

Les Infirmiers(ères) en conflit avec leur âme

Lindanda Martine, infirmière, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaire, E.P.O. Lausanne, Suisse

Pradel Edouard, infirmier, Service Médico-Psychologique Régional, M.A. Grenoble-Varces, France

« Les infirmières ont-elles une âme ? » se demandait il y a quelques années Claude Balier¹, Président d'Honneur de l'Association de Recherche et de Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS). C'était dans une intervention aux journées nationales des SMPR en 1992 à Grenoble. C. Balier prenait sa retraite en décembre de cette année-là. Son intervention évoquait le rôle spécifique de l'infirmier(ère) en psychiatrie pénitentiaire et notamment sa façon d'aborder la prise en charge des auteurs de violences sexuelles.

L'infirmier(ère) n'est pas seulement dans de l'opérationnel, ou du comportemental, et n'a pas une seule position qui lui serait requise face à un patient. Il est à la fois un collaborateur très proche des thérapeutes dans la prise en charge et un dispensateur de multiples soins.

Il est souvent placé dans des positions diverses et contradictoires. Il doit accueillir le sujet accompagné indifféremment dans différents temps, qu'il s'agisse d'un soin de « bobologie », d'une distribution médicamenteuse, d'un entretien de relation d'aide ou à visée psychothérapique, ou encore au sein d'un groupe thérapeutique.

Et puis, il n'a pas à faire face à un patient tel qu'il a l'habitude en unité de soins ordinaire de psychiatrie. Il accueille une personne sous main de justice, emprisonnée ou sous obligation judiciaire, mais pas vraiment en demande personnelle de soin.

Pareillement, il voit bien souvent son travail pris dans un étau, soumis à une demande de plus en plus grande du monde judiciaire visant à mobiliser le corps médical dans la lutte contre la récidive, ...

Ainsi, l'infirmier(ère) a à faire au quotidien à la fois à sa propre subjectivité, les relations dans son équipe, mais aussi avec le personnel pénitentiaire, de surveillance comme des services de travailleurs sociaux, appelés dans votre pays si accueillant criminologues.

Tout ce vécu n'est pas sans soulever des conflits à l'intérieur de lui-même. Mais peut-on faire en sorte que ces conflits soient constructifs ?

La communication présente abordera les thèmes de la pluridisciplinarité, du travail en équipe, du « rôle » infirmier et de ses possibilités d'action, de la position soignante face aux effets des clivage et déni qui émanent du patient pris en charge.

Nous étudierons deux modèles de travail infirmier dans deux cultures différentes, dans ce qu'ils ont ensemble de commun en termes de difficultés éprouvées. Nous avons en

¹ Balier C., Les infirmières ont-elles une âme, documentation interne, Congrès SMPR 1992, Grenoble

effet la chance dans les rencontres régionales de l'ARTAAS de pouvoir échanger nos expériences cliniques entre suisses et français. Cela constitue une richesse d'échange dans ce qui nous rassemble au quotidien, la spécificité de notre fonction et ses particularités par rapport au reste de l'équipe pluridisciplinaire.

De ce partage d'expérience, nous avons effectué une piste de réflexion, en n'éludant aucunement qu'il puisse y en avoir d'autres.

Ainsi, pour nous, les infirmiers(ères) peuvent être en conflit avec leur âme, la conception de leur rôle. Ils (elles) ***sont en difficulté avec la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, face à de la conflictualité et de l'intersubjectivité. Celles-ci viennent se rajouter aux problématiques intrinsèques à leur exercice professionnel dans un lieu qui n'est pas le leur, sous l'égide d'une position de plus en plus centrale du soin dans le droit de lutte contre la récidive.***

Ainsi pourraient-ils prétendre à plus de reconnaissance tant pour eux que pour les sujets qu'ils accueillent.

Pour aborder cette hypothèse dans un premier temps, nous allons interroger la spécificité de la fonction infirmière, comment elle s'exerce dans une équipe pluridisciplinaire, dans ce milieu si singulier de la prison. Elle s'exerce dans un lieu dont la principale obsession est la « sécurité » ce qui lui impose un certain nombre de contraintes. Pourtant nous verrons que ce cadre contraignant n'est pas incompatible avec le développement d'un lien thérapeutique pour peu qu'à l'intérieur de celui-ci les soignants élaborent leur propre cadre soignant.

Le milieu pénitentiaire n'est pas un milieu des plus communs dans lequel on pense trouver des professionnels de la santé orientés sur les soins aux Auteurs de Violences Sexuelles (A.V.S.). Et pourtant, ils sont là dans une mission de service public, mettant en place un dispositif auprès de personnes n'ayant pas la possibilité de se déplacer vers celui-ci. Attardons-nous un peu sur cette notion de dispositif, afin d'expliquer brièvement les trois services qui nous servent d'exemples pour nos propos :

- le service de Médecine psychiatrique pénitentiaire² repose sur une mission générique de soins que ceux-ci soient d'ordre psychiatrique et somatique. Ce n'est pas propre à la Suisse. En France nous avons des exemples similaires, quand l'hôpital de proximité s'occupe des deux dimensions.

- Le soin en Unité de Soins et de Consultations Ambulatoires est né en France en 1994³, permettant la mise en place d'un service sanitaire dans l'ensemble des prisons françaises, sous couvert d'une convention. A de nombreuses reprises, peuvent cohabiter au sein d'une même unité des personnels issus de deux institutions sanitaires différentes, œuvrant les uns pour le soin somatique, les autres pour la psychiatrie avec un partage des tâches et une collaboration étroite dans l'accompagnement de la personne accueillie

- En 1975, il a été décidé de doter les maisons d'arrêt (le début du parcours carcéral) de service de secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire. Ce sont les SMPP, au nombre de 26 aujourd'hui. Ils possèdent souvent des unités d'hospitalisation de jour susceptibles d'accueillir des détenus volontaires. Les patients y ont des activités occupationnelles et thérapeutiques en plus d'un suivi individuel beaucoup plus conséquent

2 Y a-t-il un texte officiel au dessus du SMPP ?

3 Loi du 18 janvier 1994 relative à la protection sociale des personnes détenues

qu'en ambulatoire (le travail de consultations effectué sur la détention classique). Ce dispositif a inspiré l'organisation du SMPP vaudois⁴.

A l'intérieur de ces dispositifs légaux, le personnel infirmier a des tâches, des missions générales mais aussi des tâches spécifiques à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Nous n'allons pas trop nous attarder sur ces situations, mais vous les présenter sous forme de deux tableaux, permettant de voir tout ce qu'on partage d'un côté ou de l'autre de la frontière.

-- Les missions générales infirmières --

ACTIONS INFIRMIERES	SUISSE	France-UCSA	France-SMPR
Evaluation de la santé physique des entrants	X		
Evaluation de la santé psychique des entrants	X	X	X
Consultations Infirmières	X	X	X
Suivis psychiatriques ambulatoires	X	X	X(occasionnels)
Suivis de patients en référence	X	X	X
Suivis ambulatoires de mineurs			X
Soins somatiques	X		X(patients SMPR)
Prévention et éducation à la santé	X	X	X
Préparation et distribution des traitements	X	X	X(patients SMPR)
Distribution des traitements de substitution	X		X
Interventions sur signalements d'urgence	X	X	X
Astreintes	X		X
Coordination entre les services	X	X	X
Préparation et accompagnement à la sortie	X	X	X
Administratif	X	X	X

-- Les missions infirmières spécifiques aux A.V.S. --

ACTIONS INFIRMIERES	SUISSE	France-UCSA	France-SMPR
Prise en charge seul	X	X	
Prise en charge individuelle protocolisée	X	X	X
Suivis de « référence »	X	X	X
Entretiens en binôme avec psychologue	X		
Entretiens en binôme avec psychiatre	X	X	X
Un certain concept de « co-thérapie »	X	X	
Participation à des groupes thérapeutiques	X		X
Conduite socio-thérapeutique	X		
Travail de partage clinique en réseau	X	X	X

Nous constatons la diversification des tâches des infirmiers, leurs « multiples casquettes », ce qui ne permet pas aux patients de les associer à un rôle particulier. Le corollaire, par exemple, c'est que leur participation aux soins corporels fournit un vecteur supplémentaire potentiel d'entrer en relation, de création de liens.

⁴ Canton de Vaud, Suisse

Les différentes lois instaurant la délivrance des soins en prison sous l'autorité des services hospitaliers ont voulu que la population pénale bénéficie des mêmes prestations de santé que la population générale. De même les valeurs déontologiques qui régissent notre profession doivent aussi en ces lieux être respectées.

Nous allons rapidement en citer quelques points, notamment certains mentionnés par le Code de Déontologie du Conseil International des Infirmières⁵, voté en 2006 à Genève.

« Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels. []

Le respect des droits de l'homme - en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels - fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire. []

L'infirmière respecte le caractère confidentiel des informations qu'elle possède et ne communique celles-ci qu'à bon escient. »

Le secret professionnel, qui plus est dans notre profession, le secret médical, qui vient d'être cité, est rappelé dans nombreux autres textes législatifs, notamment ceux qui statuent notre profession.

D'autres qualités humaines nous sont requises pour être face à une personne qui vient se confier à nos bons soins, pour tisser des liens de confiance, que W. Hesbeen rappelle : chaleur, écoute, disponibilité, simplicité, humilité, authenticité, humour, empathie⁶.

Mais il nous incombe aussi particulièrement la notion d'une prise en charge globale de l'individu. Nous pourrions rajouter que celle-ci ne peut se faire sans laisser l'espace de liberté dû au patient, avec ce qu'il veut bien nous dévoiler⁷.

En dehors de ces éléments déontologiques, notre mission est inscrite dans un certain cadre de compétences, par lequel nous sommes habilités à dispenser un certain nombre de soins. Ces soins relèvent soit de notre rôle propre, et donc sur notre propre décision, soit, pour la majeure partie, en collaboration avec le médecin, sous son couvert.

Pour autant qu'il s'inscrive dans un tel travail d'équipe, le professionnel infirmier conserve un rôle pivot, une place unique dans le dispositif, ce que nous allons tenter de décrire maintenant.

5 Code de Déontologie du CII, Genève 2006

6 Hesbeen W., In Blondeau D., Ethique et soins infirmiers, Presses de l'Université de Montréal, 1999

7 Sauvignet J., Une éthique infirmière, disponible sur

Sans vouloir paraître prétentieux, comment pourrait-on qualifier autrement cette position où l'infirmier se trouve en première ligne devant une personne qui demande de l'aide et qui devient patient. Dès le premier accueil, à l'arrivée dans l'établissement, à travers la médiation d'un questionnaire pour entrant, le personnel infirmier doit être accueillant et bienveillant, invitant le sujet à se préoccuper enfin de lui-même y compris et surtout en ces lieux à priori « peu hospitaliers ».

Cet accueil peut se faire à n'importe quel moment. En effet, c'est souvent l'infirmier qui est le plus présent, le plus disponible au quotidien et quel que soit le jour et dans les multiples circonstances de la vie carcérale. Il assure ainsi une permanence du lien.

Dès le signalement d'une personne, c'est souvent l'infirmier qui est le premier averti. Mais celui-ci, une fois convoqué, ne tient pas uniquement compte de ce qui lui est signalé. Il est aussi et surtout attentif aux symptômes cliniques que produit le fonctionnement psychique de la personne. Cette approche particulière est symptomatique de la relation spécifique soignante.

Ce temps d'accueil, sans médecin à proximité, est aussi un moment de « dépistage » qui permettra de communiquer une information pertinente au médecin afin qu'il agisse éventuellement de manière plus directe.

Pareillement, cette première rencontre peut être l'amorce d'une relation. Cet accueil dans le soin n'oblige en rien la personne. Le soignant propose un soin, une manière de résoudre la problématique qui se présente à lui, qu'il entend. Le choix de la personne est respecté. L'important est qu'elle garde un bon souvenir de cette rencontre, qu'elle ne soit pas dégoûtée d'un soin éventuel futur.

Le personnel infirmier a un rôle à tenir, un rôle pour lequel il est formé, ou pour lequel il se voit attribué une orientation des soins particulière. En matière de prise en charge des auteurs de violences sexuelles incarcérés, il va effectuer avec le sujet un soin qui investit tout un ensemble de composantes singulières à la prise en charge de celui-ci :

- Travailler sur ce que les actes et/ou leur cessation produisent
- Accompagner vers le procès
- Accompagner autour de la vie en détention, avec la rupture sociale que celle-ci engendre
- Maintenir une dynamique appropriée, à minima consentie, des soins
- Faire faire une expérience qui permette au sujet de voir peu à peu comment il peut éviter un recours à un acte
- Accompagner vers la sortie avec un relais de soin.

Cette orientation des soins est étroitement liée au projet médical qui est censé avoir défini un projet thérapeutique individuel. Cette orientation s'est profilée au fil des années grâce aux divers travaux et expériences faits dans le monde entier, notamment dans les pays francophones. Elle est la même quelle soit la stratégie adoptée, cognitivo-comportementaliste, de réhabilitation psychosociale, psychodynamique ou systémique.

Mais si cette orientation peut être bien définie pour le corps médical, elle n'est pas si claire pour le personnel infirmier qui n'y est pas confronté dans sa formation initiale. Il doit donc s'y adapter en prenant ses fonctions dans un dispositif de soins préalablement défini.

Le soignant est amené à effectuer de la « psychiatrie chez l'autre », dans un milieu où il n'a pas priorité. Il s'agit d'un lieu d'enfermement, organisme social dans lequel sont contraintes par corps des personnes qui ont commis, ou sont soupçonnées d'avoir commis, des actes répréhensibles par la loi.

La mission de ce lieu d'enfermement est d'imposer une peine de privation des libertés pour un temps donné tout en préparant une future réinsertion dans la société.

La psychiatrie, comme le soin général, y est présente aux seules fins d'assurer les mêmes conditions d'accès aux soins qu'à l'extérieur.

Toutefois, il a bien fallu constater que certaines personnes détenues avaient conservé au-delà de leur peine des troubles psychiques susceptibles de favoriser la répétition d'actes graves. Dès lors, des lois ont été promulguées pour mieux encadrer la sortie de prison et mieux prévenir les risques de récidive.

Ces lois, elles sont propres à chaque pays. En ce qui concerne notre alliance franco-suisse pour cet exposé, il s'agit des :

- articles 59 et 64 du code pénal suisse⁸
- incitations, en France, aux soins pour les personnes incarcérées encourageant un suivi socio-judiciaire au-delà de leur temps d'emprisonnement, sous l'égide de la loi du 17 juin 1998 et des décrets et circulaires s'y rapportant depuis.

Ces dispositifs convoquent aussi le soignant qui doit de plus en plus travailler dans un partenariat obligé, sous couvert de l'évolution des codes pénaux et de procédure pénale.

Nous évoquons le terme de partenariat, parce que nulle part il n'est question de remettre en cause le secret médical à des fins criminalistique ou criminologique, dans un sens de prédiction de dangerosité et/ou de récidive. La psychiatrie ne peut pas traiter la délinquance. Ce n'est qu'une des approches de l'individu. En aucun cas, sa finalité ne peut être de prévenir la récidive, même si elle y participe. Son objectif ne vise aucunement la réduction du trouble du comportement, il va bien au-delà : c'est l'évolution de la personne, son bien-être, sa capacité de choisir sa vie qui est en question.

Et, dans ce cadre afin de permettre l'évolution de la personne, il est assez nécessaire de ne pas travailler de façon trop cloisonnée, n'accueillant la personne que dans l'antre de son bureau, dans une bulle coupée du reste du monde. Il est nécessaire de travailler en collaboration avec les intervenants de toute formation, qui entrent comme nous dans ce milieu et avec qui nous partageons un souci commun, la personne détenue.

Ces intervenants ont des formations et des orientations de travail différentes, pas forcément à agir dans l'intérêt seul de la personne détenue, mais aussi dans l'intérêt de la société. Ces intervenants sont surveillants pénitentiaires, travailleurs sociaux, enseignants, moniteurs d'ateliers, formateurs, juges ou autres.

L'ensemble de nos interventions avec ces professionnels est vaste et varié, plus ou moins formalisé, avec des temps de concertation, des temps de commission, lors desquels les professionnels soignants sont amenés à donner leur avis sur une personne en particulier.

⁸ Code pénal suisse

Ces relations interdisciplinaires mettent souvent en question le secret médical que l'on doit à la personne. Nous sommes souvent amenés à réfléchir sur ce que nous allons dire d'elle, en gardant à l'esprit ses intérêts, malgré des questionnements à des fins de plus en plus sécuritaires.

Parallèlement, nous n'avons que très peu de réponses à ces questions d'évaluation de la dangerosité et/ou de la récidive. Nous ne sommes pas dans une position expertale mais dans une position soignante, Par contre, la clinique de cette population est à prendre en compte, et nous allons rapidement nous pencher dessus.

Nous l'avons quelque peu dit depuis le début, il s'agit d'une population pénale. Ce n'est pas une catégorie psychiatrique avec une clinique particulière. Il y a parfois des troubles associés. Des généralités se dégagent tout de même. Elles montrent comment nous-mêmes on se retrouve là aussi dans des incertitudes ou des difficultés de prise en charge.

Nous n'allons pas ici nous aventurer dans une théorie qui n'est pas dans notre formation première, préférant évoquer ce que nous en percevons. La très grande majorité des auteurs d'infractions sexuelles ne relève pas d'une maladie psychiatrique en tant que telle. Leurs symptômes que constituent les agressions relèvent de troubles de la personnalité liés à des angoisses de type narcissique et d'adaptation (déni de l'autre). La dimension psychopathique est peu présente sinon chez les auteurs de viols sur adultes.

D'emblée, ils ne sont pas demandeurs de soins. Ils ont su se débrouiller tant bien que mal depuis des années. Ils ont dû adopter une manière de se comporter qui ne montre pas d'emblée ce qu'ils agissent dans leur intimité ou dans l'intimité contrainte d'une relation volée, dérobée, imposée à l'autre. Ils se questionnent sur ce qu'un soin pourrait leur apporter, tant ce n'est pas leur démarche première. Ces personnes n'ont décidément pas vocation à devenir nos patients...

Ils ont bien du mal à évoquer ce qui fait trouble en eux. Et si cela se manifeste par des agissements de violence sexuelle. Ceux-ci s'imposent à eux comme système de défense psychologique Ce n'est pas le sexuel qui est investi de prime abord, mais bel et bien la relation à l'autre qui est problématique. Il n'y a pas de recherche de plaisir mais un accomplissement venant décharger des tensions internes inavouables et irrésolubles.

Sans vouloir aller plus loin, nous voyons bien là toute la difficulté qu'il y a dès lors de les accueillir dans un soin. Un soin qui puisse peu à peu leur faire faire une autre expérience avec leurs troubles et arriver à faire autre chose de ceux-ci. Mais ceci ne peut se faire qu'avec le temps et l'épreuve d'une relation à un autre.

Nous venons de voir comment ces personnes ne sont pas demandeuses de soins. Mais l'expérience nous a montré qu'il ne fallait pas rester passif face à ce simple constat. Et, il vaut mieux que ce soit le cadre judiciaire qui l'incite, nous préservant notre rôle soignant. En effet, rien ne vient troubler ces personnes, restant facilement à distance de tout, si ce n'est la loi, la justice qui leur arrive de manière extérieure, qui s'imposent à elles.

Ce chapitre va donc étudier deux aspects du cadre qu'il nous faut définir, et faire ainsi un peu la tentative de résolution de notre problématique de travail. Il va nous permettre de voir comment la reconnaissance de notre position, celle de notre travail spécifique passe

par l'apposition d'un cadre tenant compte à la fois d'une institution qui se veut plus sécuritaire et d'une personne qui manifeste un certain déni.

Car, il est réellement question pour nous de se faire reconnaître. La reconnaissance, comme le dit le philosophe Axel Honneth⁹, est peut être un mot à la mode dès qu'il s'agit, pour un groupe social, de faire connaître ses particularités et donc de les distinguer des autres, mais également de proclamer ce qui le relie aux autres groupes (égalité de droits, communauté humaine) pour exiger un traitement équivalent. Toutefois, Il est convaincu, comme Hegel¹⁰ que cette lutte fait évoluer la société vers l'établissement d'institutions garantes des libertés.

A. Honneth rajoute à cela, toujours en s'aidant de son prédécesseur que cette revendication de reconnaissance introduit une tension morale dans la vie sociale qui doit mener à terme à un état de liberté. Pareillement, l'acquisition d'une reconnaissance extérieure renforce la relation du sujet à lui-même, qui lui permet de défendre son identité.

Voilà ce qui rejoint notre souci premier en tant qu'infirmier qui prend en charge psychiatriquement des auteurs de violences sexuelles, car, nous le disions, la psychiatrie vient accompagner l'évolution d'un sujet vers sa liberté de choisir sa vie.

Etudions donc ce cadre de travail qui nous aidera à nous faire reconnaître en tant qu'aidants de ces sujets que l'on tente de rallier dans le camp des hommes.

Nous sommes appelés ainsi à intervenir dans un milieu qui n'est pas le nôtre, mais nous sommes aussi appelés à intervenir hors nos murs hospitaliers. A être ainsi au plus près d'une population en marge, ne sommes-nous pas mis en difficulté ?

La mission première de la prison constitue une sorte de quarantaine, mise en place pour endiguer, non pas une infection, mais des actes qui sont tout aussi nuisibles pour le reste de la société. Pour autant, la relation empathique nécessaire que nous mettons en place avec le sujet, dans le souci de l'émergence d'un soin ne va pas dans le même sens que ce seul isolement sécuritaire. Aussi devons-nous lutter au quotidien contre une assimilation, une confusion qui nous ferait perdre notre orientation.

Le souci carcéral, notamment, est l'amendement. Ce n'est pas une idée très éloignée de la nôtre qui vise la progression du sujet. Tout comme dans la notion de surveillance il y ait aussi des notions de soin et inversement. Néanmoins, nous n'avons pas les mêmes missions et ne devons pas être confondus.

Pour ce faire, pour ne pas être confondus, il est nécessaire d'affirmer notre orientation particulière, notre mission indépendante. Et ceci ne peut pas mieux se faire que par un projet de service bien défini, soutenu par notre administration hospitalière, dès lors

9 Honneth A., La lutte pour la reconnaissance, Cerf, Paris, 2007. (Kampf um Anerkennung, Suhrkamp Verla, Frankfurt, 1992).

10 Hegel G.H., Système de la vie éthique, Payot, Paris, 1976. (System des Sittlichkeit, 1893, pour la première édition allemande).

qu'elle passe convention avec un établissement pénitentiaire. Une telle définition provoque ainsi sa reconnaissance.

Il est tout aussi important que ce projet de service soit un projet de soin, une orientation thérapeutique que tous les soignants reconnaissent et appliquent, et que cette dernière sache définir ce qu'elle sait faire et ce qu'elle n'a pas à effectuer. Ce qui permet également à ses personnels de se reconnaître soignants et à le rester. Même s'ils sont amenés à intervenir dans quelque commission ou concertation plus ou moins formelle, ils y participeront au nom du service.

Il nous faut ne pas être confondu non plus dans tout le dispositif sécuritaire qui met l'accent sur la lutte contre la récidive.

Il est vrai que la justice s'interroge de plus en plus sur la personnalité de l'auteur et tente de prendre toutes les mesures en son pouvoir pour que celui-ci fasse amende honorable de la meilleure façon. Cependant, elle ne peut exiger de nous le seul accompagnement de l'évolution de cette personne. Nous ne pouvons l'assumer.

Il s'avère tout autant nécessaire que le sujet se réinscrive sur le plan social et donc tout aussi utile que des incitations lui sont données de rencontrer cette sphère et donc qu'il puisse y être accompagné. C'est avec cette conviction que notre association a contribué à

l'édification de la loi française du 17 juin 1998 ¹¹ et que des espaces de soins se créent dans ces lieux, pour instaurer un dispositif de rencontre du sujet avec lui-même, quelle que soit la loi.

Pour qu'il y ait rencontre avec le probationnaire, et un accompagnement dans son évolution, il faut réellement des dispositifs de soins sous contrôle judiciaire.

Un dispositif qui tienne en face de la personne est un cadre indispensable à l'exercice de notre fonction soignante.

Si nous sommes déchargés de la partie incitation qui est faite par le juge, autant s'en servir pour inviter à une rencontre, provoquer une relation qui puisse peu à peu lui faire s'approprier un soin pour lui, et non pas que pour la société.

Pour cette amorce thérapeutique, il nous faut privilégier l'accueil, une réassurance pour qu'il puisse peu à peu être en confiance pour partager avec nous ce que jusqu'alors n'était que souffrance indicible.

Il est donc tout autant nécessaire que le cadre soit suffisamment défini pour encourager une position soignante, une position d'empathie malgré l'absence d'humanité que peuvent susciter les agissements.

Nous sommes donc amenés à définir un cadre où l'accent n'est pas mis sur une psychothérapie passive, seulement à l'écoute neutre et bienveillante, il nous faut être capable de venir provoquer le nuancement dans la verbalisation, la mise en question. Il est

11 Loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles

donc utile de mettre là aussi en place une orientation thérapeutique, sur des indications médicales, un projet de soin sur lequel il y ait également engagement.

Ce projet de soin met aussi la clarté sur le positionnement de chaque intervenant autour du patient, car il est capital de ne pas travailler de manière isolée. La dualité est à mettre en question tant nous constatons aussi bien souvent des entretiens qui peuvent être très vite mis dans la difficulté.

Le travail en équipe ainsi déterminé permet une contenance, mais aussi une limite dans quelques tentatives de violence, notamment celle des émotions.

Dans notre essai d'aujourd'hui, nous avons tenté de voir comment peu à peu faire notre métier spécifique d'infirmier intervenant auprès d'auteurs d'agressions sexuelles incarcérés.

Nous avons vu peu à peu qu'il est très important de définir une reconnaissance de ce que nous tentons de faire pour accompagner, par le soin, l'évolution de la personne vers sa liberté à faire des choix pour lui et ainsi se réinscrire comme être social, mais que nous ne pouvons à nous seul porter toute cette évolution. Que celle-ci ne puisse se faire qu'au prix de mettre des moyens sur le social aussi.

Pareillement, il nous faut aussi déterminer un travail soignant à plusieurs, pour éviter d'être dans une dualité qui pourrait être dangereuse. Pour que cela fonctionne, il faut aussi une dynamique d'équipe suffisamment bienveillante à l'égard de chacun de ces membres pour que ceux-ci puissent communiquer leur ressenti.

Nous avons commencé notre discussion autour d'une citation de Claude Balier, nous voudrions aussi la terminer par une deuxième qui nous paraît primordiale « Tout ce qui se passe de plus fondamental dans la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles est dans ce qui se communique en équipe.

Enfin, nous avons mis l'accent sur l'avantage de relations pluridisciplinaires, une articulation, dans laquelle chaque profession garde sa spécificité propre et ses propres modalités d'intervention.

Il n'en reste pas moins que nous pouvons garder certaines problématiques auxquelles nous serons régulièrement confrontés, que nous pourrions énumérer en reprenant

12

le Professeur B. Gravier sous la forme de questions de fond :

- Comment le contexte de soin sous contrainte induit-il un changement fondamental dans nos rapports patient-thérapeute-sécurité ?
- Comment faire pour que le cadre thérapeutique puisse s'intégrer dans un véritable dispositif sécuritaire, sans en perdre ses vocations premières ?
- Comment permettre que le partenaire légal soit existant dans cet accompagnement sans être persécuteur ni pour les thérapeutes, ni pour le patient ?
- Comment intégrer dans notre psychisme cette double mission de soins et de sécurité publique sans que nous nous retrouvions comme fixés dans un clivage ?

12 Pr. Gravier Bruno, médecin-chef du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Suisse)

- Comment intégrer ces éléments de la réalité dans la relation thérapeutique ?
- Comment prévenir la récurrence et évaluer la dangerosité ?