

MÉMOIRE DE MAÎTRISE EN MÉDECINE N° 1828

**ÉVALUATION DE LA PÉNIBILITÉ
DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES
EN MILIEU PÉNITENTIAIRE**

————— **COURT MARC** —————

TUTEUR

Pr. BRUNO GRAVIER

SERVICE DE MÉDECINE ET PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRES - CHUV

CO-TUTEUR

Dr. CHRISTOPHER HASLER

SERVICE DE MÉDECINE ET PSYCHIATRIE PÉNITENTIAIRES - CHUV

EXPERT

Dr. ARIEL EYTAN

**DÉPARTEMENT DE SANTÉ MENTALE ET DE PSYCHIATRIE – UNITÉ DE PSYCHIATRIE
PÉNITENTIAIRE - HUG**

TABLE DES MATIÈRES

I. ABSTRACT	4
II. INTRODUCTION	5
III. MÉTHODOLOGIE.....	8
IV. TABLEAU DE RÉSULTATS	10
V. ANALYSE	11
MALADIE PSYCHIQUE	11
TOXICOMANIE.....	11
DÉNI DE LA MALADIE.....	12
REFUS DE SOINS	12
COMPLIANCE	13
VIOLENCE PHYSIQUE ET VERBALE	13
RISQUE SUICIDAIRE.....	14
COMPORTEMENTS PARA-SUICIDAIRES	14
CHRONICITÉ DES TROUBLES PSYCHIQUES	14
NATURE DU DÉLIT.....	15
DIFFICULTÉ À ÉLABORER UN PROJET DE SOINS	15
FAIBLE NIVEAU DE FORMATION DU PATIENT	15
FAIBLE NIVEAU DE RECONNAISSANCE DU DÉLIT	16
DÉTENU RÉCIDIVISTE.....	16
AMALGAME ENTRE SYSTÈME DE SOINS ET SYSTÈME CARCÉRAL.....	16
ABSENCE DE STATUT LÉGAL (« SANS-PAPIERS »).....	16
REPLI SUR SOI	17
VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE	18
LA BARRIÈRE DE LA LANGUE	18
PASSÉ DE VIOLENCE CARCÉRALE.....	18
NÉCESSITÉ DE MENER UN ENTRETIEN À PLUSIEURS	19
TENDANCE AU MENSONGE.....	20
AMÉNAGEMENT DU LIEU	20
TURN-OVER IMPORTANT DES ÉQUIPES SOIGNANTES	21
PHÉNOMÈNES DE CLIVAGE INTRA OU INTER ÉQUIPES.....	21
PATIENT NON-DEMANDEUR DE SOINS	22
FAIRE FACE À L’HORREUR DES ACTES COMMIS.....	22
EMPATHIE DIFFICILE À ÉPROUVER	22
DIVERGENCES ENTRE LA MISSION DE SOINS ET LA MISSION SÉCURITAIRE	22
MANQUE DE RECONNAISSANCE	23
VI. SÉLECTION DES THÈMES	24
FACTEURS AYANT OBTENU LA COTE "L'ÉLÉMENT N'AUGMENTE PAS LA PÉNIBILITÉ DE MON TRAVAIL" PAR AU MOINS TRENTE POUR-CENT DES PARTICIPANTS:	24
FACTEURS AYANT OBTENU LA COTE "L'ÉLÉMENT AUGMENTE, PARFOIS SEULEMENT, LA PÉNIBILITÉ DE MON TRAVAIL" PAR AU MOINS CINQUANTE POUR-CENT DES PARTICIPANTS:.....	24
FACTEURS AUXQUELS LES PARTICIPANTS AVAIENT L'AIR D'ACCORDER UNE MOINDRE IMPORTANCE:.....	24
FACTEURS DIFFICILES À QUANTIFIER:.....	25
FACTEURS À RENOMMER:	25
FACTEURS RELATIFS À L'ENVIRONNEMENT SUR LESQUELS LES PATIENTS N'ONT PAS D'INFLUENCE:.....	25
VII. ÉLABORATION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PÉNIBILITÉ	26
VIII.DISCUSSION & CONCLUSION	29

IX. REMERCIEMENTS	30
X. BIBLIOGRAPHIE	31
XI. ANNEXES	

I. ABSTRACT

Évaluation de la pénibilité de la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en milieu pénitentiaire

Assessment of the arduous nature of care of patients with mental disorders in prison

Contexte:

Les Établissements de la Plaine de l'Orbe accueillent des patients souffrant de troubles psychiques sévères et incarcérés sous le coup d'une mesure pénale ou y purgeant une peine. Dans le cadre d'une étude des besoins, l'équipe du Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaire (SMPP) souhaite développer un outil permettant d'évaluer la pénibilité de la prise en charge de ces patients difficiles. Il y a en effet dans ce contexte, une nécessité d'améliorer l'offre de soins qui est actuellement limitée. Ceci dans la perspective de l'ouverture en 2016 d'un Etablissement de Réinsertion Sécurisée (ERS) sur le site de Cery et de la création d'un Centre de Soins aux Etablissements de la Plaine de l'Orbe à l'horizon 2018.

Objectifs:

- Déterminer les différents critères définissant la pénibilité
- Élaborer un outil pratique, facilement utilisable en clinique permettant d'évaluer la pénibilité d'un patient ou d'une cohorte
- L'outil devra avoir une utilité à un niveau individuel (meilleure représentation des problématiques d'un patient, évolutivité de la situation) ainsi que sur une cohorte de patients (aide à l'évaluation des ressources nécessaires ou à l'évaluation de la charge de travail pour une équipe)

Mots-clefs:

- Pénibilité
- Personnel de santé
- Psychiatrie
- Pénitentiaire

II. INTRODUCTION

Nous avons été amenés à aborder la notion de *pénibilité* dans le cadre du travail en milieu pénitentiaire pour plusieurs raisons. Premièrement, il existe une idée reçue relativement répandue selon laquelle le travail de soignant ou de thérapeute en milieu pénitentiaire serait ingrat et surtout pénible. Cependant, il n'existe que peu de littérature sur le sujet. Lors de l'étape de la recherche d'articles, nous n'avons en effet pas pu constater l'existence d'une seule étude ayant véritablement pour sujet la pénibilité du travail des équipes médicales en milieu pénitentiaire. Nos recherches ne nous ont permis d'aboutir qu'à une vingtaine d'articles, dont la plupart ne correspondaient en réalité que peu à notre question de recherche.

L'article *Souffrance au travail en milieu carcéral* de Moulin V. et Sevin A.-S, s'est par exemple révélé être un excellent article mais qui restait malheureusement exclusivement centré sur le point de vue des gardiens de prisons.

L'article intitulé *Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie* de M. Estryn-Behar¹ est particulièrement intéressant, bien qu'il ne s'agisse pas de psychiatrie pénitentiaire. En effet, cette étude compare notamment différents facteurs de pénibilité entre les secteurs de la psychiatrie, de la médecine-chirurgie et des soins intensifs. Nous y apprenons par exemple qu'en France, 68% des soignants de psychiatrie déclarent être confrontés fréquemment à des patients agressifs, contre 43% en médecine-chirurgie et 25% en soins intensifs. Il est aussi relativement étonnant de constater que le sentiment de besoin de soutien psychologique est présent chez 54% des soignants en psychiatrie, contre 66% en soins intensifs et 64% en médecine chirurgie. Il y est encore signalé que la continuité des soins, extrêmement importante en psychiatrie, est mise à mal par la mobilité du personnel, l'appel de plus en plus fréquent aux intérimaires ou encore par la quantité élevée de nouveaux professionnels dans un même service.

Dans l'article *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*, nous apprenons qu'en Europe de l'Ouest environ un détenu sur sept est atteint de troubles psychotiques ou de dépression majeure et qu'environ un homme détenu sur deux est atteint de troubles de la personnalité. Les auteurs décrivent quelles sont les implications que de telles proportions suggèrent : premièrement cela indique que le risque d'être atteint d'un important trouble psychiatrique est substantiellement plus élevé dans la population carcérale que dans la population générale. Deuxièmement, en appliquant ces proportions à la population carcérale des Etats-Unis, nous obtiendrions quelques centaines de milliers de prisonniers atteints de troubles psychotiques, de dépression majeure ou des deux simultanément. Selon les auteurs, les ressources limitées de la plupart des prisons ne permettraient pas à ces patients-prisonniers de recevoir des soins appropriés tels que la Commission Européenne des Droits de l'Homme ainsi que d'autres chartes internationales le stipulent. Bien que cet article ne comprenne pas d'étude faite en Suisse, nous pouvons imaginer que ces proportions et surtout les conséquences qui en découlent, telle que l'importante charge de travail, soient similaires à celles de ses voisins européens.

L'article *Influence of environmental factors on mental health within prisons: Focus group study* est particulièrement intéressant. Il s'agit d'une étude faite en *focus group* à laquelle des détenus et des gardiens ont participé. Les prisonniers rapportent que de longues périodes d'isolation avec peu de stimuli mentaux conduisent à un appauvrissement de la santé mentale ainsi qu'à des sentiments intenses de colère, de frustration et d'anxiété. La plupart des *focus group* ont identifié les mauvaises relations entre gardiens et détenus comme étant un facteur influençant de manière importante le niveau de stress de chacun. Les gardiens décrivent un *cercle vicieux du stress* influencé notamment par le manque de personnel qui crée une atmosphère de stress important, rendant les gardiens *malades (staff sickness)* et

¹ Estryn-Behar M., Duville N., *Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens*, Annales médico-psychologiques 164 (Elsevier Masson SAS), pp. 732-748, 2006.

accentuant ainsi de manière importante le niveau de stress pour les gardiens restants. Le manque de personnel affecte aussi les détenus, qui resteraient enfermés de plus longues périodes, causant une frustration que les gardiens devront subir, aggravant encore un peu plus les tensions. Les gardiens ont ainsi d'importantes difficultés à s'épanouir dans leur travail. Certes, cet article n'inclut aucun membre du personnel soignant, mais nous pouvons imaginer que le *cercle vicieux du stress* tel qu'il est décrit, n'est pas une exclusivité propre à la fonction de gardien de prison. Il est en effet possible que la surpopulation carcérale en Suisse ait un effet similaire sur le personnel médical des prisons.

Enfin, la prison n'est pas un lieu de soin. Elle a pour fonction la garde et l'entretien des personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. L'article *Prison health care : a review of the literature* nous rappelle que les desseins des établissements carcéraux qui sont la punition, la correction et la réhabilitation des personnes condamnées, peuvent entrer en conflit avec les objectifs des services de santé. Rappelons déjà que les prisonniers devraient avoir le même accès à la santé que celui que la population générale possède hors de prison, que la qualité des soins devrait être la même que celle obtenue hors de prison et enfin que le consentement éclairé ainsi que le secret médical doivent aussi y être respectés. On peut imaginer que respecter ces objectifs au sein d'un univers carcéral avec ses nombreuses contraintes sécuritaires ne doit pas être aisé. Les auteurs rapportent qu'il existe souvent un conflit entre les gardiens et les infirmières dû à des objectifs professionnels qui diffèrent. Les prisonniers ayant des problèmes de santé mentale seraient même plus à risque de causer des ennuis aux gardiens ainsi qu'aux autres détenus, nous pouvons donc imaginer que le conflit entre les deux corps de métier est d'autant plus important lorsqu'ils ont affaire à ce type de patients. Il se pourrait qu'il ne s'agisse d'ailleurs pas seulement d'un conflit ayant pour cause une mission professionnelle qui diffère mais aussi de deux visions qui s'opposent, voire s'affrontent. D'une part, se trouverait le désir que l'individu incriminé paie pour son crime, que le temps en prison soit suffisamment pénible pour constituer une forme de dédommagement à la victime. D'autre part, le détenu se trouve aussi être une personne pouvant souffrir de différents maux qui mériteraient qu'on y porte attention. On peut supposer que l'affrontement de ces deux visions n'a pas seulement cours entre les gardiens et les acteurs du système de santé, mais aussi au sein de chaque individu, quel que soit son métier ou sa fonction. Existe-t-il d'ailleurs chez les soignants un seuil de tolérance aux atrocités commises, qui, lorsqu'il est atteint, emmène le soignant dans un conflit intérieur et fait basculer sa vision de soignant vers celle plus encline à la punition ? Dans cet article, les auteurs nous décrivent aussi les services pénitentiaires de Grande-Bretagne qui ont établi leur propre système de santé, employant leurs propres médecins et infirmières. Ce clivage entre le système de santé national et celui spécifique au monde carcéral, a contribué à accentuer l'image des prisonniers, qui sont aussi des patients, comme étant des êtres à part. Cela a aussi amené à une isolation des professionnels, médecins et infirmières, travaillant au sein des services pénitentiaires. En conséquence, ils ont été taxés d'un statut inférieur par leurs collègues travaillant pour le système de santé national et peut-être aussi par la population générale, quand bien même l'article n'en fasse pas mention. On peut se demander si une telle vision aurait aussi cours dans notre pays.

Les autres articles sélectionnés n'ont pas véritablement pour sujet la pénibilité, mais certains de leurs paragraphes traitent de différents éléments qui pourraient l'influencer, comme par exemple : les maladies psychiatriques graves chez les prisonniers², la dangerosité chez les détenus et les différents facteurs pouvant l'influencer³, le refus du traitement⁴, le paradoxe au sein de la prison entre la mission de punition

² Fazel S., Danesh J., *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*, The Lancet, vol. 359, pp. 545-550, 2002.

³ Senninger J.-L., *Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale*, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 37-510-A-10, 2007.

⁴ Kottler C., Gouyon J., Robbe G., Senninger J.-L., *Unités pour malades difficiles*, EMC (Elsevier, Paris), 1998.

et la fonction de soignant⁵, la différence de culture et de langage qui représente une barrière majeure au traitement⁶ ou encore le manque de personnel qui a des répercussions aussi bien sur les détenus que sur les soignants⁷.

L'autre raison nous ayant amené à aborder le sujet de la *pénibilité* du travail en milieu pénitentiaire est l'ouverture dans un avenir proche de nouvelles infrastructures pénitentiaires en Suisse Romande. Ainsi, dans la perspective d'améliorer la capacité de prise en charge des patients souffrants de troubles psychiques, il pourrait être utile de mettre en lumière les diverses difficultés auxquelles sont quotidiennement confrontées les équipes médicales. Il s'agit donc d'un sujet d'actualité, et ce, à double titre puisqu'on sait aussi que l'embauche de nouveaux collaborateurs dans ce milieu n'est pas aisée. Ce problème (rencontré à l'heure actuelle par la nouvelle structure genevoise *Curabilis*) questionne notamment l'existence d'un lien entre la pénibilité de ce travail et la difficulté à recruter du personnel.

Pour ce travail, nous avons donc fixé comme objectif premier de faire l'inventaire et de décrire les différents facteurs susceptibles d'influencer la pénibilité du travail en milieu pénitentiaire. Pour ce faire, nous procéderons au moyen d'une étude qualitative. L'objectif secondaire, quant à lui, est de tenter de créer un outil permettant d'évaluer la pénibilité d'un patient, d'une cohorte de patient ou encore d'un service, dans le but notamment de proposer un autre critère que celui du nombre de patients sur lequel se baser lors de l'allocation de ressources humaines et financières.

Finalement, signalons encore que tout au long de ce travail, nous nous sommes heurtés à la difficulté de proposer une définition claire et adéquate de la *pénibilité*. Certes, les dictionnaires sont à même de fournir d'excellentes définitions, pourtant la multiplicité de celles-ci participe à rendre cette notion difficile à appréhender. En effet, on y apprend que le caractère *pénible* conviendrait à ce qui se fait avec peine, qui exige un effort difficile, qui cause de la fatigue et de la souffrance, qui est fait de souffrances et de peines, qui est fait avec difficulté, ou encore qui affecte désagréablement l'esprit et est difficile à supporter. La nature de ce concept, aussi vaste soit-elle, est donc posée. Nous devons cependant admettre que, selon ce postulat, l'attribut *pénible* pourrait être aisément conféré à une multitude d'événements de la vie professionnelle, puisque les contours de ce concept ne sont pas clairement établis et sont, de plus, soumis à l'interprétation individuelle. Il apparaît ainsi vain et malavisé de vouloir fixer des frontières à la *pénibilité*, puisqu'elles sont en réalité établies par l'individu. Ainsi, bien que la nature de la *pénibilité* ait été explicitée aux personnes ayant participé à ce travail, la liberté d'apprécier ses limites leur a été laissée.

⁵ Watson R., Stimpson A., Hostick T., *Prison health care: a review of the literature*, International Journal of Nursing Studies (Elsevier Ltd.), 2003.

⁶ Lamberti J. S., Weisman R. L., *The mentally ill in jails and prisons: towards an integrated model of prevention*, Psychiatric Quarterly, vol. 72, 2001.

⁷ Nurse J., Woodcock P., Ormsby J., *Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study*, BMJ (Primary care), vol. 327, 2003.

III. MÉTHODOLOGIE

Les membres du personnel soignant que nous avons contactés et inclus dans cette étude, sont exclusivement des collaborateurs du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) du CHUV. Le SMPP intervient dans les infirmeries des prisons du canton de Vaud et qui fonctionnent comme des centres de consultations ambulatoires. Quatre prisons sont en activité, représentant environ 700 détenus. Les infirmeries des prisons du Bois-Mermet (hommes en Détention AJ, DAJpréventive), de La Tuilière (hommes en DAJétention préventive, et femmes soumises à tous les régimes d'incarcération) constituent le pôle du Léman ; celles des prisons de La Croisée (hommes en DAJdétention préventive) et des Etablissement de la Plaine de l'Orbe (hommes en exécution de peine) constituent le pôle d'Orbe. À ces infirmeries sont associées deux Unités de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (UPMP) : l'une est située à La Tuilière (hommes en DAJdétention préventive), l'autre aux EPO (hommes en exécution de peine). Ces deux unités fonctionnent comme des centres de traitement de jour.

Les médecins qui ont été contactés sont : le chef de service du SMPP, les deux médecins associés responsables des pôles du Léman et d'Orbe et des chefs de clinique des Etablissements de la Plaine de l'Orbe et de la prison de la Croisée.

Par souci de transparence, nous tenons à signaler que le chef de service, du SMPP se trouve aussi être le tuteur de cette étude.

Pour le personnel infirmier, nous avons contacté : l'infirmier chef de service (ICS) du SMPP, le remplaçant de l'infirmier chef d'unité de soins (ICUS) du pôle du Léman (le poste étant vacant au moment de l'étude), l'ICUS du pôle d'Orbe et trois infirmiers-ères diplômés-ées des EPO. Le choix d'inclure des infirmiers diplômés nous a paru important afin d'avoir l'avis de personnes travaillant de manière permanente au contact des détenus. Expérience...

Enfin, nous avons contacté (incluse)la psychologue adjointe, responsable de la consultation ambulatoire spécialisée dans la problématique des conduites sexuelles transgressives ou à risques transgressifs.

Nous avons envoyé à chacun d'eux un e-mail dans lequel nous leur demandions de nous accorder un entretien d'une heure environ. Un second e-mail de rappel a été envoyé aux personnes n'ayant pas répondu à notre première sollicitation. Ainsi, nous avons pu obtenir un rendez-vous avec chacun d'eux, à part deux infirmiers qui se trouvaient être en congé. Ces rencontres se déroulaient généralement sur le lieu même de leur travail, dans les prisons.

Les entretiens se déroulaient en deux parties distinctes. La première consistait en un entretien non-directif dont le sujet était la pénibilité ressentie par l'intervenant lors de son travail en milieu pénitentiaire. Les intervenants étaient encouragés à parler de leur expérience de la pénibilité, en essayant d'inclure tous ses aspects. C'est-à-dire aussi bien la pénibilité qui est relative aux détenus, que ceux la pénibilité qui est propre au travail en milieu pénitentiaire en tant que tel. L'objectif de ces entretiens non-directifs était double. Premièrement, la spontanéité des réponses nous intéressait, afin de voir à quelles pénibilités les participants pensent en premier lieu lorsque ce sujet est abordé. Deuxièmement, ces entretiens non-directifs offrent la possibilité d'obtenir de nouvelles données, de nouvelles pénibilités auxquelles nous n'aurions pas pensé. Il s'agit donc d'une manière d'enrichir notre inventaire des pénibilités rencontrées en milieu pénitentiaire.

La deuxième partie était un questionnaire qui se présente sous forme d'une liste de facteurs que nous avons créée, dont chaque entrée est un élément susceptible d'influencer la pénibilité du travail en milieu pénitentiaire. Dans un premier temps, nous avons construit cette liste à l'aide de la lecture d'articles. Voici le type de question que nous avons utilisé: « Dans votre expérience, est-ce que (la pathologie, p. ex.) peut-elle être considérée comme un élément susceptible d'influencer la pénibilité de votre travail ? » Cette première version du questionnaire a donc été soumise à tous les participants.

Par la suite, au fur et à mesure des entretiens, la liste de facteurs s'est étoffée grâce à de nouveaux facteurs cités par les participants lors de la partie non-directive des entretiens. Chacun de ces éléments a donc été inclus dans un nouveau questionnaire. J'ai alors contacté une nouvelle fois chaque participant afin de le leur soumettre. Ce questionnaire leur a été transmis, cette fois, par e-mail afin d'économiser leur temps. Un second, voire même un troisième, e-mail de rappel a été envoyé aux participants n'ayant pas répondu à la première sollicitation. Finalement, chaque participant a ainsi pu répondre à la totalité des questions.

facteurs

Dans votre expérience, (chaque élément sous-mentionné) peut-il être considéré comme un facteur susceptible d'augmenter la pénibilité de votre travail?

Les résultats ont été cotés ainsi :



Oui (cité spontanément) :

Oui :



Parfois seulement :




Non :





IV. TABLEAU DE RÉSULTATS


	Thérap. 1	Thérap. 2	Thérap. 3	Thérap. 4	Thérap. 5	Thérap. 6	Soignant 1	Soignant 2	Soignant 3	Soignant 4
Maladie psychique	✓	✓								
Toxicomanie	✓	✓		✓	✓					
Déni de la maladie	✓	✓								
Refus de soins										✓
Compliance										✓
Violence physique	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓
Violence verbale	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓
Risque suicidaire	✓	✓				✓				✓
Comportement para-suicidaires				✓				✓	✓	✓
Chronicité des tr. psychiques								✓		
Nature du délit										
Diff. à élaborer un projet de soins	✓		✓	✓	✓			✓	✓	
Faible niveau de formation du pt.										
Faible niveau de reconn. du délit		✓								
Détenu récidiviste					✓					
Amalgame syst. soins & carcéral				✓						
Absence de statut légal			✓	✓			✓			
Repli sur soi	✓	✓	✓					✓		✓
Perversion de la relation	✓	✓	✓			✓	✓			
Manipulation et emprise	✓					✓	✓		✓	
Barrière de la langue	✓		✓				✓			
Passé de violence carcérale						✓	✓			
Nécessité entretien à plusieurs										
Tendance au mensonge										
Aménagement du lieu				✓	✓					
Turn-over des équipes soignantes	✓	✓	✓	✓		✓	✓			
Phénomènes de clivage	✓	✓	✓				✓			
Patient non-demandeur de soins	✓	✓		✓	✓	✓		✓		
Faire face à l'horreur des actes						✓	✓	✓		
Empathie difficile à éprouver						✓	✓			
Divergence missions soins vs sécurité			✓		✓	✓	✓			✓
Manque de reconnaissance					✓	✓	✓			

Dans votre expérience, (chaque élément susmentionné) peut-il être considéré comme un facteur susceptible d'augmenter la pénibilité de votre travail?

Oui (cité spontanément) : 

Oui : 

Parfois seulement : 

Non : 

V. ANALYSE

Pathologie :

On remarque que presque tous les participants considèrent la pathologie des détenus comme étant un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Il aurait été intéressant de savoir quelle était la pathologie considérée comme étant la plus pénible, malheureusement, malheureusement, je n'ai pas abordé ce point dans le questionnaire que je leur ai soumis. Cependant, en consultant mes notes, j'ai constaté que plusieurs participants avaient d'eux-mêmes cité les troubles psychotiques et paranoïaques comme étant les plus pénibles. Il est important de garder à l'esprit qu'il existe possiblement un biais dû à la population que j'ai interrogée. En effet, il est probable que les réponses diffèrent selon le contexte dans lequel les soignants travaillent.

Une seule personne a déclaré que la maladie psychique n'avait pas d'influence sur la pénibilité de son travail. Elle explique que d'une pathologie précise découle souvent des manifestations caractérielles typiques de celle-ci, et qu'elle ne les considérerait en aucun cas comme étant pénibles mais plutôt comme étant des éléments susceptibles d'influencer la relation lors d'un entretien. Il est donc, selon cette personne, important d'avoir conscience de la pathologie de certains de ses patients pour pouvoir faire face au mieux aux difficultés relationnelles que l'on pourrait rencontrer lors d'un entretien avec l'un d'entre eux.

Les déclarations de cette personne amène à une réflexion intéressante. En effet, de mon point de vue, les explications avancées pourraient correspondre à l'idée que l'on se fait de la pénibilité. Cependant, cette personne réfute le caractère *pénible*. Plusieurs hypothèses permettraient d'expliquer cela.

On pourrait imaginer que le terme *pénibilité* ait une connotation négative trop importante et qu'il conduise ainsi les participants à l'impression de se plaindre de leur travail. Cela pourrait donc les amener à une certaine réticence à utiliser ce qualificatif. Il est donc possible que ce terme ne soit pas approprié et qu'un autre pourrait lui être préféré.

On pourrait aussi penser que ce participant ait une manière d'appréhender cette problématique d'une manière extrêmement positive. Cette interprétation différente constituerait en quelque sorte une manière de se protéger contre les difficultés rencontrées dans son travail.

Enfin, nous pensons que nous devrions préférer le terme *gestion de sa maladie* à celui de *pathologie*. En effet, tous les malades n'ont pas la même manière de vivre leur maladie. Il serait donc injuste et incohérent de définir un « degré de pénibilité » propre à chaque pathologie.

Addiction :

Tous les participants s'accordent à dire que l'addiction est un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Une personne déclare que la pénibilité réside dans le fait que certaines substances incriminées induisent chez le détenu un comportement qu'il décrit comme étant *mou, passif et insupportable* empêchant ainsi le soignant *d'accéder* au patient, d'échanger ou encore de partager un projet de soin avec lui. ainsi De ce fait, l En outre, là Plusieurs autres participants partagent cet avis, considérant que l'addiction induit un comportement propre aux patients toxicomanes qui nuisant à la communication et à l'élaboration commune d'un projet de soin.

Une autre personne déclare que l'addiction se trouve être une des causes amenant à la chronicité des troubles psychiatriques, et qu'elle est, en ce sens, source de pénibilité pour le soignant. En plus de l'induction de la chronicité, l'addiction serait aussi un facteur compliquant des troubles psychiatriques.

Ainsi, il serait plus compliqué de s'occuper d'un patient dépressif et alcoolique que de s'occuper de la somme d'un patient alcoolique et d'un autre dépressif.

Plusieurs participants ont aussi abordé le sujet de la fréquente demande et, soumission au , etc. de médicaments par certains détenus et de l'installation d'un doute permanent auquel les soignants doivent faire face : ce patient a-t-il réellement besoin de ces médicaments ? Va-t-il les utiliser à d'autres fins (drogue, commerce, soumission au racket, etc.) ? Un participant affirme qu'il lui est difficile de faire confiance aux détenus dans ces circonstances. Un autre déclare qu'une grande partie de l'entretien avec un psychiatre va ainsi fréquemment rester centrée sur les médicaments, malgré les efforts de ce dernier pour aborder d'autres sujets. Les psychologues, par exemple, n'étant pas prescripteur seraient aussi, n'auraient pas à faire face à ces demandes.

Les entretiens ont ainsi permis de dégager différents aspects de la toxicomanie qui seraient source de pénibilité. Premièrement, les effets de la prise aiguë de substances empêchant l'accès au patient. Deuxièmement, les effets de la dépendance qui amènent à une constante demande de médicaments pour substituer un mal être. Bien que n'ayant pas été cités lors des entretiens, nous pouvons encore signaler les symptômes de sevrage pouvant causer une importante inquiétude somatique chez les soignants. Enfin, il

Déni de la maladie :

Tous les participants, sauf un, déclarent que le déni de la maladie augmente la pénibilité de leur travail. En effet, il serait compliqué d'élaborer un projet de soin avec un patient qui ne se sait pas malade. Toutefois, il est important de nuancer ce propos. Il existerait, en effet, des patients, quand bien que peu e ambivalence „qui refusent le fait d'être malade mais qui, pourtant, viennent tous les jours prendre très ponctuellement leurs médicaments. Les patients sujets à cette ambivalence, qu'ils ne reconnaissent pas, auraient une pénibilité bien moindre.

La personne qui déclare qu'il ne s'agit pas d'un élément pénible, considère que le déni de la maladie pourrait n'être qu'une étape dans l'évolution de l'état d'esprit du patient. Le déni ne serait donc qu'une composante de la maladie sur laquelle l'attention du thérapeute doit se porter. Le déni de la maladie ne saurait ainsi être considéré comme pénible.

Les propos de ce participant sont particulièrement intéressants. En effet, le fait de rationaliser ainsi le déni, de vouloir lui donner un sens, permet probablement à la *pénibilité* de disparaître ou, du moins, d'être canalisée. Il me paraît intéressant enfin de signaler que ce participant n'est pas le même que celui qui considérerait la *Maladie psychique* comme étant un élément n'ayant pas d'influence sur la pénibilité de son travail.

Refus de soins :

La totalité des participants déclarent que le refus de soins est un élément qui augmente la pénibilité de leur travail. -thérapeute thérapeute Plusieurs participants expliquent que le refus de soins amène ainsi souvent les soignants à une remise en question de leur rôle et du comportement à adopter face à cette situation. En effet, comment soigner un patient qui refuse de l'être ? Et que refuse-t-il ? Un médicament ? Une thérapie ? Doit-on respecter à tout prix ce souhait ou, au contraire, essayer de tout mettre en œuvre pour le convaincre que se soigner pourrait lui être bénéfique ? Peut-on faire un lien entre le refus de traitement et le déni de la maladie ?

Travailler contre l'envie d'un patient représenterait un obstacle à la tâche du soignant. Il peut ainsi devenir compliqué de savoir quelle attitude adopter afin d'être bénéfique au patient. Pour un patient schizophrène refusant d'être traité, les soignants seraient particulièrement proactifs dans le but afin qu'il accepte un traitement, car ils savent que celui-ci pourrait lui être particulièrement bénéfique. Une part importante du travail du soignant consisterait ainsi à *créer du lien* avec le patient.

îdénigrent, Pour une personne avec un trouble de la personnalité narcissique refusant les soins et pouvant parfois être extrêmement dénigrante et insultante, les soignants seraient plutôt enclins à la revoir quelques fois dans l'année afin de voir si elle est moins réfractaire à un traitement. En effet, dans ce type de situation, la médication n'est pas au centre de la problématique et il est probablement moins urgent ou moins prioritaire de prendre en charge ce type de trouble rapidement. La pénibilité s'en trouverait donc amoindrie.

Dans le cadre d'une indication légale de traitement, le facteur temps étant d'une importance moindre par rapport à l'indication médicale, il conviendrait d'adopter une attitude plus attentiste en suscitant par exemple des interrogations chez le patient.

En conclusion, nous pouvons constater que l'attitude des soignants face au refus de soin est différente selon la pathologie du patient ou encore selon la présence d'une indication médicale ou légale. (Il me semble que je n'aborde pas clairement le sujet de la pénibilité concernant cet item. Peut-être y a-t-il trop de digressions. Qu'en penses-tu ?)

Compliance :

avecDeux tiers des participants déclarent que la compliance médicamenteuse est un élément augmentant la pénibilité de leur travail, alors qu'un tiers considèrent que cela l'augmente parfois seulement. Les raisons avancées sont relativement similaires à celles concernant le refus de traitement, avec cependant une légère nuance. En effet, la compliance médicamenteuse d'un patient peut être difficile à évaluer, laissant le soignant dans une constante incertitude, alors que le refus de traitement est généralement plus clairement annoncé par le patient. Cette permanente incertitudeeta entvécusd'une part ,l'impression qui, et d'autre partserait une source importante de la pénibilité relative à la compliance. Enfin, notons qu'il serait tout autant difficile d'évaluer la compliance des patients, que de tenter de l'améliorer.

Violence physique et verbale :

Signalons tout d'abord que nous avons considéré trois différents types de violence: physique, verbale et psychologique. Dans ce chapitre, les deux premiers types sont abordés. La violence psychologique est intégrée dans les thèmes *Perversion de la relation* et *Manipulation et emprise*. éNotons encore que ces thèmes abordent la violence *actuelle*, telle qu'elle est vécue ou ressentie par les soignants. La violence *passée*, relative aux antécédents des patients, est abordée dans le thème *Passé de violence carcérale*.

La quasi-totalité des participants déclarent que la violence, physique ou verbale, est un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Seule une personne déclare que la violence physique est un élément qui augmente, parfois seulement, la pénibilité de son travail. En effet, elle dit y être peu souvent confrontée, et se sentir relativement en sécurité durant son travail grâce à la proximité des gardiens, ainsi qu'au bouton d'alarme présent dans les salles d'entretien.

Il est intéressant de remarquer que lors de la première partie de l'entretien (non-directif), huit participants sur dix ont spontanément cité la violence, physique ou verbale, comme étant un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Cela fait donc de la violence le thème le plus cité par les participants. Plusieurs hypothèses permettraient d'expliquer ce résultat. Tout d'abord, on pourrait imaginer que la violence soit un élément auquel les soignants sont particulièrement souvent confrontés. On pourrait aussi penser que la violence soit un facteur qui augmente de manière importante la pénibilité ressentie par les soignants, et notamment cela supposerait donc que chaque thème présenté dans cette étude aurait un degré d'influence différent sur la pénibilité. Il est aussi tout à fait possible que le facteur *violence* ne soit pas le plus fréquent ni le plus pénible, mais qu'il soit inconsciemment un sujet qui vienne rapidement à l'esprit lorsqu'on évoque la pénibilité. Signalons encore qu'aucun participant n'a désigné la violence comme étant le facteur ayant la plus grande influence sur la pénibilité de son travail.

Suicidalité :

Presque tous les participants déclarent que la suicidalité est un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Seule une personne déclare que la suicidalité n'augmente pas la pénibilité de son travail.

Les participants décrivent "une préoccupation ou une tension constante pour le soignant" ou encore "une confrontation à une forme d'échec". Plusieurs d'entre eux ont aussi cité les craintes médico-légales et les conséquences qu'un tel acte pourrait avoir sur la vie du thérapeute.

La personne qui déclare que la suicidalité n'est pas un élément augmentant la pénibilité de son travail considère que ce risque qu'il s'agit d'une difficulté importante, mais qui est constitutionnelle de son travail et qu'il faut donc apprendre à accepter et à gérer. Une nouvelle fois, on peut se demander si chez cette personne se situe un mécanisme de défense contre les répercussions qu'un tel acte, pourrait avoir sur un individu ou si sa réponse a été influencée par une possible connotation négative du terme *pénibilité*.

Para-suicidalité :

La quasi-totalité des participants considèrent que la para-suicidalité est un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Seule une personne déclare qu'il ne s'agit que d'un élément qui augmente, parfois seulement, la pénibilité de son travail.

La pénibilité résulterait notamment de la difficulté de devoir faire face à des affects morbides. Il est toutefois important de signaler qu'un certain nombre de participants médecins a déclaré que le personnel infirmier était beaucoup plus souvent confronté à cette problématique.

Chronicité :

Huit participants sur dix s'accordent à dire que la chronicité est un facteur qui augmente la pénibilité de leur travail. Seules deux personnes déclarent qu'il s'agit d'un élément qui n'augmente pas la pénibilité de leur travail.

svntî

Plusieurs participants décrivent la difficulté de devoir faire face à la fréquente fragilité des améliorations faites par les patients. Certains déclarent que le fait de voir leur patient échouer dans le processus thérapeutique peut parfois aussi être le témoin de leur propre échec. Certains annoncent que cela les amène à rester humble face à la maladie psychiatrique.

Un participant a déclaré qu'il pouvait aussi parfois s'installer une certaine lassitude à s'occuper de certains patients dont l'état ne s'améliore pas, malgré tous les efforts fournis.

Type de délit :

Une petite majorité des participants a déclaré que le type de délit pour lequel les détenus sont incarcérés était un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Quatre participants sur dix considèrent que ce n'est pas le cas.

îû-s,Les participants ont souvent cité les crimes pédophiles comme étant les plus pénibles car ce sont ceux que la morale condamnerait le plus fermement et qui seraient ainsi considérés comme étant les plus abjects.

Difficulté à élaborer un projet de soins :

Tous les participants ont déclaré que la difficulté à élaborer un projet de soins avec un patient est un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Les participants nuancent cependant leurs propos en précisant qu'il ne s'agirait pas d'une pénibilité notamment non-reconnaissance eten tant que telle, mais plutôt d'un élément qui résulterait de diverses pénibilités. Ainsi, la difficulté à élaborer un projet de soins ne serait donc pas une cause de pénibilité, mais une conséquence.

Faible niveau de formation :

La moitié des participants considèrent que c'est un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Ils déclarent qu'il est parfois difficile de devoir travailler avec patient ne disposant pas des ressources nécessaires à la compréhension du soin ou de la thérapie en cours.

L'autre moitié affirme qu'un faible niveau de formation n'augmenterait pas la pénibilité de leur travail. Ils donnent notamment l'exemple de détenus "en col-blanc", donc à priori de niveau de formation relativement élevé, qui pourraient parfois être particulièrement procéduriers et pénibles.

le fait d'être mal adapté au monde carcéral peut certes entraver le projet de soins mais qu'il ne s'agit pas d'une pénibilité. Il considère cet élément comme un défi, une richesse de son travail. Une autre personne explique qu'il existe des patients qui, du fait de leur maladie psychiatrique, ont des facultés d'adaptation restreintes, ce qui les rend particulièrement inadaptés au milieu carcéral.

Faible niveau de rDéni de la faute commise :

Neuf participants sur dix s'accordent à dire que le déni de la faute commise serait un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Le déni dans constituerait notamment un frein à tout travail psychothérapeutique.

Bien que n'ayant pas prévu de système permettant de *quantifier* la pénibilité, les entretiens et les discussions avec les différents participants me permettent de dire qu'il s'agit d'un facteur ayant une influence peu prépondérante sur la pénibilité. Détenu récidiviste

La moitié des participants affirment que cet élément n'a aucune influence sur la pénibilité de leur travail, alors que trois autres participants considèrent qu'après de multiples incarcérations leur rôle de soignant est questionné, pouvant parfois les amener à un sentiment de découragement. En effet, certains d'entre eux avancent que chacun souhaite être utile et bon dans son travail et qu'être confronté à un patient ayant récidivé revient à faire face à son propre échec. Les deux derniers participants déclarent qu'il s'agit d'un facteur augmentant, parfois seulement, la pénibilité de leur travail.

Amalgame entre système de soins et système carcéral :

et les thérapeutes Tous les participants, sauf un, s'accordent à dire qu'il s'agit d'un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Beaucoup de participants s'accordent à dire qu'il est pénible d'être confondu et associé à un système qui ne relève pas du soin. De plus, cet amalgame aurait pour effet de parasiter les relations entre les détenus et les membres du personnel de santé.

Notons cependant, qu'il s'agit d'une pénibilité , une, peuvent avoir etc). dont le patient-détenu n'est pas responsable et qui ne lui est donc pas inhérente.

Sans papier :

Tous les participants, sauf un, déclarent qu'il s'agit d'un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Plusieurs d'entre eux affirment qu'une partie importante de la pénibilité relative aux sans-papiers réside dans la barrière de la langue, thème que nous abordons dans la suite de ce travail. Certains déclarent que le fait qu'ils viennent d'une autre culture, qu'ils n'adhèrent pas forcément à la médecine occidentale, rend leur travail plus difficile. Certains participants reportent que la pénibilité , En outre, aussi de s'occuper des sans-papiers résiderait notamment dans le fait de savoir qu'une fois sortis de prison, ces personnes ne seraient plus en mesure ou ne voudraient plus suivre le traitement qui a été commencé. Il en résulte parfois un sentiment de frustration, voire même une impression d'être inutile à ces patients.

Malgré les difficultés rencontrées avec ces patients, plusieurs participants porte un regard intéressant sur ces situations. Un participant a par exemple relevé, é que "le fait d'être incarcéré permettait à ces

personnes d'obtenir un nom, une possibilité d'être traité. Il s'agirait d'un mieux par rapport à la case *errance* du sans-papier." Il considère ainsi cet élément comme étant constitutif de son travail et non comme une source de pénibilité.

Un autre déclare que certains sans-papiers sont tellement marginalisés et en situation de précarité sociale extrême que la prison représente une réelle amélioration de leurs conditions de vie. Ils y sont en effet nourris, logés, blanchis et ont la possibilité de pouvoir travailler et d'envoyer ainsi un peu d'argent à leur famille restée au pays.

Une autre personne déclare encore qu'il est émotionnellement difficile de constater que certains d'entre eux ont un vécu proprement horrible voire insupportable alors que les faits qui les ont conduits en prison sont relativement minimes Il décrit le sentiment d'être témoin d'une situation fondamentalement injuste dont se dégage une empathie immense et une envie de s'investir alors qu'il est impossible de construire un projet qui puisse tenir la route pour ces personnes. Il déclare qu'il est aussi pénible émotionnellement d'avoir la quasi-certitude de revoir un jour en prison ces personnes aux perspectives restreintes.

Repli sur soi :

La plupart des participants déclarent qu'il s'agit d'un élément augmentant la pénibilité de leur travail. àe. De ce fait, cela inciterait ainsi avoir ,Certains expliquent qu'il est très difficile d'entrer en contact avec un détenu se repliant sur lui-même et qu'il est donc relativement impossible de pouvoir élaborer un projet de soins en collaboration avec lui. Les soignants se trouveraient parfois désarmés face à cette situation.

Un participant déclare que le mutisme d'un patient peut être considéré comme une forme de violence pourraient, de protestation contre sa condition.

Après discussion avec les tuteurs de cette étude, nous sommes arrivés à la conclusion que ce thème avait des similitudes avec celui du *Refus de soins* et qu'ils pourraient ainsi n'en former qu'un seul et unique. En effet, il s'agit là aussi de travailler contre l'envie du patient. Un processus contraire à celui dont le soignant a l'habitude, pour lequel il est nécessaire de développer des stratégies afin de pouvoir apporter du soin.

Violence psychologique , manipulation et emprise):

La violence psychologique est intégrée dans les items *Perversion de la relation* et *Manipulation et emprise*. à cela et, etc La totalité des participants déclare que la violence psychologique est un élément augmentant la pénibilité de leur travail. a d'ailleurs été cité à son propos Encore une fois, bien que n'ayant prévu aucun système permettant de quantifier la pénibilité, il est important de signaler que les entretiens et les discussions avec les différents participants me permettent d'affirmer que la violence psychologique est une source de pénibilité majeure. L'absence d'un système de "cotation de la pénibilité" représente certainement une limite de cette étude. Cette lacune a cependant permis de mettre en lumière qu'il existe bel et bien plusieurs niveaux de pénibilité et que chaque thème présenté dans cette étude a un degré d'influence différent sur celle-ci.

N'étant encore qu'un simple étudiant en médecine avec une vision relativement naïve du milieu pénitentiaire, la violence psychologique représentait à mes yeux un concept relativement obscur et difficile à appréhender. Les participants m'ont alors décrit "une forme de violence aux barrières beaucoup plus floues que celles de la violence physique ou verbale", "une perte de contrôle de la relation", "une inversion des rôles", "l'impression de s'être fait mettre le grappin dessus", "un sentiment de devenir le jouet ou la marionnette du patient", "une violence qui vous prive de votre pensée", "une obligation de devoir constamment se justifier par rapport aux modalités d'entretien" ou encore "l'extrême difficulté de savoir si un patient a réellement progressé dans le cadre de sa thérapie ou s'il tient des propos destinés à le faire croire". Les participants ont aussi mis l'accent sur le fait que le thérapeute qui en est l'objet n'en a souvent pas conscience, ou trop tardivement. Il serait aussi particulièrement difficile d'y mettre fin. Un des moyens de tenter de canaliser cette violence serait de mener les entretiens à plusieurs.

Langue :

s'exprimenten dans Par conséquent, il Neuf participants sur dix affirment qu'il s'agit d'un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Le participant considérant que ce n'est pas le cas, déclare que la barrière de la langue ajoute certes des difficultés à son travail, mais que ce n'est pas pour autant une source de pénibilité.

Notons aussi que la pénibilité relative à la différence de comme étant langue est d'ordre technique et non émotionnelle. é

Passé de violence carcérale :

Je m'étais demandé si les soignants pouvaient redouter ou craindre un patient avant même de l'avoir vu, à la seule lecture de son dossier contenant des antécédents de violences à l'encontre de membres du personnel médical, de personnels pénitentiaires ou d'autres détenus.

Seule la moitié des participants considère que le passé de violence carcérale est un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Une personne déclare qu'il ne s'agit pas d'un facteur augmentant la pénibilité de son travail et quatre autres considèrent qu'il s'agit d'un élément l'augmentant parfois seulement.

ainsi, amené. La violence serait un élément parasitant la pensée, faisant jaillir des aspects émotionnels forts, tels la peur ou l'inquiétude, qui peuvent faire barrage à la pensée logique et cohérente. Être soignant consisterait donc à neutraliser ou à canaliser cette violence afin de pouvoir retrouver sa capacité à penser et son bon sens. En plus de pouvoir générer des émotions intenses pouvant parasiter la pensée, la consultation des antécédents de violences conduirait à un processus d'évaluation du *risque* dont le but serait de pouvoir apprécier au mieux le *danger* auquel le soignant pourrait avoir à faire face et de pouvoir y apporter des solutions d'ordre sécuritaire. Certes, il existe déjà en milieu pénitentiaire pléthore de mesures sécuritaires *passives* telles que les barbelés, les miradors, les murs, les barreaux, les portiques de sécurité, etc. Cependant, en plus de celles-ci, le médecin se doit de mettre en place la sécurité que l'on pourrait qualifier d'*active*, comme la présence d'un ou plusieurs surveillants lors de l'entretien, par exemple. (Donner encore d'autres exemples de sécurité active). La source de la pénibilité relative au passé de violence carcérale résiderait donc non seulement dans le travail de "métabolisation" de la violence, mais aussi dans l'aménagement sécuritaire de la prise en charge qui est fonction de l'estimation du *risque*.

Nécessité de mener un entretien à plusieurs :

avant ainsi tant. De plus, la co-thérapie permet Six participants sur dix déclarent qu'il s'agit d'un élément n'augmentant pas la pénibilité de leur travail. Les quatre autres sont d'avis contraire. Tous, cependant, considèrent qu'il s'agirait plutôt d'une réponse des soignants à certaines qu'ils ent régulièrement..

Mener un entretien à plusieurs serait ainsi une manière efficace de juguler la violence psychologique exercée par certains patients. Par exemple, dans le cas d'un patient narcissique ayant le pouvoir de "pomper" l'autre pour se nourrir lui-même ou encore d'obtenir des renseignements à l'insu de son interlocuteur pour pouvoir ensuite les retourner contre ce dernier, le fait de pouvoir bénéficier de l'appui d'une autre personne durant un entretien permettrait en quelque sorte de diviser la pénibilité par deux, ou du moins de réduire le temps dont on est la cible de cette violence. Cette violence étant par nature difficilement dirigée contre deux personnes en même temps, l'intervenant momentanément épargné peut alors jouer un rôle de "surveillant" de l'entretien afin d'être attentif à ce que son collègue ne soit pas progressivement pris dans l'engrenage sournois de cette violence.

De plus, l'organisation des entretiens pour ces patients nécessitant régulièrement la présence d'un deuxième soignant représenterait une source de pénibilité technique. Cette difficulté aurait aussi un impact négatif évident sur la régularité du suivi de ces patients.

Mensonge :

est que Neuf participants sur dix considèrent qu'il ne s'agit pas d'un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Plus que le mensonge, les participants expliquent qu'ils ont surtout abordé la problématique de la confiance. La plupart considèrent un soignant en psychiatrie devrait apprendre à ne pas être déçu si sa confiance en un patient est brisée. Il serait important d'être capable de travailler avec cette incertitude.

Aménagement du lieu :

Cet item a été suggéré par un participant qui suggérerait que l'environnement carcéral pouvait avoir un impact sur la pénibilité ressentie par les soignants. Il regrettait notamment l'existence de différences dans l'aménagement entre les salles d'entretien en prison et celles des hôpitaux psychiatriques. Selon lui, le bureau situé entre les deux interlocuteurs en prison n'inciterait par exemple pas le patient à se confier et serait ainsi potentiellement nuisible à la relation médecin-patient.

Cinq participants sur dix déclarent que *l'Aménagement du lieu* n'est pas un facteur augmentant la pénibilité de leur travail, quatre considèrent que c'est le cas et un seul qu'il s'agit d'un facteur augmentant parfois seulement la pénibilité de son travail.

Au contraire de la personne citée précédemment, un participant affirme se sentir plus en sécurité avec un meuble placé entre lui et le patient. Certains participants considèrent en revanche que les stigmates de la prison, comme les barreaux aux fenêtres, que l'on peut voir dans une salle d'entretien ou dans une unité psychiatrique, contribuent au fait que les détenus font parfois l'amalgame entre le système carcéral et le système de soin situé en son sein et seraient donc ainsi susceptibles de parasiter les relations avec les soignants. Néanmoins, ces participants les considèrent comme étant nécessaires à leur sécurité et par conséquent leur souhait ne serait pas de les supprimer mais plutôt de les limiter, ou du moins, de les rendre moins ostensibles.

Encore une fois, il s'agit d'une pénibilité qui n'est pas attribuable aux patients. On remarque cependant que l'environnement carcéral peut avoir un impact sur la pénibilité ressentie par les soignants. En outre,

signalons encore que la plupart concèdent qu'ils peuvent se sentir *immergés* dans un stress diffus quotidien en prison, malgré l'habitude d'y travailler.

Fluctuation des équipes soignantes :

urablement y yTous les participants déclarent que ce phénomène augmente la pénibilité de leur travail. et l notamment entretient concernant. que maîtrisée ce. Par conséquent, les participants sont amenés à considérer ce facteur comme étant une source de pénibilité. Ils affirment que la transmission du flux d'information serait une tâche déjà difficile à réaliser vingt-quatre heures sur vingt-quatre, mais qu'y ajouter un important turn-over des équipes soignantes, et plus particulièrement infirmières, rend leur travail pénible. Certains d'entre eux avancent que ce turn-over pourrait être la conséquence de nombreuses pénibilités rencontrées dans le travail en milieu carcéral. Il me paraît encore intéressant de noter que le temps moyen que passerait un infirmier à travailler en milieu pénitentiaire serait d'environ (trois?) ans. (comparaison avec d'autres services psy ou somatique?).

Phénomènes de clivage intra ou inter équipes :

Le clivage est un mécanisme de défense fréquent qui consiste en une relative incapacité de percevoir en même temps des caractéristiques positives et négatives d'une personne. Il s'agit en somme d'une pensée dichotomique. Certains détenus sont fréquemment à l'origine de ces phénomènes de clivages, qui ont pour conséquence l'apparition chez les soignants de visions contradictoires à leurs sujets. Lorsque ces phénomènes se produisent au sein d'une équipe, il peut ainsi en résulter des tensions qui naissent de l'affrontement de ces visions qui s'opposent. Huit participants sur dix déclarent que les phénomènes de clivage au sein des équipes augmentent la pénibilité de leur travail, deux autres considèrent que ce n'est pas le cas. La pénibilité proviendrait notamment du sentiment d'être incompris par son ou ses collègue(s). L'impression qu'un collègue n'a pas su voir ce qui semblait pourtant évident aux yeux d'un autre peut aussi être source de conflit et donc de pénibilité. La confusion, la frustration et les difficultés relationnelles entre collègues occasionnées par ces phénomènes de clivages sont les raisons qui ont amené les participants à considérer cet item comme étant une source de pénibilité. Signalons encore que la supervision et l'inter-vision permettraient de juguler cette pénibilité.

Patient non-demandeur de soins : Tous les patients considèrent qu'il s'agit d'un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Plusieurs participants déclarent qu'une proportion importante des détenus se trouvant sous mesure pénale d'obligation de traitement sont réfractaires aux différentes mesures de soins, et qu'il est donc particulièrement pénible de s'occuper d'eux. Certains signalent toutefois que le comportement inverse existe aussi, c'est-à-dire des détenus particulièrement motivés à suivre leur traitement et leur thérapie afin d'être libéré dans des délais plus brefs. Après discussion avec les tuteurs de cette étude et au vu de la relative similarité avec les thèmes *Refus de soins* et *Repli sur soi*, nous arrivons à la conclusion que nous pourrions faire un seul et même thème sur le fait de devoir travailler contre l'envie du patient.

Faire face à l'horreur des actes commis :

ayant commis représenter une épreuve pénible Cinq participants considèrent qu'il s'agit d'un facteur augmentant la pénibilité de leur travail. Quatre autres déclarent que cela l'augmente parfois seulement et un seul affirme qu'il ne s'agit pas d'une pénibilité.

Plusieurs participants affirment qu'il ne serait pas simple particulièrement de devoir travailler avec un patient ayant commis des actes qui vous révulse. Cette pénibilité émotionnelle Cet important travail à faire sur soi serait à l'origine de la pénibilité. Un participant non-médecin déclare que les infirmiers, qui n'auraient pas l'obligation de consulter le dossier du patient, ne subissent cette pénibilité que s'ils ont choisi de connaître les raisons d'incarcération des détenus. Il ne s'agit donc pas, selon lui, d'un élément influençant la pénibilité de son travail. „Il signale toutefois qu'il doit s'agir d'une pénibilité extrême pour les psychiatres. Cependant, on pourrait aussi penser que du fait de leur position, étant régulièrement au contact des patients, les infirmiers ne peuvent ignorer les actes commis par un patient.

Empathie difficile à construire :

Cinq participants considèrent qu'il s'agit d'un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Trois autres déclarent que cela l'augmente parfois seulement. Les deux derniers affirment qu'il ne s'agit pas d'une pénibilité.

Un participant déclare que l'empathie difficile à construire résulterait surtout des comportements antisociaux et de la violence verbale de certains patients. Ils génèreraient ainsi des contre-attitudes chez le soignant et l'amèneraient à se questionner sur la nécessité d'être empathique dans ce cadre-là.

Disparité des objectifs entre équipe soignante et gardiens :

de de uqui divergent et qui, par conséquent, sont Cinq participants déclarent qu'il s'agit d'un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Un seul considère qu'il s'agit d'un élément l'augmentant parfois seulement. Plusieurs participants pointent du doigt la complexité d'un travail interdisciplinaire dont les différentes prérogatives ne se recouperaient pas forcément. Ainsi, bien qu'étant nécessaire, la logique sécuritaire sied parfois mal à celle des soins. Un participant déclare notamment qu'il lui a été difficile de

réaliser qu'un surveillant avait le *pouvoir* d'apaiser une situation ou de la faire flamber. Un autre affirme que la simple présence de gardien lors d'un entretien pouvait causer une hausse de l'agressivité d'un patient envers le soignant. Synchroniser la prise en charge des soins avec l'aspect sécuritaire serait ainsi une tâche à l'équilibre subtil.

Manque de reconnaissance :

Sept participants affirment que qu'il s'agit d'un élément augmentant la pénibilité de leur travail. Deux autres déclarent que cela l'augmente parfois seulement. Un autre participant non-médecin déclare qu'il ne s'agit plus d'un élément influençant la pénibilité du travail de nos infirmiers relativement récemment ainsi que, beaucoup de travail ayant été fait en ce sens-là ces dernières années (augmentation d'une classe salariale, priorité pour obtenir des intérimaires, rencontre avec les politiques, etc.). Il signale cependant que cela n'a pas été le cas pour les psychiatres et que cela doit donc constituer une source de pénibilité pour eux.

Certains participants médecins déclarent qu'il est particulier d'être parfois décriés (terme à améliorer) par la presse, l'opinion publique ou même par leurs collègues, milieu carcéralsomaticiens, alors qu'ils sont les premiers appelés par ces mêmes personnes lorsque ceux-ci ont affaire à un "cas psychiatrique".

Certains regrettent aussi que l'opinion publique puisse parfois considérer qu'il serait plus noble de travailler dans le service de pédiatrie, par exemple, que dans le service de psychiatrie pénitentiaire.

VI. SÉLECTION DES THÈMES

La revue de la littérature, les discussions avec les tuteurs de cette étude et les entretiens avec les participants ont permis de dégager trente-deux facteurs relatifs à la pénibilité. Lors de ces étapes, il était important d'être aussi exhaustif que possible afin d'avoir un aperçu des plus complets du spectre de la pénibilité. , ces facteurs inhérenteCependant, un des objectifs premiers de cette étude était la mise en place d'un outil pratique permettant de quantifier la pénibilité. Dans ce but, nous ne pouvons pas nous permettre de conserver la totalité des trente-trois thèmes. facteursfacteursitétree. Les différents moyens que nous avons utilisés sont les suivants: Afin d'opérer une sélection cohérente, plusieurs possibilités s'offrent à nous:

- Écarter les facteurs ayant obtenu la cote "L'élément n'augmente pas la pénibilité de mon travail" par au moins trente pour-cent (arbitraire!) des participants
- Écarter les facteurs ayant obtenu la cote "L'élément augmente, parfois seulement, la pénibilité de mon travail" par au moins cinquante (arbitraire!) pour-cent des participants
- Écarter les facteurs auxquels les participants avaient l'air d'accorder une moindre importance
- Renommer ou écarter les facteurs trop difficiles à quantifier
- Différencier les facteurs relatifs aux patients et ceux qui ne le sont pas (relatifs à l'environnement, etc.)

Facteurs ayant obtenu la cote "L'élément n'augmente pas la pénibilité de mon travail" par au moins trente pour-cent des participants:

Nature du délit, Faible niveau de formation du patient, Patient récidiviste, Nécessité de mener un entretien à plusieurs, Tendance au mensonge, Aménagement du lieu.

Nous avons décidé d'éliminer les thèmes suivants: *Faible niveau de formation du patient, Patient récidiviste, Tendance au mensonge* et *Aménagement du cadre*.

Les facteurs *Nature du délit* et *Nécessité de mener un entretien à plusieurs* n'ont pas été conservés. Nous nous en sommes cependant inspirés pour la création de l'outil que nous détaillons dans le chapitre suivant.

Facteurs ayant obtenu la cote "L'élément augmente, parfois seulement, la pénibilité de mon travail" par au moins cinquante pour-cent des participants:

Aucun facteur ne remplit ce critère. Néanmoins, les facteurs *Empathie difficile à éprouver* et *Passé de violence carcérale* ont suscité des réponses si disparates qu'ils seraient susceptibles d'être écartés.

Nous avons cependant choisi de conserver le facteur *Passé de violence carcérale*. Les raisons de ce choix sont expliquées dans le prochain chapitre.

Le facteur *Empathie difficile à éprouver* n'a pas été retenu mais a servi d'inspiration pour la création d'un nouveau thème que nous présentons dans le chapitre suivant.

Facteurs auxquels les participants avaient l'air d'accorder une moindre importance:

Déni de la faute commise et *Difficulté à élaborer un projet de soins*.

Nous avons décidé de ne pas inclure ces deux facteurs.

Facteurs difficiles à quantifier:

Pour être quantifiable de manière cohérente, le facteur de la *Compliance* thérapeutique est un élément qui devrait être pondérable. En effet, la compliance a un degré d'importance clinique qui peut varier selon le type de médicaments pris par les patients. On imagine aisément qu'on ne peut pas "noter" de la même manière un patient ne prenant pas ses antipsychotiques et un autre ne prenant pas ses somnifères. Dans ce but, nous proposons le thème *Dispositif thérapeutique* que nous détaillons dans le chapitre suivant.

Facteurs à renommer:

Gestion de la maladie (anciennement: *Maladie psychique*), *Gestion de l'addiction* (anciennement: *Toxicologie*), *Dispositif d'aide à la compliance* (anciennement: *Compliance*), *Dispositif thérapeutique* (anciennement: *Nécessité de mener un entretien à plusieurs*), *Gestion des contre-attitudes* (anciennement: *Faire face à l'horreur des actes commis* et *Empathie difficile à éprouver*).

Facteurs relatifs à l'environnement sur lesquels les patients n'ont pas d'influence:

Aménagement du lieu, *Turn-over important des équipes soignantes*, *Divergences entre la mission de soins et la mission sécuritaire*, *Manque de reconnaissance*.

Il est probable qu'aucun de ces facteurs ne soit retenu lors de l'élaboration de l'outil de mesure de la pénibilité. En effet, pour la création de celui-ci, nous nous sommes focalisés sur la pénibilité inhérente au patient et non pas sur celle relative à l'environnement. Ces différents facteurs ne sont pour autant pas sans intérêt. En effet, il était important de présenter le panel le plus large et le plus complet possible de la pénibilité ressentie par les soignants travaillant en milieu pénitentiaire. De plus, il nous a paru essentiel de mettre en lumière ces différentes causes de pénibilité qui pourraient faire l'objet d'une autre étude dans l'optique de la construction future de nouveaux établissements pénitentiaires.

VII. ÉLABORATION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PÉNIBILITÉ

Afin de proposer un outil qui soit pratique et succinct, nous avons choisi de restreindre le nombre de catégories à quatre: "*Maladie*", "*Prise en charge*", "*Comportements à risque*" et "*Personnalité*".

Les douze facteurs que nous avons retenus sont répartis dans ces quatre catégories. Chacun d'eux est détaillé plus bas.

- "Maladie" :**
- Phase aigüe de la maladie psychique
 - Gestion des aspects chroniques de la m. psychique
 - Gestion de l'addiction
 - Gestion de la maladie somatique
 - Risque suicidaire
- "Prise en charge" :**
- Dispositif d'aide à la compliance
 - Dispositif thérapeutique
- "Comportements à risque" :**
- Antécédents de violence intra-carcérale
 - Impulsivité
 - Comportements para-suicidaires
- "Personnalité" :**
- Faculté à générer des contre-attitudes
 - Faculté à générer des clivages au sein de l'équipe

Dans la catégorie "*I. Maladie*":

Nous proposons le thème *Phase aigüe de la maladie psychique* qui devrait permettre d'évaluer la pénibilité générée par la symptomatologie active de la maladie psychique comme, par exemple, la décompensation aigüe, les hallucinations, l'humeur dépressive, etc. Comme expliqué précédemment, nous ne souhaitons pas donner une "note de score de pénibilité" propre à chaque pathologie mais plutôt quantifier la lourdeur des symptômes actifs que chacune peut générer.

Le thème *Gestion des aspects chroniques de la maladie psychique* devrait permettre d'évaluer le degré d'autonomie d'un patient face à une affection psychique et de définir ainsi le niveau d'aide qu'il requiert.

Le thème *Gestion de l'addiction* devrait permettre d'évaluer le rapport d'un toxicomane à son addiction d'une manière que nous souhaiterions non-stigmatisante.

Nous avons aussi ajouté un thème qui n'était étonnamment pas apparu lors des entretiens et auquel nous n'avons pensé que tardivement: la *Gestion de la maladie somatique*. Nous avons eu l'idée de faire figurer dans cet outil un thème permettant de quantifier la pénibilité d'un éventuel accompagnement de maladie somatique, comme chez un patient atteint d'un diabète, par exemple.

Enfin, nous allons utiliser de l'*Évaluation du potentiel suicidaire (R.U.D.)* comme modèle afin d'évaluer la pénibilité relative au *Risque suicidaire*.

Dans la catégorie "II. Prise en charge":

Le thème *Dispositif d'aide à la compliance* devrait permettre d'évaluer la pénibilité générée par la charge de travail nécessaire pour atteindre ou se rapprocher de l'adhésion thérapeutique souhaitée par les soignants.

Le thème *Dispositif thérapeutique* devrait permettre d'évaluer la pénibilité des modalités d'entretien, comme par exemple la nécessité d'augmenter la fréquence du suivi ou encore la nécessité de faire l'entretien avec un deuxième psychiatre, un/e infirmier/ère ou un surveillant. Signalons aussi que la violence psychologique, comme la perversion, la manipulation ou encore l'emprise, peuvent avoir une influence sur le *Dispositif thérapeutique*.

Dans la catégorie "III. Comportements à risque":

Le thème *Antécédents de violence intra-carcérale* provient du thème initial *Passé de violence carcérale*. Bien que les avis des participants divergeaient au sujet du caractère pénible de ce facteur, nous avons estimé qu'il était tout de même souhaitable de faire figurer dans cet outil un thème prenant en compte la violence hétéro-agressive antérieure d'un patient. Le fait que l'échelle *The Historical Clinical Risk Management 20 items scale (HCR-20)* prenne aussi en compte l'histoire du patient et plus particulièrement la *Violence antérieure (item H1)* nous a conforté dans l'idée que nous devons inclure ce facteur.

Le thème *Impulsivité* est un regard sur la pénibilité relative aux difficultés du patient à contrôler son comportement (irritabilité, agressivité, menaces, violence verbale ou physique, etc.).

Le thème *Comportements para-suicidaires* devrait permettre d'évaluer la pénibilité relative aux actes auto-agressifs (selon leur fréquence et leur sévérité).

Enfin, signalons encore que nous pensions intégrer un thème supplémentaire intitulé *Violence lors du délit*, dérivé du thème initial *Nature du délit*. Cependant, après discussion avec les tuteurs de cette étude, nous avons estimé qu'il serait extrêmement compliqué de constituer une échelle permettant de graduer le degré de violence présent lors d'un délit ou d'attribuer un degré de pénibilité propre à chaque délit. Nous avons donc décidé de ne pas inclure ce facteur dans cet outil, ou du moins, pas sous cette forme. En effet, nous avons pensé qu'il était tout de même important pour les soignants de ne pas perdre de vue la raison pour laquelle un patient a été incarcéré. Dans ce but, l'outil disposera donc d'une ligne sur laquelle pourra figurer le délit pour lequel le patient a été incarcéré.

Dans la catégorie "IV. Personnalité":

Le thème *Faculté à générer des contre-attitudes* provient du thème *Perversion de la relation, Manipulation et emprise, Faire face à l'horreur des actes commis* et *Empathie difficile à éprouver*. Ce thème devrait permettre d'évaluer le degré de pénibilité que le soignant ou le thérapeute éprouve au contact d'un patient.

Le thème *Faculté à générer des clivages au sein de l'équipe* provient du thème initial *Phénomènes de clivage intra et inter équipe*. En regard de l'importance de la pénibilité générée par les phénomènes de clivage, nous proposons ce thème qui devrait permettre d'évaluer la capacité ou le tendance d'un patient à générer des clivages au sein d'une équipe.

Cette quatrième et dernière catégorie, ainsi que les thèmes qui la composent, ne figurent pas encore sur l'outil et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous sommes émettons quelques doutes sur la pertinence de faire figurer dans un outil à visée clinique ces thèmes particulièrement stigmatisants pour les patients. La perspective de laisser des traces écrites dans les dossiers des patients renforce encore ce sentiment. En outre, il s'agit aussi d'éléments à la subjectivité marquée et qui, par conséquent, pourraient être cotés de manière extrêmement diverses selon les soignants et les thérapeutes, rendant ainsi impossible tout test de reproductibilité ou de validation inter-juges.

VIII. DISCUSSION & CONCLUSION

Il apparaît que l'objectif premier de ce travail était réalisable, à savoir faire l'inventaire des pénibilités rencontrées par le personnel médical en milieu pénitentiaire. Nous avons l'impression que les résultats obtenus sont relativement exhaustifs et pertinents. Cependant, quelques limites subsistent. Ainsi, les différentes pénibilités citées ne sont pas forcément spécifiques au milieu pénitentiaire et pourraient donc être rencontrées dans un autre cadre. Il s'agit néanmoins d'un parti pris, puisque nous désirions décrire le spectre des pénibilités dans son ensemble et non pas se restreindre à celles qui sont propres à ce milieu. Nous sommes toutefois conscients qu'il serait intéressant de savoir quelles sont celles qu'on ne retrouve qu'en prison ou quelles sont celles dont le degré de pénibilité pourrait être majoré par ce milieu. En outre, il est vrai que la taille relativement restreinte de l'échantillon pourrait aussi constituer une limite à ce travail, quand bien même il s'agit d'une étude qualitative. Nous espérons pourtant que cela ne soit pas le cas, puisque nous sommes arrivés à une relative saturation des données avec les derniers participants.

Nous émettons quelques réserves sur la seconde partie de ce travail. En effet, l'outil qui devait permettre d'évaluer la pénibilité d'un patient ou d'une cohorte présente de nombreuses limites. En premier lieu, nous pouvons citer la manière dont nous avons sélectionné les facteurs à prendre en compte. Nous ne nous sommes basés que sur des critères arbitraires pour cette étape et il est ainsi probable que d'autres facteurs auraient été retenus si différentes personnes avaient procédé à cette sélection. De plus, l'absence de système permettant de quantifier la pénibilité, nous a obligé à seulement supposer l'importance de chaque facteur. Enfin, la limite la plus manifeste est, à notre sens, la perte de la subjectivité qu'impose le système de cotation que nous avons mis en place. Toute la difficulté de cette étape de la réalisation de l'outil résidait dans le fait de vouloir objectiver le subjectif. De prime abord, nous pensions y être parvenus avec cet outil. Néanmoins, il nous est apparu tardivement que ce problème persistait, principalement en raison du système de cotation. Nous ne sommes pas parvenus à proposer une manière de coter la pénibilité de ces facteurs tout en respectant la subjectivité de chacun. Il est certes possible de proposer pour chaque facteur une graduation de la pénibilité de zéro à quatre et de laisser libre cours à l'interprétation de chacun, cependant nous pensons que ce système manquerait de rigueur et compromettrait toute validation scientifique. De plus, un tel système rendrait évidemment impossible tout test de reproductibilité. Il apparaît donc que cette version de l'outil nécessite encore du travail et ne doit, par conséquent, être considérée que comme une ébauche.

Les perspectives que nous avons imaginées pour la suite sont donc nombreuses. Evidemment, les points cités précédemment, tels que les pénibilités spécifiques au milieu pénitentiaire, l'éventuelle majoration par le milieu carcéral de certaines pénibilités non-spécifiques ou encore un système de cotation autorisant la subjectivité, constitueraient d'excellents objectifs pour un futur Mémoire de Maîtrise en médecine. En outre, en supposant que la prochaine étude permette d'obtenir un outil permettant d'évaluer la pénibilité d'un patient ou d'une cohorte, il serait intéressant d'objectiver ses forces et ses faiblesses. Ainsi, sa reproductibilité chez un évaluateur donné et sa dynamique chez un même patient pourraient être testées. Enfin, une validation inter-juges pourrait aussi être envisagée dans le but de mettre en évidence d'éventuels facteurs discordants.

IX. REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué à la réalisation de ce Mémoire de Maîtrise, je tiens donc à leurs présenter mes plus sincères remerciements:

- Le Dr. Christopher Hasler pour son investissement, sa disponibilité et son aide précieuse tout au long de ce travail.
- Le Pr. Bruno Gravier pour la proposition de ce sujet ainsi que pour ses conseils et son soutien bienveillant.
- Mme Sandy Court pour la mise en page et la présentation de ce travail.
- Tous les membres du personnel médical du SMPP ayant participé à cette étude pour avoir pris le temps de me recevoir et de répondre à mes questions.

X. BIBLIOGRAPHIE

Articles:

Estryn-Behar M, Duville N. *Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens.* Annales médico-psychologiques 164 (Elsevier Masson SAS). 2006; 732-48.

Fazel S, Danesh J. *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys.* The Lancet. 2002; 359: 545-50.

Moulin V, Sevin AS. *Souffrance au travail en milieu carcéral: les épreuves de l'exercice professionnel au parloir pénitentiaire.* Le Travail Humain. 2012; 75: 147-78.

Senninger JL. *Notion de dangerosité en psychiatrie médico-légale.* EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). 2007; 37-510-A-10.

Kottler C, Gouyon J, Robbe G, Senninger JL. *Unités pour malades difficiles.* EMC (Elsevier, Paris). 1998.

Watson R, Stimpson A, Hostick T. *Prison health care: a review of the literature.* International Journal of Nursing Studies (Elsevier Ltd.). 2003.

Lévy M. *La prison, de l'intérieur.* L'Information Psychiatrique. 2005; 71: 599-608.

Lamberti JS, Weisman RL. *The mentally ill in jails and prisons: towards an integrated model of prevention.* Psychiatric Quarterly. 2001; 72.

Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. *Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study.* BMJ (Primary care). 2003; 327.

Senon JL. *Psychiatrie et prison: toujours dans le champ de l'actualité.* Annales Médico Psychologiques. 2004; 162: 646-52.

Tema TR, Poggenpoel M, Myburgh CPH. *Experiences of psychiatric nurses exposed to hostility from patients in a forensic ward.* Journal of Nursing Management. 2002; 19: 915-24.

Poli A. *Les soins psychiatriques entre Prison et Hôpital psychiatrique.* Perspectives Psy. 2006; 45: 367-72.

Paulet C. *Réflexions sur les objectifs et les conditions du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire.* Perspectives Psy. 2006; 45: 373-79.

Conacher GN. *The use of force, chemical agents and restraint in a prison psychiatric setting.* Journal of Clinical Forensic Medicine. 1995; 2: 61-64.

Smith S, Baxter V, Humphrey M. *The interface between general and prison psychiatry – the consultant's perception.* Psychiatric Bulletin. 2002; 26: 130-32.

Konrad N. *Prisons as new asylums.* Current Opinion in Psychiatry. 2002; 15: 583-87.

Bodon-Bruzel M. *Psychiatrie en milieu pénitentiaire.* EMC – Psychiatrie. 2013; 10: 937-53.

XI. ANNEXES

OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PÉNIBILITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Patient

Nom, prénom :

Date de naissance :

Unité :

Date d'arrivée :

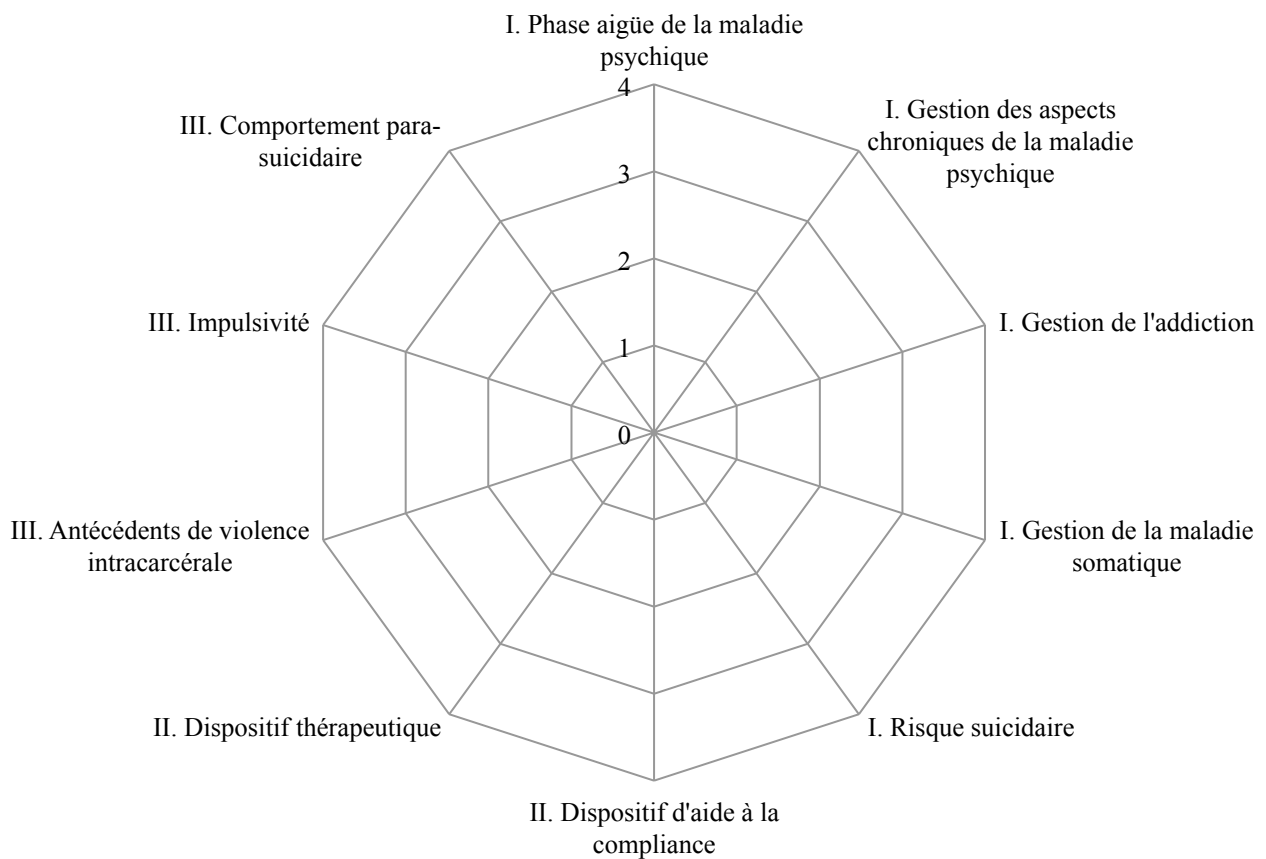
Délit :

Diagnostic :

Evaluation faite par :

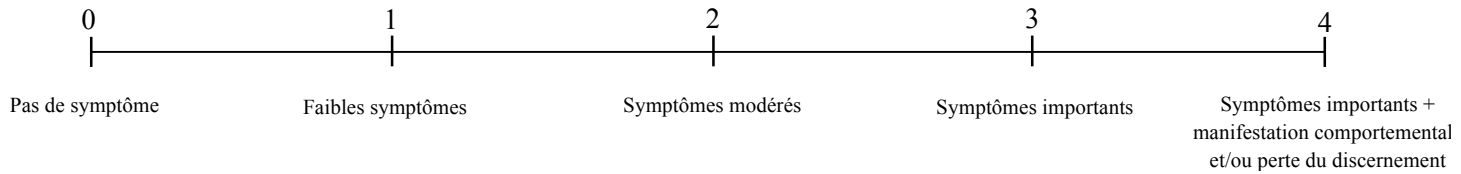
.....

Date du jour :

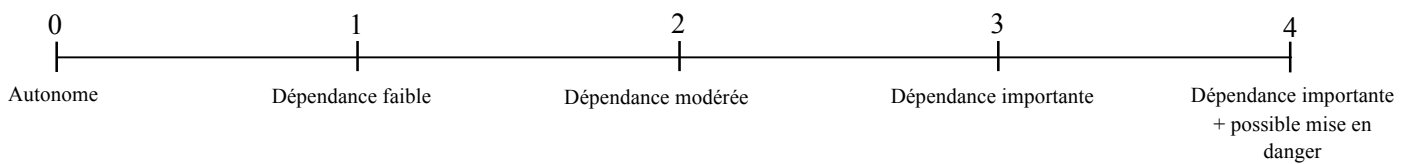


I. Maladie

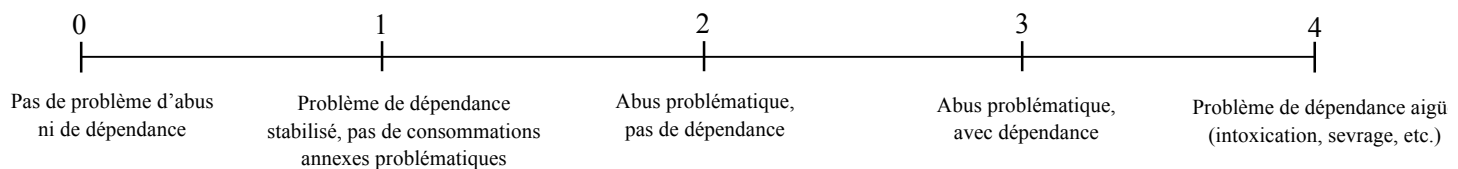
Phase aigüe de la maladie psychique



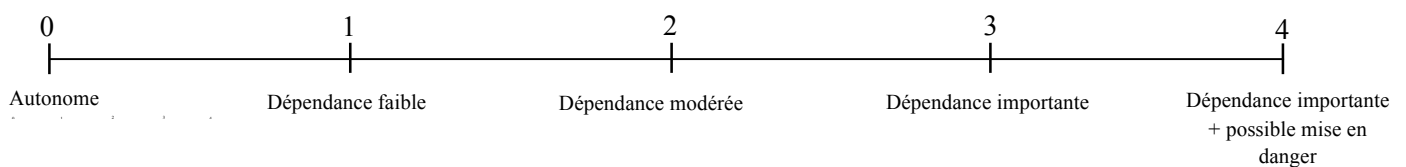
Gestion des aspects chroniques de la maladie psychique



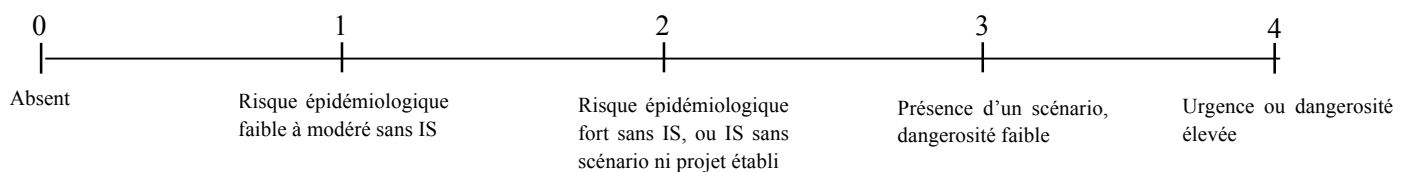
Gestion de l'addiction



Gestion de la maladie somatique

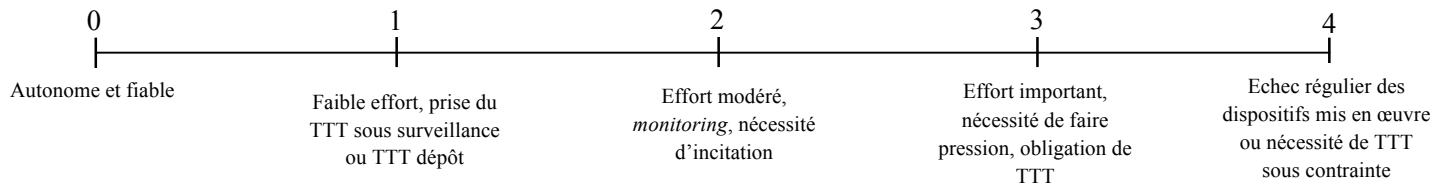


Risque suicidaire

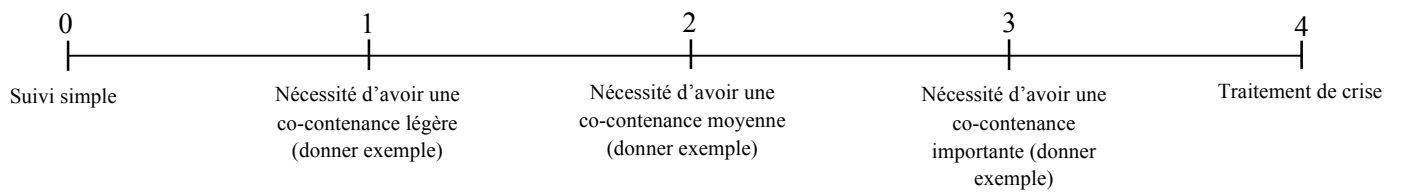


II. Prise en charge

Dispositif d'aide à la compliance

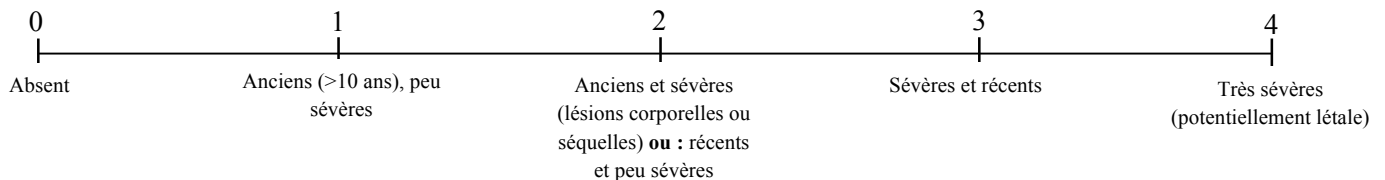


Dispositif thérapeutique

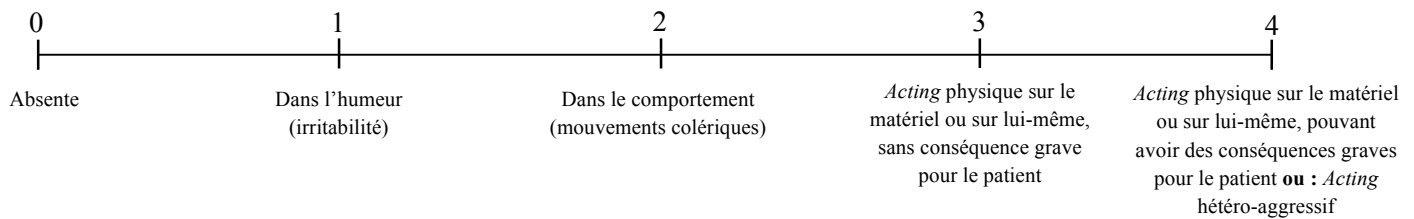


III. Comportements à risque

Antécédents de violence intra-carcérale



Impulsivité



Comportements para-suicidaires

