes écrouées à 82 708 dont 70 818 détenues en établissements pénitentiaires²². Les 11 890 personnes non hébergées sont placées sous surveillance électronique ou à l'extérieur, sous contrat. Les femmes détenues ne sont que minoritaires, en effet, elles ne représentent qu'environ 3,5% des personnes écrouées²³. Les hommes et les femmes sont incarcérés dans des quartiers ou des établissements distincts. Ils ne cohabitent pas et n'ont pas de contact direct entre eux.

Une personne écrouée peut être prévenue ou condamnée. On dit qu'elle est prévenue quand elle est en attente de jugement. C'est un statut qui peut durer plusieurs années, en fonction de l'avancée du dossier judiciaire. La personne est condamnée quand elle a été déférée, que la sanction est tombée et a été définie par le juge. Une peine d'emprisonnement peut varier de 2 mois pour un délit à 30 ans pour un crime, on parle alors de réclusion criminelle. Le juge d'application des peines remet sa décision en fonction de la gravité de l'infraction des lois du Code Pénal. A la peine principale d'emprisonnement peut s'ajouter une peine complémentaire consistant, entre autre, en une obligation de soin, un retrait de droit, une interdiction d'exercer ou encore un dédommagement financier. Une fois le jugement rendu par le tribunal, la personne est immédiatement emmenée en prison par les autorités compétentes. Dans le cas où un mandat de dépôt, c'est-à-dire un écrit demandant l'accueil d'une personne en prison,

²² Annexe 2

²³ <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenu-es-10023.html>

n'aurait pas été prononcé, la peine de prison sera effectuée plus tard, sous décision du procureur de la République. Quand le mandat de dépôt est rédigé, l'individu est envoyé, sous escorte, dans l'établissement pénitentiaire adapté à sa peine et dépendant du tribunal où il a été jugé.

Une fois arrivée en prison, la personne détenue est fouillée intégralement. Les objets de valeur, les éléments dangereux ainsi que les papiers d'identité lui seront retirés et resteront au vestiaire. Elle est ensuite reçue par le greffier qui relèvera ses empreintes digitales, réalisera une photographie et posera diverses questions permettant d'établir sa fiche pénale. Une carte lui sera remise, regroupant la photographie du détenu, son statut pénal, son nom et prénom ainsi que le numéro d'écrou qui lui aura été attribué. Le détenu devra garder cette carte en permanence dans le but de permettre son identification au cours de son incarcération. Le numéro d'écrou ne sera levé que lorsqu'il quittera l'établissement pénitentiaire. L'individu incarcéré est ensuite amené dans une cellule du quartier dédié aux arrivants, selon l'article D284 du Code de procédure pénale²⁴, après avoir reçu une trousse d'indigence avec le strict nécessaire de toilette. Une fois les modalités administratives réalisées, il sera affecté dans une cellule ordinaire, seul ou avec d'autres détenus. Il est possible pour une personne qui arrive en prison de prévenir sa famille par courrier tandis que le directeur prévient les parents ou le représentant légal d'un mineur qui serait hébergé. Par la suite, il sera possible de contacter l'extérieur par le biais des lettres, des appels téléphoniques et des parloirs. De nombreuses formalités administratives sont nécessaires pour ces deux derniers moyens de communication, un détenu incarcéré doit donc parfois attendre plusieurs mois pour que cela lui soit permis et accessible.

Les premières semaines suivant l'incarcération sont les plus difficiles à vivre. Il faut s'adapter au rythme de vie défini par le personnel pénitentiaire, apprendre à vivre dans une petite cellule possédant le strict minimum, avec d'autres détenus, et surtout à être enfermé au quotidien. Certaines activités sont possibles telles que les promenades, l'école, des ateliers thérapeutiques ou encore des parloirs sous couvert d'un planning avec des horaires précises, définies et respectées. À ces contraintes s'ajoutent les difficultés financières rencontrées. L'Observatoire International des Prisons estimait au 1^{er} Février 2020 que « 27% des personnes incarcérées sont considérées en « *pauvreté carcérale* », c'est-à-dire qu'elles disposent de moins de 50 euros par mois. Ce qui les place en situation de grande vulnérabilité. Elles n'ont pour seules aides que la remise,

²⁴<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000023410830&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20101229>

*parfois aléatoire, de quelques vêtements, produits d'hygiène et kit de correspondance et l'attribution de 20 euros maximum*²⁵». Les personnes issues de milieux précaires et défavorisés qui arrivent en prison voient leur situation s'aggraver lors de l'incarcération, en effet, « *le coût de la vie en prison s'élève au minimum à 200 euros par mois pour les détenus*²⁶ ». Même si les repas sont fournis gratuitement et que le strict nécessaire d'hygiène est donné à l'arrivé, tout le reste est payant pour les détenus. De nombreux éléments sont accessibles par le biais de la « cantine », de la télévision, aux produits alimentaires en passant par les produits de toilette mais ils doivent être commandés et il faut déboursier un certain prix pour se les procurer. Le compte des détenus est alimenté par leurs proches à l'extérieur, ainsi, sans aide financière de leur famille il ne leur est pas possible d'obtenir d'avoir un confort de vie acceptable. On rencontre donc des inégalités importantes au sein des prisons même si les droits et devoirs de chacun restent les mêmes et sont définis par la loi pénitentiaire datant du 24 novembre 2009²⁶.

On parle souvent de « choc carcéral » pour désigner les difficultés de l'arrivée en prison. Dominique Lhuillier et Aldona Lemiszewska, deux psychologues, expliquent que « *le rituel d'admission est nécessairement dégradant, quelle que soit la manière dont il est accompli par les surveillants...il verra chacun de ses effets personnels fouillés et inventoriés, et il comprendra vite..., qu'en prison l'usuelle distinction entre ce qui relève du privé et du public n'a plus cours. Il sera dessaisi des vêtements et autres objets qu'il n'est pas autorisé à conserver en cellule et ceux-ci seront remisés au vestiaire de l'établissement, sorte de cimetière temporaire de son identité d'homme libre*²⁷ ». En effet, l'individu incarcéré vient de l'extérieur, où tous ses droits étaient respectés, et il arrive dans un lieu où il n'est pas maître de sa vie et où son droit fondamental de liberté lui est retiré. Les détenus sont, en plus de tout cela, souvent réduits par autrui aux actes qu'ils ont commis car la société a souvent tendance à oublier la personne qui se trouve derrière.

Ces difficultés rencontrées par les détenus peuvent aggraver leurs différents problèmes de santé somatiques et psychiatriques mais ils peuvent également en développer de nouveaux durant l'incarcération à cause de l'isolement, de la promiscuité et du risque de transmission. La présence des professionnels médicaux et paramédicaux est donc primordiale dans les établissements pénitentiaires.

²⁵ <https://oip.org/en-bref/tout-est-il-gratuit-en-prison-pour-les-personnes-detenu/es/>

²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>

²⁷ LHULLIER, D., LEMISZEWSKA, A. *Le choc carcéral, survivre en prison*. Montrouge : Bayard, 2001. 200p

1.3 Le rôle de l'infirmier en milieu carcéral

Toutes les personnes détenues ont été incarcérées avec leurs pathologies somatiques, psychiatriques et leur histoire de vie singulière. On retrouve donc tout type d'affections chroniques et de problèmes de santé à prendre en charge et traiter. Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des détenus²⁸ a été confiée au service public hospitalier déléguant ainsi l'administration pénitentiaire. Cette loi a été complétée par la circulaire du 8 décembre 1994 qui a posé comme objectif d'assurer à la population carcérale une qualité et une continuité des soins équivalentes à ce qui est offert à l'ensemble de la population. C'est ainsi que les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) ont vu le jour, suivies par la création de secteurs psychiatriques en prison en 1986²⁹. Pour permettre le suivi de leur état de santé, les détenus sont automatiquement assurés par la CMU³⁰ dès leur premier jour d'incarcération.

Au vu des différentes pathologies et des différents soins rencontrés, on pourrait comparer les unités de soins en milieu pénitentiaire à des hôpitaux à elles seules. On note pourtant une différence notable : on ne parle pas de patients mais bien de détenus, le terme étant plus approprié dans ces circonstances. Cette dénomination joue un rôle important dans la relation de confiance et dénote complètement de la prise en charge en milieu hospitalier. La relation soignant/soigné s'en voit perturbée par cette variable, en plus des différentes spécificités de la prison et des consignes de sécurité en lien qui doivent être appliquées en permanence. En règle générale, les soignants travaillent spontanément en milieu hospitalier, la démarche est beaucoup moins logique d'emblée pour le milieu carcéral.

L'infirmier en centre pénitentiaire prend en charge le détenu de son entrée au sein de l'établissement jusqu'à la fin de sa peine, il assure un suivi des pathologies et des traitements, met en place des moyens de prévention et de dépistage, réalise des consultations somatiques et psychiatriques, planifie les soins et les entretiens, et répond aux demandes des détenus concernant leurs divers problèmes de santé. Il assure des soins relationnels et techniques au quotidien et fait face à de nombreuses urgences pouvant aller de l'ingestion d'objets dangereux, aux blessures de sport, à la prise en

²⁸

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979&fastPos=2&fastReqlId=310258515&categorieLien=cid&navigateur=naturetextenavigateur&modifier=LOI&fastPos=2&fastReqlId=310258515&oldAction=rechTexte>

²⁹ <http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/200906101007/Actualites/Soins-Infirmiers-en-milieu-carceral-le-role-infirmier-dans-toute-sa-dimension.html>

³⁰ CMU = Couverture Maladie Universelle

charge du choc carcéral, en passant par les bagarres et les tentatives d'autolyse. Une importante prise en charge psychologique est également nécessaire à cause de l'isolement social, du sevrage et du possible choc carcéral, d'où la présence d'infirmiers de secteur « somatique » et d'infirmiers ayant une appétence pour la psychiatrie. Le côté relationnel n'est pas négligeable, notamment chez les personnes en sevrage et chez les personnes dites « primaires³¹ » qui sont souvent en grande détresse émotionnelle. Le rôle de l'infirmier en milieu carcéral est donc complet et complexe.

Pour travailler dans le milieu carcéral, un mélange de valeurs humaines et de qualités professionnelles est nécessaire. On retrouve des détenus de diverses origines et présentant des pathologies variées, il est donc important d'avoir de solides connaissances concernant la physiopathologie afin de réaliser des soins de qualité de manière autonome et de prendre des décisions rapides en cas d'urgence tout en respectant les consignes de sécurité. A cela s'ajoute l'importance du non-jugement, de l'écoute, de l'empathie, du travail d'équipe et de la maîtrise émotionnelle grâce à la juste distance thérapeutique. L'infirmier est souvent confronté à des détenus ayant commis des actes contraires à ses valeurs, à des situations délicates et doit faire face à ses représentations et ses émotions tout en restant empathique et dans le non-jugement. Il faut des qualités d'adaptation pour réussir à réaliser les soins dans les meilleures conditions possibles, malgré les difficultés rencontrées. L'environnement est bruyant, insécuritaire et peu propice à la communication, ce qui freine l'instauration d'une relation de confiance. La prise en charge implique de prendre en compte les conditions d'enfermement et donc les éventuels problèmes sanitaires en plus des particularités de chacun. La collaboration avec les différents professionnels permet d'assurer une continuité des soins la plus globale et la plus adaptée possible grâce à une bonne connaissance des détenus. De plus, les infirmiers sont tributaires de l'administration pénitentiaire qui organise les déplacements des détenus mais également ceux du personnel médical. Les surveillants sont les seuls à posséder les clefs des cellules et à pouvoir ouvrir les différentes portes des bâtiments. L'infirmier se retrouve, comme le détenu, prisonnier des murs et dépendant des surveillants.

Les situations de soins sont des moments privilégiés entre les soignants et les détenus. Pour certains, c'est le seul moment où il leur est possible de sortir de leur cellule et pour d'autres cela leur permet de passer un moment sans se sentir jugé mais considéré et de retrouver une certaine « humanité ». Gilles Marmin, un cadre de santé supérieur infirmier,

³¹ On dit d'un détenu qu'il est « primaire » quand il s'agit de sa première incarcération.

explique que «...*les détenus apprécient particulièrement ces moments et paradoxalement sont plus reconnaissants que beaucoup de patients en milieu hospitalier qui réclament leur dû*³² ». Il est vrai que j'ai pu remarquer que les personnes incarcérées expriment très souvent leur reconnaissance envers les infirmiers pour les soins et l'écoute qui leur sont apportés.

Dans le milieu carcéral, il est facile d'avoir des idées préconçues envers les détenus. Il faut être capable de dépasser les actes qu'ils ont commis afin de se centrer sur leur bien-être et leur santé. Les détenus sont jugés par la justice, par la société, par leur famille mais également par leurs pairs au sein de la prison ; certains motifs d'incarcération entraînant une catégorisation et un rejet de part des autres prisonniers. Pour soigner ce type de population, il est donc nécessaire d'être conscient de toutes ses variables, d'appliquer les consignes de sécurité, de connaître ses limites et d'être dans le non-jugement. La maîtrise des émotions, permise par le développement de l'intelligence émotionnelle, permet aux infirmiers en milieu pénitentiaire de soigner chaque détenu, peu importe son passif.

2. Intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle est une notion récente et encore méconnue que j'ai décidé de mettre en avant dans mon mémoire au vu de son importance. Chaque jour, les infirmiers prennent en charge des patients, ou ici des détenus, avec des histoires de vie, des personnalités et des comportements différents. Ils font face à leurs émotions et doivent apprendre à les gérer pour assurer une relation soignant/soigné de qualité. Malgré tout, ce n'est pas toujours chose aisée, j'ai donc décidé de me pencher sur ce concept.

2.1 Distinction entre émotion et sentiment

Selon le dictionnaire Larousse, le mot « émotion » vient de l'ancien français « *motion* » qui signifie mouvement. Il s'agit d'une « *réaction affective transitoire...habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement*³³ ». L'émotion est un ressenti intime, agréable ou désagréable, se manifestant de manière inconsciente en réponse à des facteurs exogènes. Une émotion peut s'exprimer de manière différente selon la personne et le contexte et à diverses intensités. Henri Piéron, un psychologue français,

³² NOTO-MIGLIORINO, RE. *Infirmier en milieu carcéral: Accompagner, soigner, réinsérer*. 1^{ère} ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2009. 96p

³³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

définit l'émotion comme « *une réaction affective d'assez grande intensité, dépendant de centres diencéphaliques, et comportant normalement des manifestations d'ordre végétatif. Il y a une conscience de l'émotion mais son degré semble toutefois variable. L'auteur approche l'émotion comme un processus biologique réactif à l'environnement et dont les effets psychologiques sont observables*³⁴ ». En effet, quand une émotion est ressentie, des manifestations physiologiques et comportementales se manifestent. Charles Darwin, un naturaliste et paléontologue anglais, dénombre 6 émotions³⁵ dites « primaires » : la colère, la joie, la tristesse, la peur, le dégoût et la surprise.

Selon le dictionnaire Larousse, le mot « sentiment » correspond à un « *...état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations*³⁶ ». Son processus est plus complexe car il persiste dans le temps contrairement aux émotions et aux pensées qui l'alimentent. Les sentiments se développent et dépendent de chacun, en effet, pour une même situation, chacun ne ressentira pas la même chose. Ils sont régulés selon la personnalité et le mental de chaque personne. Emmanuel Kant, un philosophe allemand, qualifiait le sentiment comme étant « *...la capacité d'avoir du plaisir ou de la peine en raison d'une représentation*³⁷ ». Cette définition montre bien le fait que cela dépend de la vision et de la façon d'être et de penser de chacun.

L'émotion s'exprime physiquement sur un court laps de temps et en réponse à une stimulation extérieure. Le sentiment, quant à lui, se manifeste sans stimulus préalable et de manière plus durable. Antonio Damasio, un neurologue américain, professeur en neurosciences, psychologie, philosophie et neurologie, écrit d'ailleurs que « *...les émotions et les sentiments...sont respectivement le début et le terme d'une progression, mais le caractère relativement public des émotions et l'aspect complètement privé des sentiments qui en découlent montrent bien que les mécanismes situés tout au long de ce continu sont extrêmement différents*³⁸ ». Il explique même « *...réserver le terme sentiment à l'expérience mentale et privée d'une émotion, et d'utiliser au contraire le terme émotion pour désigner l'ensemble de réponses qui, pour bon nombre d'entre elles, sont publiquement observables*³⁸ ». Il qualifie les émotions d'actions tandis que les

³⁴ PIERON, Henri. *Vocabulaire de la psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 4^{ème} ed, 2003. 588p

³⁵ DARWIN, Charles. *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Londres : Penguin Classic, 1872. 367p

³⁶ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138?q=sentiment#71335>

³⁷ KANT, Emmanuel. *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris : Le Livre de Poche, 1993. 252p

³⁸ DAMASIO, Antonio. *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob, 2003. 479p

sentiments sont subjectifs. Selon William James, un psychologue et philosophe américain, le sentiment serait d'ailleurs une conséquence de l'émotion³⁹. En accord avec cet auteur, je pense également que l'émotion est spontanée et liée à une stimulation externe tandis que le sentiment est un état émotionnel durable en lien avec la perception personnelle des choses. Ce sont donc deux notions intimement liées mais pourtant très différentes, d'où l'importance de les distinguer pour apprendre à les gérer.

2.2 La gestion des émotions

Les émotions « primaires » sont innées et universelles, pourtant elles s'expriment de manière différente en fonction du contexte, des connaissances et du vécu de chacun. Elles peuvent être agréables comme désagréables et s'accompagner de réactions physiologiques diverses et variées. Elles sont extériorisées et donc perceptibles par autrui, on peut les considérer comme un système de communication non verbal à part entière. Les émotions dites « secondaires » comme le mépris ou la déception, sont quant à elles illimitées et se développent au fur et à mesure, grâce aux différentes interactions sociales.

Chaque émotion possède un rôle spécifique et des réactions caractéristiques associées, parmi elles :

- La peur engendre un afflux sanguin vers les muscles permettant le mouvement du corps et préparant ainsi l'individu à prendre la fuite. Cela engendre une pâleur du visage car le sang y est en moins grande quantité car les membres sont privilégiés. Le corps est en état d'alerte et l'attention est fixée.
- La colère engendre une sécrétion hormonale donnant au corps l'énergie nécessaire ainsi qu'un afflux sanguin vers les mains permettant à l'individu de se défendre.
- La tristesse provoque une chute d'énergie et un ralentissement du métabolisme. Cet état permet de surmonter les événements difficiles. Le contraste avec le regain d'énergie quand l'individu va mieux permet de se projeter et d'oublier son état de tristesse.

Les émotions ont donc une dimension somatique associée à une dimension psychique. Selon Antonio Damasio, un neurologue américain, « *les émotions sont des actions. Certaines se traduisent par des mouvements des muscles du visage....ou du corps....D'autres se traduisent par des actions internes, comme celles des hormones, du*

³⁹ JAMES, William. What is an emotion ? Dans *The Heart of William James*. Massachusetts : Harvard University Press, 2012. 368p

cœur ou des poumons. Les émotions sont donc d'une certaine façon publiques, on peut les mesurer, les étudier⁴⁰ ».

Le neurologue américain Joseph LeDoux a été le premier à mettre en évidence le rôle principal de l'amygdale⁴¹ dans les émotions. Il s'agit d'une région du cerveau située dans le lobe temporal. Elle fait partie du système limbique⁴¹, autrement appelé « cerveau émotionnel », tout comme, entre autre, l'hippocampe⁴¹ et l'hypothalamus⁴¹. L'hypothalamus, activé par le thalamus, régule la sécrétion hormonale, l'hippocampe enregistre les faits bruts et l'amygdale enregistre les émotions. Joseph LeDoux explique simplement que « *l'hippocampe vous permet de reconnaître votre cousine mais l'amygdale ajoute qu'elle est antipathique⁴²* ».

Lors d'une stimulation externe, des signaux sensoriels sont envoyés vers le thalamus puis vers l'amygdale, agissant comme une « sentinelle », grâce à un faisceau neuronal. Elle analyse rapidement les informations grâce à l'hippocampe afin de mettre en lien le vécu de la personne tout en prenant en compte le contexte. La réaction est instantanée car c'est une voie de transmission courte, elle permet ainsi la survie de l'individu. Pendant ce même temps, le thalamus envoie le même message au néocortex. Celui-ci traite de manière plus complexe et complète les informations. Le « cerveau pensant ⁴³ » prend une décision et agit après l'amygdale, c'est pourquoi les émotions passent avant la raison. Le fonctionnement de l'amygdale et son interaction avec le néocortex sont au cœur même de l'intelligence émotionnelle.

Il est important d'identifier l'émotion, son intensité ainsi que ses manifestations. Cette identification et cette maîtrise permettent de relativiser sur la situation et de ne pas se laisser dépasser par ses émotions. Il n'est pas demandé aux soignants d'être insensibles aux situations mais plutôt d'être capable de gérer leurs émotions grâce à une bonne maîtrise de soi.

Les émotions influencent et guident les réactions, les décisions et les actions. Lors d'un soin, il est primordial pour l'infirmier de ne pas se laisser dépasser par celles-ci afin de ne pas entraver la qualité de la relation soignant/soigné. Une mauvaise gestion des émotions

⁴⁰ DAMASIO, Antonio. *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob, 2003. 479p

⁴¹ Annexe 3

⁴² GOLEMAN, Daniel. *L'intelligence émotionnelle : intégrale*. Paris : J'ai lu, 2014. 928p, p41

⁴³ Le néocortex, également appelé cerveau pensant, est une zone du cerveau faisant partie du cortex cérébral et associée aux fonctions cognitives.

a un effet néfaste dans tous les domaines de la vie, elle entraîne un épuisement, du stress, des conflits mais également des prises de décisions non adaptées. Pour gérer ses émotions, il faut tout d'abord apprendre à les reconnaître et à les accepter.

Mes lectures, mes stages ainsi que les discussions que j'ai pu avoir avec différents professionnels de santé m'ont, en effet, permis de comprendre l'importance des émotions dans la vie professionnelle. Une bonne gestion émotionnelle est fondamentale pour assurer une prise en charge de qualité et garder un recul sur les situations vécues au travail. Effectivement, lors de mes différents stages, j'ai pu constater l'impact de la gestion émotionnelle des soignants sur la qualité de leur prise en charge mais également sur leur bien-être psychologique.

2.3 L'intelligence émotionnelle dans un contexte de soins

Pour assurer des soins de qualité, l'infirmier doit apprendre à gérer ses affects. Pour cela, ce n'est pas le fait d'avoir un quotient intellectuel élevé qui est nécessaire mais c'est plutôt l'intelligence émotionnelle qui entre en jeu. En effet, quand un individu est sous l'emprise de ses émotions, même s'il bénéficie d'un QI⁴⁴ élevé, il ne maîtrise plus la situation et est vite dépassé par les événements. Les relations et le parcours de chacun sont donc déterminés par le quotient intellectuel mais également par l'intelligence émotionnelle. La charge émotionnelle permet aux rapports humains d'avoir du sens et régule l'aptitude de chacun à gérer sa vie. L'intelligence à proprement parler, quant à elle, permet l'apprentissage, l'adaptation à l'environnement et le traitement des informations. Un équilibre entre l'intelligence émotionnelle et l'intelligence rationnelle préserve la santé et les rapports de chacun en créant une homéostasie.

L'intelligence émotionnelle est un concept récent introduit pour la première fois en 1990 par les psychologues américains Peter Salovey et John Mayer. Ils ont développé un modèle selon lequel plusieurs processus mentaux seraient impliqués : l'évaluation et l'expression des émotions ainsi que la régulation et l'utilisation de celles-ci.

C'est Daniel Goleman, un Docteur en psychologie américain, qui a médiatisé ce concept à partir de 1995 et qui l'a appliqué au monde du travail en 1998. Pour lui, l'intelligence émotionnelle «...recouvre la maîtrise de soi, l'ardeur et la persévérance, et la faculté de s'inciter soi-même à l'action⁴⁵ » et «...le fait d'être capable, par exemple, de maîtriser nos

⁴⁴ QI = Quotient intellectuel

⁴⁵ GOLEMAN, Daniel. *L'intelligence émotionnelle : intégrale*. Paris : J'ai lu, 2014. 928p, p 13 à 15

*pulsions affectives, de percer à jour les sentiments les plus intimes d'autrui, de nouer des relations harmonieuses avec les autres...*³⁸ ». Ce concept est donc articulé autour de la conscience de soi, de l'empathie, des compétences sociales et de l'autorégulation émotionnelle.

L'héritage génétique, par le biais de l'éducation reçue, détermine le niveau d'intelligence émotionnelle de chacun. On parle alors de quotient émotionnel. Celui-ci est modulable et peut, avec le temps, l'apprentissage et l'expérience, se voir amélioré. Il peut s'acquérir et se développer à tout moment de la vie en fonction du vécu de la personne, lui permettant ainsi un épanouissement au travail et dans la vie privée ainsi qu'une maîtrise des situations de la vie courante et de la vie professionnelle.

L'intelligence émotionnelle implique une importante maîtrise de soi afin de pouvoir rester concentré tout en canalisant ses émotions. Cela implique donc une conscience et une connaissance de soi et notamment de ses réactions et de ses limites. Il est, en effet, très important de connaître notre mécanisme de défense et d'action mais il est primordial de connaître ses limites pour apprendre à gérer ses émotions quand elles sont atteintes ou pour savoir quand passer la main. L'individu peut ainsi discerner son mode de fonctionnement et l'anticiper, lui permettant ainsi de choisir une réaction appropriée à la situation, sans se laisser submerger par ses émotions. Une fois que la conscience et la maîtrise de soi sont acquises, chacun peut appliquer ce même principe chez les autres. En décryptant les émotions et les sentiments des personnes extérieures, il est possible de les comprendre, d'agir de manière adaptée et également d'utiliser la contagion émotionnelle à bon escient.

Son importance est primordiale. En effet, les émotions permettent de surmonter des situations que l'intelligence rationnelle seule ne pourrait maîtriser et, de plus, les « *...faiblesses de l'intelligence émotionnelle augmentent les risques les plus divers : dépression, vie marquée par la violence, recherche de compensations dans la nourriture ou la drogue...* »³⁸ ». Le personnel infirmier a recours à un travail émotionnel important lors de la prise en charge des patients, même s'il n'en est pas toujours conscient. Les émotions, malgré leur importance dans la vie quotidienne, peuvent biaiser la prise de décisions des soignants. Cette influence peut être positive comme elle peut être néfaste pour les patients. Un soignant trop impliqué émotionnellement n'est plus impartial lors de sa prise en charge des patients, cela peut mener à une mauvaise prise de décision et ainsi impacter la vie de la personne soignée. Il s'agit d'une grande responsabilité qui ne

laisse pas de place à l'erreur. La maîtrise de ses propres émotions permet de prendre des décisions appropriées, sans se laisser submerger et influencer par celles-ci.

David Ansiau, Cécile Dejoux et Heidi Wetchler, des professeurs français, ont mené une étude en 2006⁴⁶ qui a montré le lien entre les compétences émotionnelles et les capacités d'apprentissage. Leur recherche démontre qu'un haut niveau d'intelligence émotionnelle conduit à des processus décisionnels plus efficaces ainsi qu'à l'optimisation des facultés cognitives.

Dans le milieu carcéral, l'intelligence émotionnelle est d'autant plus importante car elle permet à l'infirmier de faire la part des choses entre la personne et son motif d'incarcération. Plusieurs auteurs anglais, dans leurs recherches, soulignent d'ailleurs «...le caractère central de l'intelligence émotionnelle, du travail en équipe ainsi que de l'apprentissage collaboratif⁴⁷». En effet, les relations avec autrui entrent également en jeu dans l'intelligence émotionnelle grâce, notamment, à la contagiosité des émotions, un processus naturel se produisant lors des échanges.

Face à des représentations sociales négatives, il me semble d'autant plus important de contrôler ses émotions et ses sentiments. En effet, cela permet d'assurer une prise en charge adaptée au patient mais cela permet également de prendre des décisions judicieuses. C'est d'autant plus important face à des représentations sociales négatives qui pourraient influencer les actions et les choix de manière néfaste. Le milieu carcéral, entre autre, oblige l'infirmier à développer son intelligence émotionnelle pour assurer une relation soignant/soigné de qualité avec les personnes détenues en humanisant la relation et les soins.

3. Les représentations sociales

Chaque individu possède ses propres représentations pouvant influencer ses faits et gestes de manière positive ou négative. Les infirmiers doivent pourtant les laisser de côté afin d'assurer une prise en charge de qualité auprès de chaque patient. Les représentations négatives sont les plus rudes à maîtriser, elles peuvent influencer nos

⁴⁶ ANSIAU, D., DEJOUX, C., WECHTLER, H. Compétences émotionnelles et capacités d'apprentissage des dirigeants. Dans *Revue Internationale de Psychologie*, 2006, vol XII. p165-189.

⁴⁷ BENNETT, C., PERRY, J., LAPWORTH T. et al. Supporting prison nurses : an action research approach to education. Dans *British Journal of Nursing*, 2010. p782-786

émotions et nos décisions. Elles sont d'ailleurs nombreuses autour du milieu carcéral⁴⁸, c'est pourquoi j'ai décidé de développer ce concept.

3.1 Les différents types de représentations

Selon le dictionnaire Larousse, une représentation est une «...*image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée...*» mais également une «...*perception, image mentale, dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène...du monde dans lequel vit le sujet* ⁴⁹ », ce sont des pensées construites altérant de manière adaptée ou non notre perception de la réalité.

Emile Durkheim, un sociologue français, a introduit le concept de représentation collective en 1898⁵⁰. Pour lui, la conscience collective s'impose face à la conscience individuelle, l'avis personnel est donc influencé par ce que nous dicte la société. On parlera plus tard de représentation sociale et de représentation mentale. Depuis ces travaux, plusieurs grands psychologues français comme Denise Jodelet, Jean-Claude Abric et Claudine Herzlich ont travaillé sur ce concept et l'ont qualifié d' « ancrage psychologique et social ». Les représentations sont liées et influencées par le milieu social, les valeurs véhiculées par les proches et la culture. Elles s'enrichissent au fil du temps et peuvent être modifiées selon le vécu.

Jean-Claude Abric, professeur de psychologie sociale français, écrivait en 1987 que « *les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus...⁵¹* ». Il s'agit donc d'images mentales déterminées par l'appartenance socioculturelle, les savoirs et les structures psychiques de chaque individu. Elles peuvent être influencées de manière positive ou péjorative par les médias, les proches et la société et elles forment notre vision du monde. En effet, Serge Moscovici, un psychologue social et historien français, parlait à travers son étude princeps sur la psychanalyse en 1961 d'une « *...manière d'interpréter le monde et de penser notre réalité quotidienne, une forme de connaissance sociale que la personne se construit plus*

⁴⁸ Annexe 4

⁴⁹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>

⁵⁰ DURKHEIM, Emile. Représentations individuelles et représentations collectives. Dans la *Revue de Métaphysique et de Morale*, 1898, tome VI.

⁵¹ ABRIC, JC. Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses Universitaires de France, 4^e ed, 2003. 312p

ou moins consciemment à partir de ce qu'elle est, de ce qu'elle a été, de ce qu'elle projette et qui guide son comportement ».

Pour Denise Jodelet, une universitaire française directrice adjointe du laboratoire de psychologie sociale, les représentations sociales constituent «...une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune ou encore un savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique⁵² ». Les représentations créent une vision du monde particulière, déterminant ainsi la manière d'agir des individus dans différentes situations. Il existe parfois un décalage important entre les attentes liées aux représentations et le réel.

Appliqué au domaine médical et paramédical, les patients ont parfois des représentations très négatives concernant certains soins, le personnel ou encore le lieu, cela peut engendrer chez eux des comportements agressifs voir violents. En effet, je pense que chacun agit sous l'influence des représentations sociales, de ses représentations personnelles et de sa propre interprétation. C'est notamment le cas de l'agressivité et de la violence, deux concepts souvent confondus et ayant une connotation sociétale négative.

3.2 Distinction entre agressivité et violence

Le mot « *agressivité* » vient du latin « *agressor* », du verbe « *aggredi* » signifiant « *attaquer* »⁵³. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'agressivité désigne une «...*tendance ou ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier, etc*⁵⁴». L'agressivité désigne les manifestations, imaginaires ou concrètes, d'une envie de nuire suite à une stimulation externe. L'agressivité n'est pas toujours tournée vers une personne précise et peut se manifester de différentes manières selon le contexte, l'indifférence et le refus d'aide faisant notamment partie de ses différentes formes.

⁵² JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003. 447p

⁵⁴ FRIARD, Dominique. Agressivité. *Dans Les concepts en sciences infirmières*. 2012, hors collection, p56-57

⁵⁴ <https://www.cnrtl.fr/definition/agressivite>

Selon Paul Bernard et Simone Trouvé, deux auteurs du XX^{ème} siècle, un comportement agressif «... *vise consciemment ou non, à nuire, à détruire, à dégrader, à humilier, à contraindre. Il se traduit de façon très variée, soit par des paroles blessantes, soit par des attitudes menaçantes, soit par des actes de violence*⁵⁵ ». L'agressivité engendre différents comportements comme l'attaque, l'inhibition ou la fuite selon la situation et la perception de chacun. Elle permet à l'individu de se défendre, de s'affirmer ou encore de satisfaire ses désirs et cela dès son enfance. Contrairement à l'imaginaire collectif, l'agressivité est positive. En effet, elle a pour principale intention de permettre à l'individu de s'adapter à son environnement et est liée à un instinct élémentaire lui-même relié aux comportements adaptatifs de chaque individu. Le biologiste autrichien Konrad Lorentz, explique qu'elle «...*est un mode de survie pour établir ou créer, par la relation vainqueur/vaincu, une différence entre les antagonistes*⁵⁶».

Appliqué au domaine médical et paramédical, les soignants sont très souvent confrontés à l'agressivité de la part des patients, des collègues ou même venant d'eux-mêmes. Dominique Friard, un formateur infirmier de secteur psychiatrique, explique d'ailleurs que «...*la relation soignant/soigné est asymétrique par définition*⁵⁷ ». En effet, dans un contexte de soins, l'infirmier fait son travail, qu'il a choisi, tandis que le patient n'est pas hospitalisé par choix. Il se retrouve impuissant et dépendant face à sa souffrance physique et morale et ses mécanismes de défense se mettent en place. Cette situation peut engendrer de l'agressivité. Ce même auteur écrit d'ailleurs que le patient « ...*peut être amené à faire preuve d'agressivité contre cet environnement qu'il tolère souvent mal*⁴² ». Quand une personne ne contrôle pas ce qu'il se passe autour d'elle et qu'elle est dépendante d'autres, cela génère un sentiment de frustration pouvant engendrer un comportement agressif.

L'expression de l'agressivité est une stratégie de l'être humain permettant sa défense quand il est menacé mais également son adaptation à l'environnement et l'affirmation de soi. Elle est souvent confondue à tort avec la violence, pourtant, ce sont deux concepts bien distincts.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence comme étant « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même,*

⁵⁵ BERNARD, P., TROUVE, S. *Sémiologie psychiatrique*, Paris : Masson. 1977.

⁵⁶ LORENZ, Konrad. *L'agression : une histoire naturelle du mal*. Paris : Flammarion, 2010. 285p

⁵⁷ FRIARD, Dominique. Agressivité. *Dans Les concepts en sciences infirmières*. 2012, hors collection, p56 à 59

contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès⁵⁸ ». Selon Yves Michaud, un philosophe et professeur universitaire français, « la violence, ce sont non seulement des faits, mais tout autant nos manières de les appréhender...L'usage du concept comme celui de la violence suppose la référence à des normes qui peuvent ne pas être partagées par tous⁵⁹» pour lui « il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte,..., en portant atteinte à un ou plusieurs autres,..., soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles⁶⁰ ».

La violence peut prendre plusieurs formes et se manifester de diverses façons. Elle peut être verbale, physique, sexuelle ou psychologique. La violence, quelle qu'elle soit, met en jeu une dimension psychologique non négligeable, du côté de la personne qui commet les actes de violence comme du côté de la personne qui les subit. En effet, l'agressivité respecte le cadre ainsi que les normes sociales, tandis que la violence les dépasse.

Dans la pratique professionnelle, l'infirmier est souvent confronté à l'agressivité et à la violence, il s'agit d'un moyen de défense de la part des personnes soignées. Il est important de détecter les signes précurseurs afin de l'éviter et s'en protéger au maximum. Cela permet ainsi d'assurer une prise en charge de qualité et de ne pas bousculer le fonctionnement des services. Appliqué au milieu carcéral, l'agressivité est, contrairement aux représentations sociales et d'après mon expérience en stage, moins présente que dans le milieu hospitalier. Certains détenus peuvent malgré tout être agressifs car le lieu particulier peut susciter l'installation rapide de ce type de comportement. La violence s'exprime quant à elle au quotidien de part, entre autre, la privation de liberté.

3.3 L'objectivité du soignant face aux représentations sur le milieu carcéral

Selon le Dictionnaire Larousse, l'objectivité est la «...*qualité de quelqu'un, d'un esprit, d'un groupe qui porte un jugement sans faire intervenir des préférences personnelles*⁶¹ ». Un jugement est une façon «...*d'apprécier les êtres, les choses, les situations de la vie*

⁵⁸ <https://www.who.int/topics/violence/fr/>

⁵⁹ MICHAUD, Yves. *La violence*. Paris : Presses Universitaires de France, 2018. 128p

⁶⁰ MICHAUD, Yves. *Violence et politique*. Paris : Gallimard, 1978. 240p

⁶¹ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectivite/C3%A9/55365>

*pratique et de déterminer sa conduite*⁶² ». L'objectivité correspond donc à la manière d'appréhender les choses telles qu'elles sont, en toute neutralité, sans que les idées et représentations personnelles interviennent.

L'objectivité, et donc le non jugement, font partie des valeurs soignantes essentielles à une prise en charge de qualité car l'infirmier peut être confronté à des situations compliquées pouvant perturber son jugement et sa prise de décisions. Tout cela est d'autant plus fréquent pour les soignants travaillant en milieu carcéral. Nombreux sont ceux qui ont des représentations négatives concernant le monde de la prison et les motifs d'incarcération des détenus. Pour certains, il serait inenvisageable de soigner des personnes ayant commis l'irréparable, c'est pourquoi y exercer ou bénéficier d'un stage infirmier en ces lieux est un choix.

Tout comme dans le milieu médical, les soins en milieu carcéral impliquent un secret professionnel. Malgré tout, le motif d'incarcération est connu par le personnel soignant par le biais des entretiens, du dossier pénal, de l'administration pénitentiaire et des dires du détenu. Il est d'autant plus important de le connaître pour détecter un éventuel risque suicidaire tout comme les différentes précautions à prendre lors de la prise en charge. L'aspect sécuritaire ne peut pas être dissocié et doit toujours être pris en compte, mais la connaissance du motif d'incarcération ne doit pas impacter la prise en charge et le soignant ne doit pas apporter de jugement de valeur. De solides valeurs soignantes et un regard positif inconditionnel sont donc nécessaires pour assurer une relation thérapeutique de qualité sans prendre en compte le motif d'incarcération.

Carl Rogers, un psychologue humaniste américain, qualifie le regard positif inconditionnel comme étant « *une attitude chaleureuse, positive et réceptive...le thérapeute se soucie de son client...qu'il l'apprécie dans sa totalité plutôt que de façon conditionnelle*⁶³ » il précise d'ailleurs que « *...le thérapeute est authentiquement positif, qu'il ne juge pas mais qu'il accepte, alors la probabilité s'accroît d'un progrès thérapeutique*⁴⁶ ». Le regard positif inconditionnel permet au détenu de se sentir écouté, compris et de ne pas se sentir jugé. Il est quotidiennement jugé par ses pairs, le regard du soignant est donc extrêmement important pour son bien être psychologique.

⁶² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jugement/45112?q=JUGEMENT#45062>

⁶³ ROGERS, Carl. *L'approche centrée sur la personne : Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson*. Vaugneray : Ambre Editions, 2013. 544p

Il est possible pour un infirmier en milieu carcéral de demander à ne pas connaître le motif d'incarcération. Quand il est tout de même connu et que le soignant ne se sent pas capable de passer outre, il peut passer la main à ses collègues. Le travail d'équipe est primordial dans ce lieu particulier tout comme en milieu hospitalier. Le professionnel de santé, en prison comme à l'hôpital, rencontre quotidiennement des personnes ayant des valeurs opposés aux siennes d'où l'importance pour chaque soignant du regard positif inconditionnel. Celui-ci consiste en une absence de jugement et une considération de la personne en tant qu'être humain et non pas vis-à-vis de son passé, la prison reste donc l'exemple le plus concret de ce concept. Le soigné est pris en compte avec ses qualités comme ses défauts, comme étant un individu capable de changement, pendant un temps défini par l'administration pénitentiaire. Le respect, la neutralité et la tolérance sont nécessaires pour que chaque soignant assure une prise en charge de qualité.

Le regard positif inconditionnel fait partie intégrante des attitudes fondamentales de l'approche centrée sur la personne, avec la congruence et l'empathie, piliers de la relation soignant/soigné.

4. La relation soignant/soigné

La relation soignant/soigné est au cœur de chaque situation de soin, peu importe le contexte, c'est elle qui détermine la qualité de chaque prise en charge. Il me semblait donc important de conclure par cette notion.

4.1 Définitions du concept

Selon Gustave-Nicolas Fischer, un professeur de psychologie sociale français, une relation est « *un ensemble de processus à travers lesquels la vie sociale et individuelle s'exprime*⁶⁴ ». Dans le cadre de la relation soignant/soigné, ce sont deux personnes interagissant ensemble : un soignant et une personne soignée. Cette relation débute dès la rencontre entre les deux acteurs, d'où l'importance du premier contact et de l'instauration rapide d'un climat de confiance.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le soigné est une personne « *que l'on soigne moralement et physiquement, à qui l'on apporte des soins*⁶⁵ ». Le soignant agit pour délivrer des soins permettant le rétablissement d'une personne

⁶⁴ FISCHER, GN. Le concept de relation en psychologie sociale. Dans *Recherche en soins infirmiers*. 1999, n°56, p4

⁶⁵ <https://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9/adjectif>

malade ou au moins l'entretien de son état de santé. Selon le guide du service infirmier, « un soin est une action ou un ensemble d'actions qu'une personne décide ou accomplit pour elle-même et pour autrui, afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé⁶⁶ ». Chaque soin est encadré par une réglementation précise relative au Code de la Santé Publique et au Code de Déontologie Infirmier. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ⁶⁷ ». L'aspect somatique n'est donc pas le seul pris en compte par le soignant, il porte également une attention particulière à la dimension préventive, éducative, curative et palliative. Le bien-être psychologique, apporté grâce, entre autre, à l'attitude d'écoute du soignant, est primordial pour permettre l'éventuelle guérison. La qualité de la relation soignant/soigné est un facteur important dans l'évolution de l'état de santé du patient.

Dans le milieu carcéral, cette relation est entravée par différents obstacles comme l'environnement et la présence de personnel pénitentiaire. L'aspect relationnel est particulièrement important en prison car le bien-être psychologique des détenus est entravé par leur condition. Les moments d'échanges et de soins leur permettent donc de se livrer, de se sentir considérés et d'être accompagnés durant le temps difficile de l'incarcération. Patrick Verspieren, directeur du département d'éthique biomédicale des facultés jésuites de Paris, qualifie ce qu'est l'accompagnement dans la relation soignant/soigné et explique qu' « accompagner quelqu'un ce n'est pas...lui imposer un itinéraire, c'est marcher à ses cotés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas⁶⁸ ».

D'après mes recherches et mes différents stages, je pense que le sens et la qualité de la relation soignant/soigné dépendent considérablement de la qualité de la communication.

4.2 La communication au cœur de la relation

La communication est essentielle dans l'exercice de la profession infirmière. Elle est au cœur de la relation soignant/soigné car elle permet l'échange d'informations, d'idées, de ressentis et d'émotions entre les différents acteurs. L'émetteur envoie une information au

⁶⁶ COUDRAY, MA. La problématique des soins infirmiers aujourd'hui. Dans *Recherche en Soins Infirmiers*. 2008, n°93. Pages 49 à 55

⁶⁷ UE 3.1.S1 : Raisonnement et démarche clinique - Livret d'observation clinique. Saint-Venant : IFSI Val-de-Lys Artois, 2017.

⁶⁸ VERSPIEREN, Patrick. *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*. Bruges : Desclée de Brouwer, 1999. 206p

récepteur qui lui renvoie un feed-back établissant ainsi un lien et un partage entre les deux personnes.

Il existe différentes composantes dans la communication, elle peut être :

- Verbale. Les mots sont largement privilégiés dans la relation soignant/soigné, pourtant ils ne représentent que 7%⁶⁹ de la communication.
- Paraverbale. Le volume, l'intonation, le débit de parole, les phatèmes et les silences représentent quant à eux 38%⁶⁹ de la communication.
- Non verbale. La kinésique est une science des comportements, prêtant des intentions aux postures des personnes avec une cartographie propre à chaque individu, en effet, cela représente 55%⁶⁹ de la communication. Le corps possède en effet son propre langage qui est parfois plus parlant que des mots, cela passe par la tenue, l'attitude, les mimiques et la proxémie.

La proxémie est un concept développé par Edward Twitchell Hall, un anthropologue américain, en 1963⁶⁹. Il s'agit d'un ensemble de théories et d'observations concernant l'usage culturel de l'espace, en tant que produit culturel spécifique. Il développe une idée selon laquelle il existerait plusieurs sphères, dont les normes dépendent de chacun :

- La sphère intime avec moins de 45 cm de distance, c'est la distance entre le soignant et le soigné lors des soins⁶⁹
- La sphère personnelle avec entre 45 cm et 1,25 m entre les acteurs, permettant le recueil d'informations auprès du patient grâce à la communication verbale mais également grâce à la perception du langage non verbal et paraverbal⁶⁹
- La sphère sociale, avec entre 1,25 et 3,60m et un contact physique impossible⁶⁹
- La sphère publique, avec plus de 3,60m entre les acteurs ce qui entrave la communication⁶⁹.

Quand les différentes composantes de la communication sont prises en compte, le soignant peut utiliser différents éléments facilitateurs comme la reformulation, la calibration et la synchronisation. Ces moyens permettent, grâce à l'écoute active et à l'observation fine des comportements et des réactions physiologiques externes, d'instaurer une relation de confiance tout en obtenant des informations supplémentaires et plus précises de la part de la personne soignée.

L'écoute active est amenée grâce à une des valeurs soignantes principales qu'est l'empathie. Le terme « empathie » vient de l'allemand « *Einführung* », créé par Robert

⁶⁹ UE 4.2.S2 : Soins relationnels. Saint-Venant : IFSI Val-de-Lys Artois, 2018.

Vischer, un philosophe⁷⁰. Pour Carl Rogers, un psychologue humaniste américain, il s'agit d' «...un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent chez ce dernier, tout en gardant la conscience d'être une personne séparée de lui.⁵⁴ » Il s'agit donc de la capacité à se mettre à la place d'autrui afin de percevoir son ressenti, tout en ayant conscience de ne pas vivre réellement la même chose. Dans le cadre de la relation soignant/soigné, le patient ou ici le détenu se sent ainsi écouté et compris, c'est le pilier de la relation de confiance. En effet, selon Jean-François Médard, un professeur de sciences politiques français, «...le ciment d'un échange social durable reste la confiance. Cette confiance n'est pas donnée, elle doit être construite dans et par le processus même de l'échange⁷¹»

La communication peut parfois être restreinte par certains éléments comme le contexte de soins dans le milieu carcéral. J'ai pu remarquer lors de mon stage dans une unité de soins en milieu pénitentiaire que l'alliance thérapeutique est limitée à cause de la distance nécessaire entre le soignant et le patient qui est un détenu.

4.3 La distance psychologique et thérapeutique en prison

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la distance est une « *intervalle mesurable qui sépare deux objets, deux points dans l'espace ; espace qu'on franchit pour aller d'un lieu à un autre*⁷² ». La distance peut être physique, sociale, psychologique, temporelle ou relationnelle, c'est un concept dynamique pouvant varier.

Appliquée aux soins, la distance thérapeutique correspond à la sphère intime, selon la théorie de la proxémie développée par Edward Twitchell Hall, un anthropologue américain. Dans le milieu carcéral, avec les règles sécuritaires impliquées, l'utilisation des différentes sphères est plus délicate. L'infirmier doit se positionner pour réaliser ses soins techniques et relationnels de la façon la plus adaptée pour son patient et lui tout en prenant en compte sa propre sécurité. Une distance physique importante met un frein à l'alliance thérapeutique et à l'instauration d'un climat de confiance, malgré tout, elle est nécessaire en milieu pénitentiaire pour la sécurité du soignant.

⁷⁰ SIMON, Edith. Processus de conceptualisation d'empathie. Dans *Recherche en Soins Infirmiers*. 2009, n°98. Pages 28 à 31

⁷¹ MEDARD, JF. Théorie de l'échange et échanges politiques. Dans *L'échange politique*. Bruxelles : Université de Bruxelles, 1995. p 75

⁷² <https://www.cnrtl.fr/definition/distance>

Quand l'infirmier est face au patient, certaines situations peuvent le renvoyer à un vécu personnel d'où l'importance de conserver une juste distance pour éviter ce genre de situation. Pascal Prayez, un docteur en psychologie clinique et sociale français, définit ce concept de juste distance comme étant « ...une capacité à être au contact d'autrui en pleine conscience de la différence des places⁷³ ». La distance relationnelle est à prendre en compte dans la relation soignant/soigné, en effet, l'infirmier ne doit pas faire intervenir ses valeurs et son vécu personnel lors de la prise en charge. Dans le milieu carcéral, cette distance est d'autant plus importante au vu du contexte : il est primordial de préserver son anonymat et sa vie privée. Cette distance psychologique et relationnelle permet également de prendre du recul dans les situations à fort enjeu émotionnel pour que le motif d'incarcération du détenu n'interfère pas dans la relation.

La juste distance thérapeutique et psychologique nécessaire est différente en fonction de la personne soignée, le soignant doit donc l'adapter à chaque prise en charge. La bonne relation soignant/soigné dépend, entre autre, de l'authenticité du patient, de l'empathie du soignant et de sa capacité à trouver la juste distance. L'infirmier en milieu carcéral rencontre quotidiennement certaines difficultés altérant cette relation, il doit donc prendre en compte tous ces aspects afin d'assurer une prise en charge de qualité.

⁷³ PRAYEZ, P. *Julie ou l'aventure de la juste distance : une soignante en formation*. Kervignac : Lamarre, 2005. 235p

IV. Hypothèse

Afin de développer mon cadre de référence et d'apporter un éclaircissement à ma question de départ, qui est, je le rappelle, « ***dans quelle mesure l'intelligence émotionnelle permet-elle à l'infirmier en milieu carcéral d'établir une relation soignant/soigné ?*** » j'ai posé l'hypothèse suivante :

L'intelligence émotionnelle permet de changer de manière positive les représentations personnelles de l'infirmier afin d'établir une relation soignant/soigné de qualité dans le milieu carcéral.

Pour appliquer mon cadre de référence au milieu professionnel et dans le but de valider ou d'invalider mon hypothèse, je passe donc à mon enquête et à sa méthodologie.

V. Méthodologie d'enquête

Au regard de mon hypothèse, il me semblait plus approprié de réaliser des entretiens semi-directifs plutôt que des questionnaires afin d'obtenir un retour émotionnel. En effet, étant donné que mon mémoire est porté sur les émotions, il était préférable de privilégier des questions ouvertes en face à face.

J'ai donc contacté la structure pénitentiaire dans laquelle je suis allée en stage pour parler de mon mémoire avec la cadre de santé et demander s'il était possible d'effectuer des entretiens au sein de l'unité médicale. On m'a expliqué qu'au vu de la particularité du lieu, et pour des mesures de sécurité imposées par l'administration pénitentiaire, il n'était malheureusement pas possible d'amener un appareil électronique pour enregistrer les entretiens et les retranscrire par la suite. J'ai donc envisagé l'option de retranscrire à la main, sur place, les entretiens mais à cette difficulté s'est ajoutée la crise sanitaire du COVID19, j'ai donc dû me tourner vers des questionnaires que vous trouverez en annexe⁷⁴.

1. Population cible

Au vu du thème de mon mémoire, j'ai décidé d'interroger des infirmiers et des infirmières. Je voulais un échantillon composé de soignant récemment diplômés depuis moins de 5 ans et d'autres diplômés depuis plus longtemps. Je souhaitai également interroger des soignants ayant moins de 2 années d'expérience dans le milieu carcéral avec ceux ayant plusieurs années d'expérience en prison afin de comparer leur opinion sur le sujet. Il me semblait également intéressant de comparer les réponses entre les hommes et les femmes.

2. Lieux

J'ai choisi de donner mes questionnaires dans plusieurs structures pénitentiaires différentes afin de percevoir les éventuelles différences en fonction du lieu et de son fonctionnement. J'ai donc proposé mon enquête dans le centre pénitentiaire dans lequel j'ai effectué un stage, à une connaissance travaillant dans un grand centre pénitentiaire ainsi qu'à un panel de soignants exerçant dans différentes prisons en France. J'ai décidé de distribuer mon questionnaire dans plusieurs prisons et au plus de personnes possibles

⁷⁴ Annexe 5

afin d'avoir plus de chance d'obtenir au moins 10 questionnaires remplis et pour pouvoir comparer toutes les réponses et les différents points de vue.

3. Construction de l'outil d'enquête

J'ai construit mon outil d'enquête par catégories, en fonction des concepts développés dans mon cadre de référence. J'ai donc réalisé un questionnaire, joint en annexe, à destination des infirmiers exerçant en milieu carcéral. Les différentes questions établies me permettent ainsi de faire le lien entre mes recherches, l'hypothèse posée et la réalité du terrain.

Dans un premier temps, il me semblait important de connaître le profil des infirmiers interrogés, afin de m'assurer qu'ils correspondent à la population cible définie. Pour étoffer leur profil et poser un cadre, j'ai décidé d'axer une question sur les motivations les ayant amenés à travailler dans le milieu carcéral.

Les questions suivantes liées à la prison me permettent de comprendre l'impact de l'expérience professionnelle face aux représentations sociales autour du milieu carcéral et des motifs d'incarcération des détenus mais également les qualités nécessaires pour travailler dans ce milieu. Elles permettent de faire le lien entre les différents concepts abordés dans mon cadre de référence.

Je voulais également savoir si, selon les infirmiers, le milieu carcéral était plus propice aux situations à fort enjeu émotionnel afin de valider ou non mon hypothèse et pour effectuer une transition vers les questions liées aux émotions. Il me semblait important de savoir si les soignants avaient déjà été en prise avec leurs émotions mais également leur façon de les surmonter. Le concept d'intelligence émotionnelle étant encore méconnu, je n'ai utilisé que très peu ce terme en choisissant plutôt de parler de gestion émotionnelle. J'ai tout de même axé une question sur l'interprétation du terme « intelligence émotionnelle », cela me permet ainsi de savoir si c'est un concept qui leur est méconnu ou non. Je souhaitai également connaître les émotions ressenties par ces soignants en milieu carcéral, si elles étaient positives ou négatives, en lien avec mon hypothèse. J'ai volontairement utilisé uniquement des émotions péjoratives dans mon questionnaire, afin que les éventuelles émotions positives soient spontanément écrites par les soignants. Dans la continuité de ces questions, j'ai demandé aux soignants s'ils pensaient que l'intelligence émotionnelle influençait leurs représentations ainsi que la qualité de leur

prise en charge. En fonction de leur(s) réponse(s) je pourrai ainsi valider ou non mon hypothèse.

Suite à cela, j'ai axé mes questions sur les représentations des soignants, liées, notamment, au motif d'incarcération des détenus. J'ai ainsi demandé aux soignants si leur positionnement avait évolué depuis qu'ils travaillent en prison et si c'était le cas, de quelle manière, afin de faire le lien avec mon hypothèse. Les réponses des infirmiers liées à la maîtrise, le non jugement et l'expression des émotions/sentiments permettront également de valider ou non mon hypothèse.

Il me semblait important de finir par des questions liées à la relation entre les détenus et les infirmiers afin de m'assurer notamment qu'il s'agisse bel et bien d'une relation soignant/soigné. Les questions suivantes permettent, une fois de plus, de valider ou non mon hypothèse.

J'ai décidé de clôturer mon questionnaire par une question liée à l'avis des soignants concernant l'intérêt d'une formation pour travailler dans ce milieu. Elle n'entre pas en compte pour mon hypothèse, mais il me semblait judicieux de connaître leur avis face à cela.

Les questions que j'ai posées sont délibérément courtes et, pour la plupart, fermées. En effet, j'ai tenté de les réduire au maximum afin que les infirmiers, en ces temps de crise sanitaire du COVID-19, puissent tout de même avoir le temps de répondre à celles-ci rapidement.

4. Déroulement

Les mesures de sécurité imposées par l'administration pénitentiaire ne m'ont pas permis de réaliser des entretiens au sein des prisons, j'ai donc décidé de réaliser des questionnaires. Je n'ai malheureusement pas pu les distribuer dans les différentes prisons en temps et en heure au vu de la crise sanitaire du COVID-19 et des mesures de confinement appliquées.

Dans d'autres conditions, j'aurais déposé les questionnaires dans les prisons lors de la première semaine d'avril pour les récupérer à la fin du mois. J'aurais dépouillé, analysé, croisé et comparé les réponses.

A la fin du mois d'avril, j'ai tout de même décidé d'envoyer mes questionnaires de manière numérique, après concertation avec mon référent mémoire et les infirmiers que je souhaitai interroger, pour les récupérer plusieurs semaines après afin de porter une analyse de ceux-ci à l'oral. Cela me permettra ainsi de comparer mon avis avec celui des professionnels du terrain.

Suite à la crise sanitaire, la méthodologie du mémoire a été modifiée et un nouveau travail de discussion a été demandé.

VI. Discussion

Durant la rédaction de mon mémoire, il a tout d'abord été difficile pour moi de trouver ce vers quoi je voulais m'orienter. Je voulais un sujet intéressant, sortant de l'ordinaire et qui pourrait m'être utile mais l'être également aux autres professionnels de santé. Je n'ai eu un déclic que lors de mon stage en centre pénitentiaire qui s'est déroulé en semestre 5, au cours de ma troisième et dernière année de formation, le choix de mon sujet a donc pris du temps. Après en avoir longuement discuté avec mon référent mémoire, j'ai compris que je voulais orienter mon mémoire vers ce milieu particulier et peu connu. La situation que j'ai détaillée dans mon constat a été celle qui m'a fait le plus réfléchir et elle m'a permis de faire le lien avec mes différents stages.

Tout au long de mes 3 années d'étude, j'ai pu percevoir l'importance et l'impact de la gestion émotionnelle sur la prise en charge des patients et cela m'a semblé d'autant plus flagrant dans le milieu carcéral, c'est pour cela que j'ai décidé de me tourner vers ce sujet. Il aurait probablement été plus simple d'élargir mon mémoire à tous les milieux de soins au vu de la particularité du milieu et du peu de ressources disponibles autour de ce sujet mais je souhaitais réellement orienter mon mémoire vers cet exercice infirmier spécifique. Au fil des recherches et des discussions avec mon référent mémoire, le concept d'intelligence émotionnelle a donc émergé avec ma question de départ ainsi que le plan du cadre de référence que je souhaitais travailler. J'ai lu beaucoup d'articles et de livres afin d'enrichir mes écrits mais surtout mes connaissances personnelles autour des différents concepts que j'ai décidé d'aborder. J'ai rencontré quelques difficultés à trouver des sources en français et sur ces sujets particuliers, malgré cela j'ai pu apprécier de nombreux articles en anglais et j'ai également pu regarder différents documentaires très intéressants. Les recherches que j'avais effectuées lors de mon stage en centre pénitentiaire m'ont également été très bénéfiques pour la rédaction de mon cadre de référence et pour établir des liens entre les écrits et la réalité. J'ai été très intéressée par mes lectures, mes recherches et les reportages visionnés, que ce soit pour alimenter mon mémoire comme pour mes connaissances personnelles. L'intelligence émotionnelle est un sujet qui m'a particulièrement intéressée et dont, selon moi, on ne parle pas assez. C'est le cas également des soignants en milieu pénitentiaire qui ne sont que très peu voire pas du tout reconnus dans les écrits concernant la pratique infirmière.

Durant l'écriture de mon mémoire, je me suis rendu compte que ce sujet était applicable à la pratique infirmière dans son intégralité car j'estime que la gestion émotionnelle est primordiale dans chaque secteur de soin pour assurer une prise en charge de qualité. Je

pourrai donc réinvestir ce travail dans tous les secteurs dans lesquels j'aurai la chance de travailler. Dans le cas où j'exercerai au sein du milieu carcéral par la suite, il pourra m'être d'autant plus utile. En effet, mes recherches autour de ce milieu spécifique m'ont permis de développer d'autant plus mon appétence, déjà présente depuis mon stage du semestre 5, pour le travail de l'infirmier en prison.

Ce travail m'a permis de découvrir le concept d'intelligence et de découvrir d'où naissent les émotions d'un point de vue psychologique et physiologique. Mes recherches m'ont permis de comprendre plus précisément à quoi correspondent les sentiments et les émotions mais également leur intérêt, ce qui m'a amené à maîtriser davantage mes propres émotions. Cette faculté m'est non seulement utile sur le plan professionnel, pour assurer une prise en charge de qualité aux patients, mais également sur le plan personnel. Mes recherches concernant les représentations et leur impact sur la relation soignant/soigné m'ont permis de faire face à celles-ci et d'être d'autant plus dans le « non jugement », ce qui est une aptitude primordiale et d'autant plus dans ce milieu.

En fonction des données que j'ai recueillies lors de l'élaboration de mon cadre de référence j'ai tenté, de manière hypothético inductive, de répondre à mon hypothèse que je rappelle :

L'intelligence émotionnelle permet de changer de manière positive les représentations personnelles afin d'établir une relation soignant/soigné de qualité dans le milieu carcéral.

Les différents écrits et reportages consultés ainsi que mes stages, notamment celui que j'ai effectué en milieu carcéral, m'ont permis de me rendre compte que tous les infirmiers étaient confrontés à leurs émotions au cours de leur carrière. Chacun les extériorise et les gère à sa façon, ce qui cause des divergences dans la prise en charge qu'offre chaque soignant. Certains présentent parfois des difficultés à offrir une relation soignant/soigné de qualité quand ils sont en prise avec leurs émotions, qu'elles soient positives ou négatives. Dans le milieu carcéral, il est d'autant plus important de maîtriser ses émotions, car les représentations sociétales négatives envers les détenus sont nombreuses. J'ai remarqué que les infirmiers qui contrôlaient leurs émotions étaient plus aptes à garantir une relation soignant/soigné de qualité dans ce milieu particulier.

Je me permets donc d'affirmer que, selon moi, l'intelligence émotionnelle permet de changer de manière positive les représentations sociales afin d'établir une relation soignant/soigné de qualité dans le milieu carcéral.

VII. Critiques du mémoire

Avant de commencer à écrire mon mémoire, je me posais de nombreuses questions concernant celui-ci. J'avais peur de ne pas être capable de réaliser un écrit intéressant de plusieurs dizaines de pages. A l'heure actuelle, je suis soulagée et fière d'avoir terminé cet écrit après de longs mois de travail. Il m'a permis d'enrichir ma culture personnelle mais également professionnelle. Malgré mes peurs, mon mémoire m'a beaucoup apporté et ce serait très enrichissant pour moi d'en réaliser un nouveau dans le futur.

Malgré l'intérêt et le temps que j'ai investi dans mon mémoire, je peux émettre quelques critiques concernant celui-ci. Tout d'abord, j'ai commencé par l'écriture de mon constat. Par choix personnel, j'ai décidé de détailler longuement la situation et d'inclure une présentation de l'unité dans laquelle j'étais en stage. J'ai pris cette décision car, selon moi, il était important de poser le cadre et l'environnement autour de la situation afin de mieux comprendre celle-ci. J'ai remarqué que beaucoup de personnes ont une image erronée du milieu carcéral et notamment des unités de soin au cœur des prisons. Je voulais donc commencer par cette introduction afin qu'il soit plus aisé de comprendre la suite de mon mémoire et pour confronter les représentations personnelles et sociétales à la réalité de ce milieu. Je tenais à ce que chacun puisse être capable de visualiser la situation tout en ayant une petite idée du fonctionnement d'une unité de soins en milieu pénitentiaire, l'écriture détaillée de ce constat m'a donc pris beaucoup de temps.

Le choix du thème du mémoire ainsi que l'écriture du cadre de référence ont été les étapes les plus difficiles pour moi, elles m'ont pris beaucoup de temps car je tenais à ce que mon mémoire soit le plus intéressant et le plus complet possible. J'ai mis un point d'honneur à ce que le thème de mon mémoire soit original, tout comme ma question de départ, ce qui m'a probablement fermé de nombreuses portes concernant les ressources documentaires disponibles. Ce sont les rendez-vous avec mon référent mémoire qui m'ont permis de fixer un cadre et de structurer mon travail mais surtout de prendre des décisions car il était difficile pour moi de faire des choix. Concernant mon cadre de référence, j'aurai pu approfondir d'autant plus mes concepts, surtout celui des émotions et de l'intelligence émotionnelle qui sont deux sujets très vastes et complexes.

J'aurai également aimé réaliser des entretiens et inclure l'analyse dans mon mémoire, ainsi j'aurai pu comparer mon positionnement avec celui des infirmiers en milieu carcéral. Les entretiens me semblaient plus adaptés que les questionnaires au vu du sujet, les émotions étant plus faciles à exprimer à l'oral qu'à l'écrit. J'aurai ainsi pu obtenir plus

d'informations et de précisions lors de l'analyse. Les mesures de sécurité imposées par l'administration pénitentiaire m'ont obligée à me rabattre sur des questionnaires. J'ai donc adapté ma méthodologie d'enquête. A cela s'est ajoutée la crise sanitaire du COVID-19 et donc un remaniement de la méthodologie du mémoire a suivi : l'analyse de l'enquête n'est plus incluse dans ce travail. Une conclusion hypothético-inductive doit donc remplacer la conclusion hypothético-déductive permise par une analyse des réponses des soignants sur le terrain. C'était très frustrant pour moi de ne pas pouvoir inclure une analyse de des réponses des infirmiers en milieu carcéral dans mon mémoire car je voulais appliquer mon hypothèse sur le terrain afin de la vérifier. Pour ces raisons et en accord avec mon référent mémoire, j'ai tout de même décidé de distribuer mes questionnaires et de porter leur analyse lors de la soutenance afin de préciser davantage mon travail.

VIII. Conclusion

Tout au long de ce travail de recherche, j'ai exploré plusieurs concepts qui me semblaient importants. J'ai pris la décision de commencer par poser le contexte de celui-ci en explorant l'univers carcéral et l'exercice infirmier en son sein, au vu de la particularité de ce milieu. J'ai ensuite souhaité développer le concept d'intelligence émotionnelle étant donné qu'il est également peu exploré à l'heure actuelle. Il me semblait primordial de faire le point sur les émotions, d'un point de vue physiologique comme psychologique, afin que l'importance de l'intelligence émotionnelle soit d'autant plus remarquable. J'ai ensuite choisi d'explorer les représentations liées au milieu carcéral. Souvent, les mots « violence » et « agressivité » sont les premiers à revenir dans l'imaginaire collectif, pourtant ils sont souvent confondus. J'ai donc développé la définition de ceux-ci avant de me pencher sur l'objectivité du soignant. La relation soignant/soigné étant au cœur de la pratique infirmière, j'ai conclu sur ce concept en explorant principalement la communication ainsi que l'importance de la distance thérapeutique et psychologique en prison.

J'ai centré mon mémoire sur les émotions ressenties par les infirmiers exerçant en milieu carcéral et l'influence des représentations personnelles et sociétales sur celles-ci. Tout au long de ce travail de recherche et grâce à mes différents stages, je me suis aperçue que ce questionnement était applicable à tous les domaines de pratique infirmière. En effet, il n'est pas rare qu'une personne détenue soit extraite de la prison et se fasse soigner dans un service hospitalier ordinaire. De plus, il est possible de rencontrer des personnes, ayant commis des actes contraires à nos valeurs, qu'elles aient été déférées ou non, dans des services conventionnels. L'intelligence émotionnelle est donc, selon moi, primordiale pour ne pas se laisser surmonter par ses émotions, pour prendre les décisions les plus judicieuses et ainsi assurer une relation soignant/soigné de qualité.

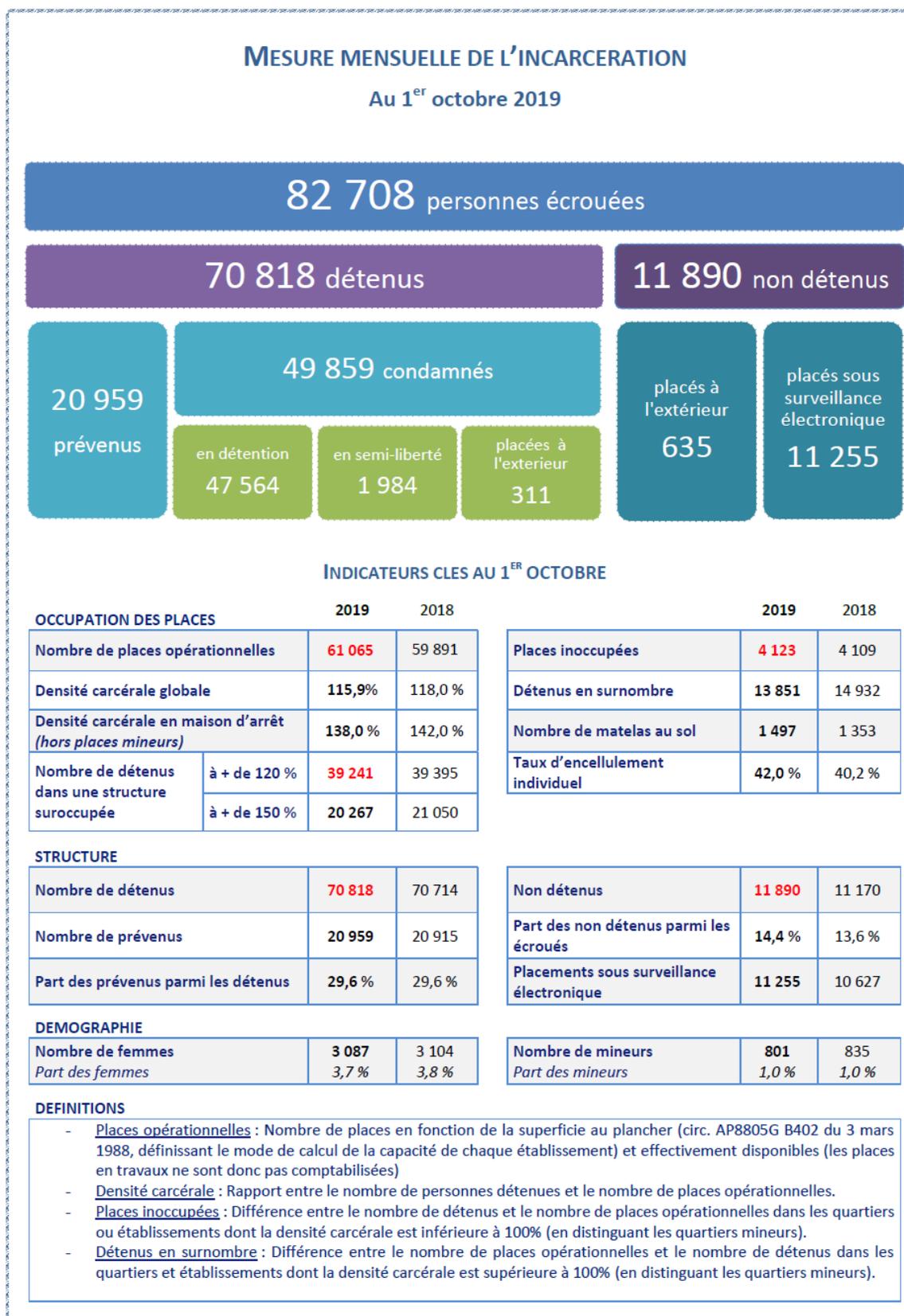
Au vu de l'importance de l'intelligence émotionnelle, il me semblerait judicieux d'élargir et d'appliquer mes écrits à l'exercice infirmier dans sa globalité.

IX. Annexes

1. Lexique

- CMU = Couverture Mutuelle Universelle
- CD = Centre de Détention
- CHR = Centre Hospitalier Régional
- CNRS = Centre National de la Recherche Scientifique
- CNRTL = Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- CPA = Centre des Peines Aménagées
- CPIP = Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- ECG = Electrocardiogramme
- EPJJ = Educateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- EPM = Etablissement Pénitentiaire pour Mineur
- EPSM = Etablissement Public de Santé Mentale
- MA = Maison d'Arrêt
- MC = Maison Centrale
- NFS = Numération Formule Sanguine
- QD = Quartier Disciplinaire
- QI = Quotient intellectuel
- QM= Quartier Mineur
- QPA = Quartier des Peines Aménagées
- QSL = Quartier de Semi-Liberté
- SPIP = Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- USMP = Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

2. Annexe 2 : Mesure de l'incarcération au 1^{er} Octobre 2019



Source : Ministère de la justice – DAP/SDEx/Ex3

DESCRIPTIF DE L'OCCUPATION DES ETABLISSEMENTS

Type d'établissement	Densité carcérale globale	Nombre d'établissements ou quartiers	Nombre d'établissement ou quartier en situation de suroccupation supérieure à 120 %	Nombre de personnes détenues dans une structure suroccupée à plus de 120 %
MA et qMA (<i>hors places mineurs</i>)	138%	133	93	38 816
CD et qCD	91%	66	2	290
MC et qMC	74%	13	0	0
CPA et qCPA	74%	9	1	42
CSL et qCSL	73%	31	1	77
EPM (<i>et places mineurs*</i>)	69%	49	1	16
CNE et qCNE	66%	3	0	0
EPSN	85%	1	0	0
UAT	64%	1	0	0
Ensemble	116%	264	98	39 241

MA : Maison d'arrêt / CD : Centre de détention / MC : Maison centrale / CPA : Centre pour peine aménagée / CSL : Centre de semi-liberté / EPM : Etablissement pénitentiaire pour mineurs / CNE : Centre national d'évaluation / EPSN : Etablissement public de santé national / UAT : Unité d'accueil et de transfert / q : quartier

Type d'établissement	Nombre de personnes détenues	Nombre de places opérationnelles (*)	Places inoccupées (**)	Détenus en surnombre
MA et qMA (<i>hors places mineurs</i>)	48 269	34 975	418	13 712
CD et qCD	18 316	20 262	2 014	68
MC et qMC	1 656	2 225	569	0
CPA et qCPA	453	611	180	22
CSL et qCSL	1 048	1 444	434	38
EPM et QM	799	1 170	382	11
CNE et qCNE	91	138	47	0
EPSN	71	84	13	0
UAT	115	181	66	0
Ensemble	70 818	61 090	4 123	13 851

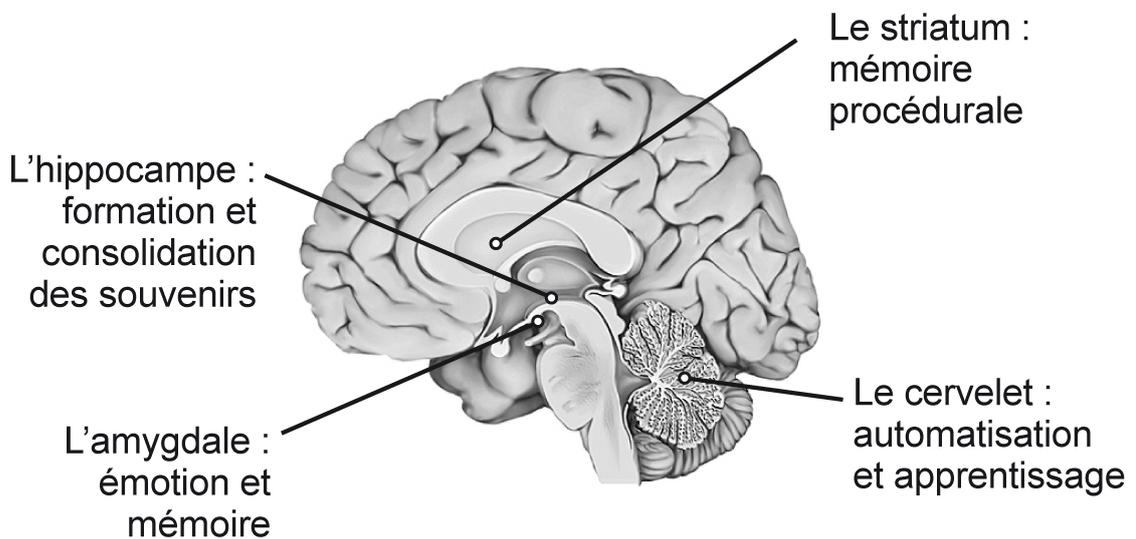
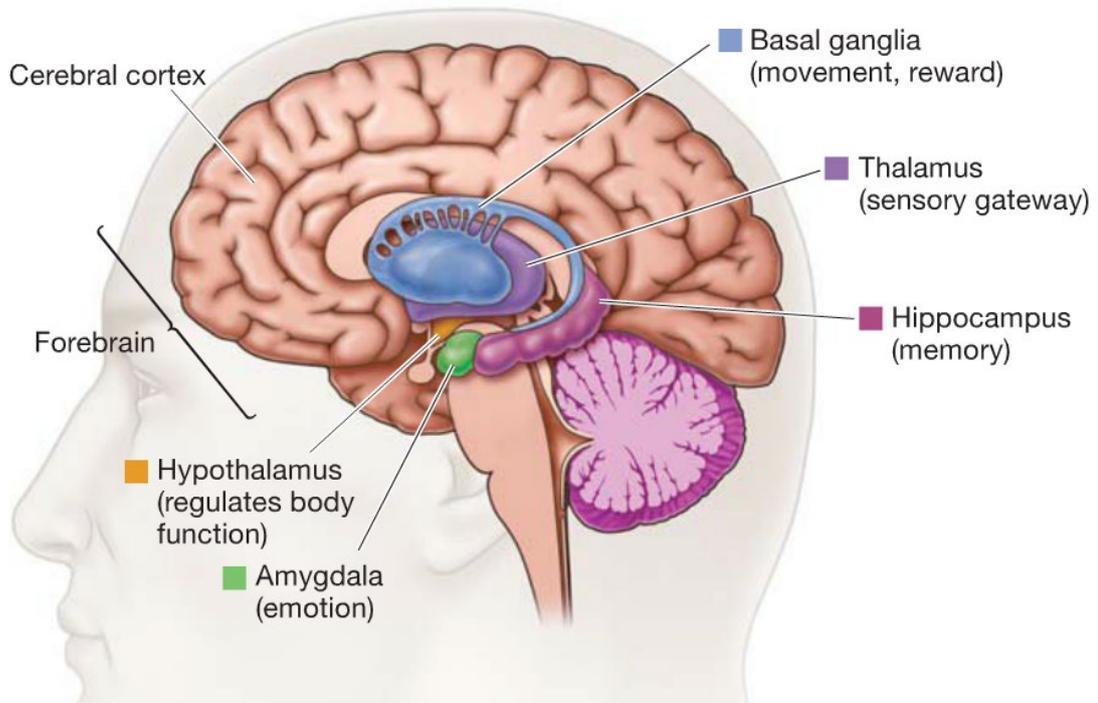
Direction interrégionale	Nombre de personnes détenues	Nombre de places opérationnelles (*)	Densité carcérale globale	Places inoccupées (**)	Détenus en surnombre	Taux d'encellulement individuel
Bordeaux	5426	5215	104%	525	736	55%
Dijon	4769	4276	112%	314	807	49%
Lille	7247	6502	111%	655	1400	45%
Lyon	6782	5956	114%	296	1122	45%
Marseille	8018	6807	118%	219	1430	49%
Outre-mer	5020	4488	112%	401	933	32%
Paris	13203	10127	130%	359	3435	46%
Rennes	8377	7676	109%	636	1337	46%
Strasbourg	5782	5613	103%	584	753	33%
Toulouse	6194	4430	140%	134	1898	29%
France entière	70818	61065	116%	4123	13876	42%

* **Places opérationnelles** : Nombre de places en fonction de la superficie au plancher (circ. AP8805G B402 du 3 mars 1988, définissant le mode de calcul de la capacité de chaque établissement) et effectivement disponibles (les places en travaux ne sont donc pas comptabilisées)

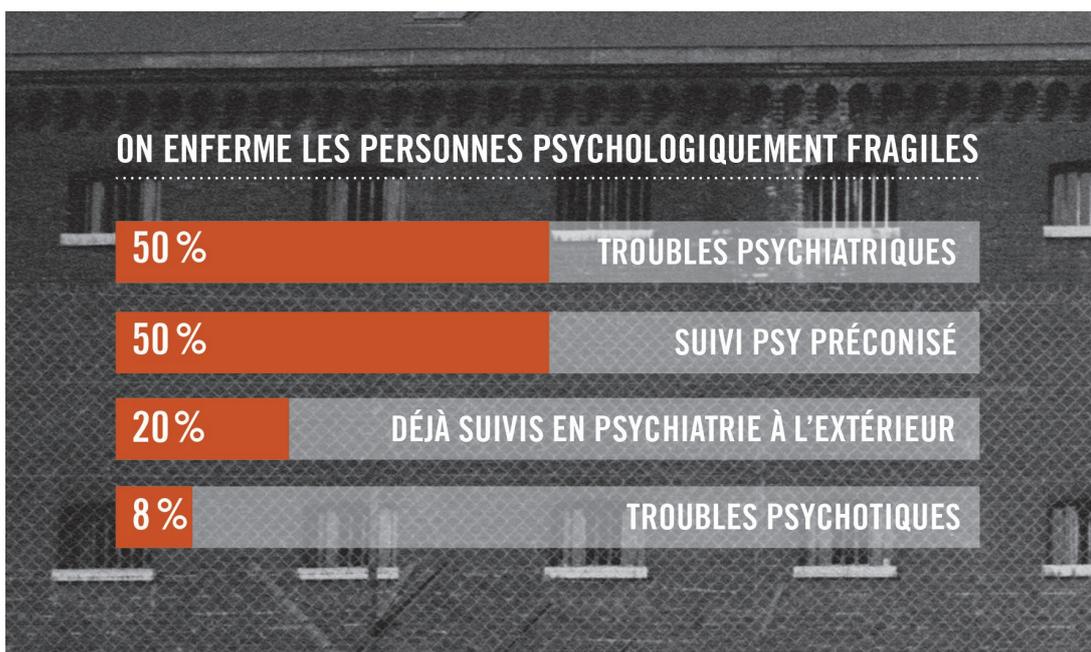
** Une place peut ne pas être occupée parce qu'en cours d'attribution, parce que destinée à une catégorie spécifique de personnes détenues (ex. une place femme vacante dans une cellule ne peut accueillir un détenu homme). Il peut également s'agir de places disponibles dans des zones géographiques à plus faible besoin ou trop éloignées pour permettre le maintien des liens familiaux.

Source : Ministère de la justice – DAP/SDEx/Ex3

3. Annexe 3 : Les émotions au cœur du cerveau



4. Annexe 4 : Les représentations autour du milieu carcéral



5. Annexe 5 : Questionnaire

Coralie CALIN – IFSI Val-de-Lys Artois, Saint-Venant

Actuellement étudiante infirmière en troisième année, je réalise un mémoire portant sur l'impact de l'intelligence émotionnelle sur la qualité de la prise en charge de l'infirmier en milieu carcéral. Dans le cadre de la continuité de ce travail de fin d'études, j'ai élaboré ce questionnaire anonyme afin de récupérer des données et des les analyser pour enrichir mon mémoire ainsi que ma soutenance.

Je vous remercie par avance du temps et de l'intérêt que vous consacrerez à y répondre.

1. Etes-vous ?

- Une femme
- Un homme

2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état d'infirmier ?

.....

3. Quel est votre parcours professionnel ?

.....
.....
.....

4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le milieu carcéral ?

.....

5. Quelles ont été vos motivations pour travailler dans ce milieu ?

- Curiosité professionnelle
- Autonomie dans la prise en charge
- Pluridisciplinarité
- Autres :..... :
.....

1

6. Selon vous, quelles sont les aptitudes nécessaires à l'exercice en milieu carcéral ?

- Autonomie
- Non jugement
- Expérience dans l'urgence
- Polyvalence
- Maitrise émotionnelle
- Ouverture d'esprit
- Intérêt pour le milieu carcéral
- Expérience professionnelle
- Autres :
-

7. Selon vous, le milieu carcéral est-il plus propice aux situations à fort enjeu émotionnel ? Si oui, pourquoi ?

- Non
- Oui :
 - Prise en charge de personnes ayant commis des actes contraires à vos valeurs
 - Enfermement
 - Climat insécuritaire
 - Autre :
 -

8. Vos émotions ont-elles déjà été un frein à votre prise en charge ? Si oui, qu'avez-vous mis en œuvre pour surmonter cela ?

- Non
- Oui :
-
-

9. La reconnaissance et la maîtrise de vos émotions vous permettent-elles d'améliorer votre prise en charge ?

- Oui
- Non

10. Quelles sont les émotions récurrentes lorsque vous prenez en charge des détenus ?

- Peur
- Dégout
- Colère
- Tristesse
- Autres :.....
.....

11. Exprimez-vous librement les émotions ressenties lors de vos prises en charge ?

- Oui, auprès de mes collègues
- Oui, auprès de ma famille
- Non

Si oui, cela vous permet-il de mieux gérer les situations à fort enjeu émotionnel par la suite ?

- Oui
- Non

12. Selon vous, qu'est-ce-que l'intelligence émotionnelle ?

- La connaissance et la maîtrise de ses émotions
- La gestion des émotions en lien avec le quotient intellectuel
- La faculté à gérer ses émotions
- La capacité du cerveau à créer les émotions
- La faculté à repérer les émotions chez soi et chez les autres

13. Pensez-vous que l'intelligence émotionnelle influence vos représentations personnelles et la qualité de votre prise en charge ?

- Oui, de manière positive
- Oui, de manière négative
- Non

14. Quelles étaient vos représentations autour du milieu carcéral avant d'y travailler ?

.....
.....

15. Avez-vous réussi à surmonter vos représentations ainsi que vos éventuelles appréhensions autour du milieu carcéral ? Si oui, comment ?

- Non
- Oui :
 - Grâce à la gestion émotionnelle
 - Grâce à l'expérience
 - En prenant du recul sur les situations
 - Au fur et à mesure du temps
 - Autre :.....
.....

16. Selon vous, qu'est-ce qui peut permettre de surmonter les représentations sociales et d'assurer une prise en charge de qualité dans le milieu carcéral ?

- L'intelligence émotionnelle
- Le travail d'équipe
- L'expérience
- La gestion des émotions
- L'intelligence
- Autre :.....
.....

17. La connaissance du motif d'incarcération des détenus a-t-elle déjà été un frein à votre prise en charge ?

- Oui
- Non

18. Considérez-vous les détenus comme des patients ?

- Oui
- Non

19. Le fait que vos patients soient des détenus a-t-il un impact négatif dans la relation soignant/soigné ? Si oui, pourquoi ?

- Non
- Oui :
-
-

20. Pensez-vous qu'une formation soit bénéfique avant d'exercer en milieu carcéral ? Si oui, laquelle/lesquelles ?

- Non
- Oui :
 - Prise en charge de l'urgence
 - Gestion émotionnelle
 - Fonctionnement judiciaire et pénitentiaire
 - Autre :
 -
 -

Merci pour votre participation.

X. Références bibliographiques

1. Ouvrages

ABRIC, JC. Pratiques sociales et représentations. Paris : Presses Universitaires de France, 4^e ed, 2003. 312p

BENNETT, C., PERRY, J., LAPWORTH T. et al. Supporting prison nurses : an action research approach to education. Dans *British Journal of Nursing*, 2010. p782-786

BERNARD, P., TROUVE, S. *Sémiologie psychiatrique*, Paris : Masson. 1977.

CHAUVENET, A., FAUGERON, C., COMBESSIE, P. *Approches de la prison*. Bruxelles : De Boeck, 1996. 369p

CORVEST, K., ROYER, GR., DUGARDIN, T. *Former en IFSI à la prise en charge de patients auteurs d'actes criminels*. Soins Psychiatrie, 2011

DAMASIO, Antonio. *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob, 2003. 479p

DARWIN, Charles. *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Londres : Penguin Classic, 1872. 367p

GOFFMAN, Erving. *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Les Editions de Minuit, 1968. 452p

GOLEMAN, Daniel. *L'intelligence émotionnelle*. Paris : J'ai lu, 2014. 928p

GUENO, Jean-Pierre. *Paroles de détenu*. Paris : J'ai lu, 2012. 191p

JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 2003. 447p

KANT, Emmanuel. *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris : Le Livre de Poche, 1993. 252p

LEDOUX, Joseph. *The emotional brain*. Londres : W&N, 1999. 384p

LHULLIER, D., LEMISZEWSKA, A. *Le choc carcéral, survivre en prison*. Montrouge : Bayard, 2001. 200p

LOPEZ, Francis. *Confidences d'un maton*. La boîte à Pandore, 2015. 183p

LORENZ, Konrad. *L'agression : une histoire naturelle du mal*. Paris : Flammarion, 2010. 285p

MICHAUD, Yves. *La violence*. Paris : Presses Universitaires de France, 2018. 128p

MICHAUD, Yves. *Violence et politique*. Paris : Gallimard, 1978. 240p

NOTO-MIGLIORINO, RE. *Infirmier en milieu carcéral: Accompagner, soigner, réinsérer*. 1^{ère} ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2009. 96p

PIERON, Henri. *Vocabulaire de la psychologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 4^{ème} ed, 2003. 588p

PRAYEZ, P. *Julie ou l'aventure de la juste distance : une soignante en formation*. Kervignac : Lamarre, 2005. 235p

ROGERS, Carl. *L'approche centrée sur la personne : Anthologie de textes présentés par Howard Kirschenbaum et Valérie Land Henderson*. Vaugneray : Ambre Editions, 2013. 544p

VERSPIEREN, Patrick. *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*. Bruges : Desclée de Brouwer, 1999. 206p

2. Articles

ANDRE, Christophe. Peut-on gérer ses émotions ? Dans *Sciences Humaines*, 2006, n°171, p34

ANSIAU, D., DEJOUX, C., WECHTLER, H. Compétences émotionnelles et capacités d'apprentissage des dirigeants. Dans *Revue Internationale de Psychologie*, 2006, vol XII. p165-189.

BENNETT. Leadership skills for nurses working in the criminal justice system. Dans *Nursing Standard*, 2011

BERTAUD, Pierre. Soins infirmiers en milieu carcéral : le rôle infirmier dans toute sa dimension. Sur le site de la *Coordination Nationale Infirmière*, 2009.

COUDRAY, MA. La problématique des soins infirmiers aujourd'hui. Dans *Recherche en Soins Infirmiers*. 2008, n°93. Pages 49 à 55

CZERNICHOW, P., HALLEY DES FONTAINES, V. Santé des personnes sous main de justice. Dans *Adsp*. 2018, n°104

DURKHEIM, Emile. Représentations individuelles et représentations collectives. Dans la *Revue de Métaphysique et de Morale*, 1898, tome VI.

FISCHER, GN. Le concept de relation en psychologie sociale. Dans *Recherche en soins infirmiers*. 1999, n°56, p4

FRIARD, Dominique. Agressivité. Dans *Les concepts en sciences infirmières*. 2012, hors collection, p56 à 59

GUERIN, Geneviève. La santé en prison. Dans *adsp*. 2003, n°44

HAMILTON, Rebecca. Gérer la distance psychologique. Dans *Harvard Business Revue*, octobre-novembre 2015

JAMES, William. What is an emotion ? Dans *The Heart of William James*. Massachusetts : Harvard University Press, 2012. 368p

MEDARD, JF. Théorie de l'échange et échanges politiques. Dans *L'échange politique*. Bruxelles : Université de Bruxelles, 1995. p 75

SIMON, Edith. Processus de conceptualisation d'empathie. Dans *Recherche en Soins Infirmiers*. 2009, n°98. Pages 28 à 31

WALSH E. *The emotional labor of nurses working in her Majesty's (HM) prison service.*
Journal of Forensic Nursing, 2009

3. **Ressources internet**

<http://www.syndicat-infirmier.com/Combien-d-infirmieres-exercent-en-France.html>

- Site consulté le 08 Décembre 2019

<https://journals.openedition.org/appareil/901>

- Site consulté le 21 Février 2020)

<https://www.cnrtl.fr/definition/prison>

- Site consulté le 10 Janvier 2020)

<https://www.jurifiaable.com/conseil-juridique/droit-penal/infraction-penale>

- Site consulté le 10 Janvier 2019

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140>

- Site consulté le 10 Septembre 2019

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/>

- Site consulté le 21 Février 2020

<http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/direction-de-ladministration-penitentiaire-10025/les-structures-penitentiaires-28342.html>

- Site consulté le 23 Décembre 2019

<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/les-femmes-detenu-es-10023.html>

- Site consulté le 11 Février 2020

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000023410830&cidTexte=LEGITEXT000006071154&dateTexte=20101229>

- Site consulté le 12 Mars 2020

<https://oip.org/en-bref/tout-est-il-gratuit-en-prison-pour-les-personnes-detenues/>

- Site consulté le 08 Mars 2020

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312171&categorieLien=id>

- Site consulté le 08 Mars 2020

<http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/200906101007/Actualites/Soins-Infirmiers-en-milieu-carceral-le-role-infirmier-dans-toute-sa-dimension.html>

- Site consulté le 10 Mars 2020

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>

- Site consulté le 22 Décembre 2019

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138?q=sentiment#71335>

- Site consulté le 22 Décembre 2019

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>

- Site consulté le 11 Mars 2020

<https://www.cnrtl.fr/definition/agressiv%C3%A9>

- Site consulté le 11 Mars 2020

<https://www.who.int/topics/violence/fr/>

- Site consulté le 11 Mars 2020

<https://vocationsservicepublic.fr/filieres-de-l-emploi-public/les-metiers-de-l-administration-penitentiaire>

- Site consulté le 21 Février 2020)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectivit%C3%A9/55365>

- Site consulté le 16 Mars 2020

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jugement/45112?q=JUGEMENT#45062>

- Site consulté le 16 Mars 2020

<https://www.cnrtl.fr/definition/soign%C3%A9/adjectif>

- Site consulté le 16 Mars 2020

<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

- Site consulté le 08 Décembre 2019

<https://www.cnrtl.fr/definition/distance>

- Site consulté le 16 Mars 2020

<https://www.bio-sante.fr/amygdale-cerebrale>

- Site consulté le 16 Mars 2020

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

- Site consulté à de multiples reprises (2019-2020)

<http://www.oip.org>

- Site consulté à de multiples reprises (2019-2020)

4. **Documentaires**

FRANCE 5. Santé en prison : les détenus en danger ? Dans Allo Docteurs, 2013

https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/prevention/sante-en-prison-les-detenus-en-danger_10027.html

FRANCE 5. Détenus : des patients comme les autres ? Dans Allo Docteurs, 2008

https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-detenus-des-patients-comme-les-autres-_148.html

FRANCE 2. La vraie vie en prison. Dans *Complément d'enquête*, France 2. 2018

https://youtu.be/OB_J8fK4L8c

ESTIVIE G., REMLI, S. *Tous coupables : la vie des prisons françaises*. 2019

<https://youtu.be/bGLjIcgEOU0>

INFIRMIERS.COM. « Vu de l'intérieur : au cœur d'une unité sanitaire en maison d'arrêt. Episodes 1,2 et 3. 2019 https://youtu.be/a_UM3YysBR0 / <https://youtu.be/CZ7NKIix-GXE> / <https://youtu.be/lrrbwZmhn5Y>

LUMBROSCO, Valeria. *Entre toi et moi, l'empathie*. Sur Amazon Prime Video, 2019

5. Autres ressources

BOUCHES, Stéphanie. *Le détenu malade : un patient pas comme les autres*. Mémoire, Master II en droit de la responsabilité médicale. 2014

BRUSQUET, Anne. *Prise en charge des personnes détenues hospitalisées d'office : analyse et propositions pour une organisation des soins psychiatriques dans le département des Bouches du Rhône*. Mémoire, Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Santé en milieu carcéral : Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*. 1993

LANDAIS, T., BARONE, T., COSTIL, J. et al. *Rapport de visite du Centre Pénitentiaire de Longuenesse*. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2011

LE GALL, Valérie. *Prise en charge des addictions en milieu carcéral à la Réunion*. Université de la Réunion : mémoire en vue d'obtention du diplôme universitaire d'addictologie, 2012

MINISTERE DE LA JUSTICE. *Stratégie santé des personnes placées sous main de justice*. Avril 2017

UE 3.1.S1 : Raisonement et démarche clinique - Livret d'observation clinique. Saint-Venant : IFSI Val-de-Lys Artois, 2017.

UE 4.2.S2 : Soins relationnels. Saint-Venant : IFSI Val-de-Lys Artois, 2018.

UE 4.2.S5 : Soins relationnels. Saint-Venant : IFSI Val-de-Lys Artois, 2019.

@daieme_ sur Instagram pour l'illustration figurant sur la couverture.

MEMOIRE

L'influence de l'intelligence émotionnelle sur la prise en charge des détenus

Auteur : Coralie CALIN

Année : 2020

Nombre de pages : 54

RESUME L'influence de l'intelligence émotionnelle sur la prise en charge des détenus	ABSTRACT Imprisoned by our emotions...
<p>Au décours de ma troisième année en école d'infirmière, j'ai eu la chance d'effectuer un stage au cœur d'une unité de soins en milieu pénitentiaire.</p> <p>Les soignants exerçant en prison prennent quotidiennement en charge des personnes ayant commis des actes contraires à leurs valeurs, j'ai pu remarquer qu'il était important d'y avoir une grande maîtrise de ses émotions. En effet, chaque infirmier est confronté à des situations à fort enjeu émotionnel au cours de sa carrière et c'est d'autant plus vérifiable dans le milieu carcéral. Je me suis donc demandée dans quelle mesure l'intelligence émotionnelle pouvait impacter la relation soignant/soigné dans ce milieu particulier et méconnu.</p> <p>Au cours de mes recherches et de mes lectures, j'ai donc cherché à mettre en évidence l'impact de l'intelligence émotionnelle sur la qualité de la prise en charge offerte par l'infirmier en milieu carcéral.</p>	<p>During an internship within a care unit in prison, I experienced fear during a medical care when other nurses handled it well.</p> <p>My interest for the prison universe and for the control of emotions led me to my research question : « How can emotional intelligence allow nurses in prison to provide a good medical care ? »</p> <p>The objective of my study was to explore how nurses can handle their emotions when they have to take care of people who have done things incompatible to their own values.</p> <p>I wondered if emotional intelligence allow nurses working in prison to overcome prejudice and provide a good medical care to inmates.</p> <p>My research and reading made me discover the ubiquity and importance of emotions, specially in health care in jail wich is a specific place. This work made me realize that the emotional intelligence is paramount and could be applied to the whole nursing practice.</p>
Mots clés : intelligence émotionnelle, détenu, représentations, émotion, relation	Keys words : emotional intelligence, prison, prejudice, emotion