



Influence de l'alliance thérapeutique dans l'accès aux soins aux psychopathologies en ergothérapie en milieu carcéral

Alan Caurez

► To cite this version:

Alan Caurez. Influence de l'alliance thérapeutique dans l'accès aux soins aux psychopathologies en ergothérapie en milieu carcéral. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269119

HAL Id: dumas-02269119

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269119>

Submitted on 22 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Aix Marseille Université
Faculté des sciences médicales et paramédicales
École des sciences de la réadaptation
Formation Ergothérapie

Alan CAUREZ

U.E. 6.5 S6 :

Mémoire d'initiation à la recherche

16/05/2019

Influence de l'alliance thérapeutique dans l'accès aux soins aux psychopathologies en ergothérapie en milieu carcéral

Sous la direction de Mme Séverine GREGOIRE et Mme Catheline BLANC

Diplôme d'état d'ergothérapie

« Together we stand, divided we fall »

Pink Floyd

The Wall, 1979

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à mon parcours au sein de la formation.

Tout d'abord les membres de l'équipe pédagogique de l'IFE de Marseille pour le soutien dont ils ont fait preuve dans les moments difficiles et tout particulièrement Catheline BLANC pour m'avoir aidé sur le plan méthodologique dans la réalisation de ce devoir de fin d'étude.

Je remercie également Séverine GREGOIRE pour m'avoir accompagné pour la partie professionnelle, pour m'avoir accueilli en stage de façon à parfaire mon expérience et m'imprégner au mieux de mon sujet.

Je remercie ensuite tous les professionnels qui m'auront aidé à parfaire mon apprentissage de l'ergothérapie au cours de ma formation

Je tiens tout particulièrement à remercier mes meilleures amies Claudia, Anaïs et Caroline qui m'ont toujours soutenu.

Enfin ma famille pour son soutien et sa compréhension durant toute la durée de ma formation.

Sommaire :

<u>Partie 1 : Introduction</u>	<u>1</u>
1.1. Thème général :	3
1.1.1. L'ergothérapie en santé mentale.....	3
1.1.2. La structure pénitentiaire et l'organisation du système de soin en milieu fermé	5
1.1.3. Evolution des soins psychiatriques en milieu carcéral	6
1.2. Les enjeux :	7
1.3. La revue de littérature :	11
1.3.1. La surpopulation carcérale.....	14
1.3.2. L'apparition de pathologies psychiatriques	15
1.3.3. Éthique et pratique :	16
1.3.4. Les conditions de vie et l'accès aux soins	16
1.4. Problématique pratique :	17
1.5. Enquête exploratoire :	17
1.5.1. Choix de la méthode :	18
1.5.2. Population ciblée, critères d'inclusions et d'exclusions :	18
1.5.3. Choix et construction de l'outil :	18
1.5.4. Outil de recueil de données :	21
1.5.5. Analyse des résultats :	21
1.5.9. Interprétation des résultats :	26
1.5.10. Limites :	28
1.5.11. Confrontation avec la revue de littérature et questionnement :	28
1.6. Question initiale de recherche	30
1.7. Cadre de référence :	30
1.7.1. La complexité selon Edgar Morin :	31
1.7.2 L'alliance thérapeutique :	35
1.9. Problématisation théorique :	38
1.10. Question et objet de recherche.....	38
<u>Partie 2 : Matériel et Méthode :</u>	<u>39</u>
2.1 : Objectif de recherche :	39
2.2 : Méthode de recherche :	39
2.3 : Identification des variables :	39
2.4 : Validation des hypothèses	40

2.5 : Choix de la population :	41
2.6. Echantillonnage :	42
2.7. Test du dispositif :	42
2.8. Analyse des données :	42
<u>Partie 3 : Résultats</u>	<u>43</u>
3.1 Données descriptives :	43
3.2 Données statistiques :	48
<u>Partie 4 : Discussion</u>	<u>52</u>
4.1. Interprétation des résultats et éléments de réponses.	52
4.2 Critique des éléments en lien avec le dispositif de recherche	55
4.3 Proposition de transférabilité pour la pratique	55
4.4 Perspective de recherche et ouverture d’une nouvelle question de recherche :	56
<u>Annexes</u>	<u>58</u>
Annexe 1 : Organisation du système pénitentiaire	59
Annexe 2 : Présentation du projet de développement de la structure d’accompagnement de sortie	60
Annexe 3 : Sélection des textes de la RL	76
Annexe 4 : Caractéristiques des textes de la RL	77
Annexe 5 : Mesure mensuelle de l’incarcération du 1er décembre 2018.....	79
Annexe 6 : Loi Jardé relative à la préservation des personnes dans la recherche :	82
Annexe 7 : Matrice de questionnement enquête exploratoire	83
Annexe 8 : Les six étapes du changement.....	84
Annexe 9 : Matrices théoriques du concept de l’alliance thérapeutique et de la complexité selon Edgar Morin.....	85
Annexe 10 : Matrice de questionnement dispositif de recherche :	87
<u>Bibliographie</u>	<u>88</u>

Partie 1 : Introduction

Projet professionnel :

Durant toute la formation il nous a souvent été dit : « *adapter la théorie que vous apprenez à votre lieu d'exercice, la théorie et la pratique sont deux choses différentes* », « *dans les institutions cela ne se passe pas toujours bien, il y a des écarts avec ce que vous permet de faire l'institution/le travail d'équipe avec l'exercice de la profession* ». Cela me faisait réfléchir. Je me suis demandé si cela influait tant que ça sur la pratique et il s'avère que certains stages m'ont permis de m'en rendre compte. De plus, certaines interventions de professionnels de santé m'ont interpellé, intrigué et m'ont donné envie d'en savoir plus. Je me suis donc employé à faire des recherches sur l'exercice de la fonction de soignants en milieu carcéral. Au fur et à mesure de ma lecture je trouve certaines réponses mais toutes restent plus ou moins vagues ou plus spécifiques à des professions bien ancrées dans un système de soins comme médecin ou infirmier. J'aurais eu d'avantage envie sur l'exercice de l'ergothérapie et la manifestation ainsi que les axes de travail de la profession en milieu carcéral.

En effet, il y a deux ministères qui coopèrent :

- Le ministère de l'intérieur qui va encadrer toute la partie pénitentiaire
- Le ministère de la santé en charge de l'unité sanitaire (dont fait partie l'ergothérapeute).

Je m'interroge sur les moyens que possède l'ergothérapeute pour promouvoir l'autonomie dans un système de privation de liberté, comment inscrire le patient dans une démarche de gestion de ses troubles et de son quotidien quand celui-ci est soumis à une restriction de participation dû à une incarcération

Le thème de mon mémoire d'initiation à la recherche sera :

L'ergothérapie en milieu carcéral

C'est lors de mes recherches initiales sur le sujet que je suis tombé sur des témoignages qui évoquaient le non-respect de l'accès aux soins en milieu carcéral. Le sujet faisait état de non-respect d'un article de loi visant à améliorer la qualité des soins les prisons.

En effet la loi datant de janvier 1994 qui indique que les détenues ont droit au même type de soins que les personnes en milieu ordinaire. (1)

Loi no94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Cette loi a posé le principe du transfert de la prise en charge sanitaire des personnes détenues au ministère chargé de la santé.

Elle a notamment fixé trois principes fondamentaux :

- l'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie. À ce titre, elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général
- la mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence
- le versement par le ministère de la justice des cotisations sociales de ces personnes à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS)

De plus la lecture du livre blanc pénitentiaire qui évoque les mesures de l'État relatives à l'accès aux soins des détenus. Il s'avère que l'état des prisons est, selon cet ouvrage, loin de ce que souhaiterait l'État. (2)

Donc en définitive il existe un écart entre ce qu'énonce la loi, la théorie et ce qu'on retrouve dans la réalité, sur le terrain.

Je m'interroge sur l'exercice de l'ergothérapie dans ce système de soins. Toutes ces recherches personnelles amènent les questions suivantes :

- Quelle approche avons-nous face au handicap ?
- Comment s'approprier les composantes fondamentales de l'ergothérapeute qui sont en lien avec la personne/son activité/son environnement ?
- Comment les patients peuvent-ils prétendre à l'ergothérapie ?
- Comment s'y rendent-ils ?
- Comment aborder les objectifs à courts/moyens/longs termes ?
- Comment s'organise les deux institutions co-opérantes ?
- Le chevauchement de deux institutions à t-il un impact pour la pratique ?
- Pourquoi les détenus ne reçoivent pas les soins en quantité égale au milieu extérieur ?

- Quel regard porte l'administration pénitentiaire sur le handicap ?

Pour ce travail nous axerons notre recherche sur l'accès aux soins en ergothérapie dans un système carcéral. Cela permettra à la recherche de mettre en avant les caractéristiques de l'exercice de la profession ainsi que les adjuvants et les opposants à la pratique. Ces recherches et ce questionnement auront aussi pour effets bénéfiques de me positionner en tant que professionnel dans ce cadre pour comprendre les phénomènes et mieux appréhender la problématique de recherche.

1.1. Thème général :

Accès aux soins en ergothérapie en milieu carcéral

Ce thème aborde plusieurs champs disciplinaires comme le domaine de la santé, les sciences sociales, le droit pénal et l'éthique. Nous allons maintenant définir les éléments nécessaires à la compréhension globale du thème.

1.1.1. L'ergothérapie en santé mentale

Cet article de Pierre B. intitulé *le soin et l'activité* parue dans Cairn en 2004 fait état de l'évolution de la pratique en ergothérapie en psychiatrie (3).

L'auteur décrit les asiles d'après-guerre comme un « modèle inerte » fixé dans une chronicité. La psychose et ce qui est censé la contenir ont entretenu une homéostasie qui aurait pu paraître immuable (3. Germaine Le GUILLANT et Georges DAUMEZON induisent le début d'un mouvement réconciliant psychiatrie et pédagogie. Ils furent soutenus par l'apparition des neuroleptiques venus transformer la symptomatologie des patients, réduisant les symptômes les plus voyants. Il n'était, cependant, toujours pas question d'occuper les patients.

De tous temps, la relation sans autre support que la parole a été le fondement de la relation infirmière. Madame Le GUILLANT permettait aux infirmiers dans son service d'avoir recours à un médiateur dans sa relation avec le patient (ateliers créatifs, activités commentées, groupe d'expression...). C'était un modèle qui allait coïncider avec les constatations des ethnologues qui qualifient l'homme d'animal actif, et justement l'hôpital psychiatrique d'après l'article, était une pure culture de l'inactivité.

Mais c'est Hermann SIMON, en Allemagne, ou John O'CONNOLLY, en Grande-Bretagne qui fondèrent dans les années 1930 les premières véritables ergothérapies. En France l'ergothérapie prend racine dans l'après-guerre pour occuper les patients qui, sous l'action des

neuroleptiques, ne pouvaient plus rester sans rien faire. Les précurseurs de cette nouvelle approche étaient au fait de l'artificialité de leurs timides débuts dans les activités offertes aux patients. Plus tard, les ateliers se détachent du travail pour s'inscrire dans un contexte plus artistique. Cette création artistique a été un grand moment dans les aventures qu'a connu cette ergothérapie. Certains souhaitèrent créer un cadre unique à la réalisation de cette pratique mais cette idée fut rattrapée par la nécessité de garder la dimension soignante. Elle se devait d'être diversifiée et unifiée, ainsi les infirmiers mirent en avant leurs cultures de l'original et du spécifique.

L'un des effets notables de l'évolution de la pratique en ergothérapie et qu'une partie non négligeable de la vie du patient lui ré-appartient. C'est lui qui veille et qui agit, en bien ou en mal. Il retrouve son statut de sujet avec cette liberté de gestion d'une partie de son existence et de son temps.

L'article valorise cette nouvelle approche du soin permettant d'orienter le malade dans une autre logique : celle de l'acquisition d'une nouvelle-identité sociale par la réhabilitation, par le travail ou l'accès à des habiletés sociales. L'époque actuelle redécouvre une certaine idée de la qualité de vie qui n'est plus enclin à la production et à la consommation en tant que finalités. L'action des soignants s'exerce dans une compréhension psycho dynamique de l'activité et des activités du malade.

Selon Sylvie Lapierre, (4) l'ergothérapie en santé mentale s'adresse plus spécifiquement aux personnes qui ont des troubles mentaux communs (TMC), c'est-à-dire la dépression, le trouble anxieux, le trouble d'adaptation et aussi les stress post-traumatiques.

Les symptômes de ces troubles ont un impact important sur les activités de tous les jours de ces personnes, ce qui peut, pour certains, entraîner une invalidité temporaire incluant l'arrêt du travail.

C'est là que l'ergothérapeute en santé mentale peut être amenée à intervenir, à la recommandation d'un médecin, d'un psychologue ou psychiatre ou d'un assureur. Son rôle est la remobilisation des personnes par l'activité et grâce à des objectifs concrets.

L'intervention de l'ergothérapeute commence par une évaluation pour cibler les problèmes. L'ergothérapeute identifie les symptômes physiques, cognitifs ou affectifs comme la fatigue, les difficultés à se concentrer, la tristesse, l'absence de motivation. Surtout, c'est la façon dont ces symptômes s'expriment dans la vie du client qui est important. L'isolement, l'inactivité, les

difficultés à travailler ou un sommeil difficile sont autant de manifestations de la pathologie que l'ergothérapeute va analyser pour réaliser son évaluation initiale.

L'ergothérapeute travaille avec la personne sur des stratégies pour gérer l'anxiété, et l'accompagne pour l'aider à reprendre son activité.

1.1.2. La structure pénitentiaire et l'organisation du système de soin en milieu fermé

Le système pénitentiaire prend en charge les personnes qui ont été placées sous-main de justice. Les mesures définitives peuvent être prises avant ou après le jugement et sont exécutées dans un milieu ouvert (sursis, mise à l'épreuve) ou fermé (dans les prisons). En milieu fermé il s'agit de prévenus, en attente de jugement, ou de condamnés qui sont soumis à une privation de liberté. Dans le cadre de la recherche il sera développé uniquement les caractéristiques du milieu fermé et son organisation. (Cf. : Annexe 1p.59). (5).

Dans les milieux fermés, avec la participation de collaborateurs publics, l'administration pénitentiaire met en place des dispositifs d'insertion, menés par les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), pour permettre aux détenues d'être réinsérés dans la société.

Les personnes suivies par ces services sont au nombre de 60 000 en moyenne, depuis l'année 2000 ce qui s'explique par l'allongement de la durée des peines et l'augmentation du nombre d'entrées en prison. Les maisons d'arrêts qui accueillent les personnes dont le reliquat de peine est inférieur à un an, sont en sureffectif (5). Les services proposés regroupent les activités sportives et culturelles.

Pour rappel, suite à la loi de janvier 1994 citée plus haut, le ministère de la santé prend en compte la charge sanitaire du public en question. Donc toutes les professions rattachées aux domaines du soin ne sont pas employées par l'administration pénitentiaire. Pour assurer leurs missions, les hôpitaux ont créé des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires dans tous les établissements, que l'on nomme les UCSA. Les soins somatiques de longue durée (plus de 48h) sont effectués dans les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI)

Les soins psychiatriques sont assurés *in situ* par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). Si l'hospitalisation devient nécessaire (pour les personnes dont les troubles psychiatriques ne permettent pas la vie en détention), les personnes détenues sont transférées dans les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). (5).

1.1.3. Evolution des soins psychiatriques en milieu carcéral

Contrairement à ce que l'on pourrait croire c'est une mission récente. C.PAULET explique dans *la revue du praticien* parue en 2013 (6) que longtemps l'expertise psychiatrique en milieu pénitentiaire était entreprise par des experts psychiatres au titre de l'article 64 du code pénal de 1810 (devenu en 1992 l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal de qui ajoute à sa définition que la personne même admise irresponsable de ses actes reste punissable). De ce fait, on ne peut retenir la responsabilité pénale, donc juger, un auteur d'infraction pénale dont les troubles mentaux ont aboli le discernement au moment des faits.

Le Dr MEROT crée en 1973 un Centre Médico-Psychologique à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, sur le modèle d'une structure de secteur psychiatrique : une équipe soignante pluridisciplinaire, inscrit dans un centre hospitalier qui se verrait être au plus près de la population carcérale pour y exercer une pratique équivalente avec ce qui se fait en dehors des murs.

En 1977, un circulaire interministérielle santé-justice préconise la mise en place de ces centres dans la grande maison d'arrêts. Plus tard des structures se mettent en place en lien avec ce modèle.

L'inscription de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infanto-juvénile est réalisé par les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985 relatives à la sectorisation psychiatrique.

Vient ensuite la loi du 18 janvier 1994 qui stipule que l'organisation des soins en milieu pénitentiaire est désormais gérée par le ministère de la santé et non plus par le ministère de la justice. Cette transformation était à l'initiative de Robert BADINTER en 1984.

L'organisation générale repose sur :

- Les 26 secteurs de psychiatries à vocation régionale, les SMPR qui accueillent les patients détenus pour des suivis intensifs (avec consentement) de la région la plus proche. Cependant cela ne remplace pas les soins d'une hospitalisation à temps plein.

- Les 152 secteurs de psychiatrie générale (y compris les unités infanto-juvénile) qui interviennent au sein des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), au côté des équipes de médecine somatique.

L'accès à l'hospitalisation à temps plein en établissement de santé peut se faire d'une part en unité d'hospitalisation de secteur, sous la forme d'hospitalisation complète Sur Demande du Représentant de l'Etat (SDRE) en vertu de l'article D398 du code de procédure pénale et de l'article L.3214-3 du code de la santé publique. D'autre part en UHSA, Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée pour l'hospitalisation psychiatrique, libre ou sans consentements, des personnes détenues. Ce dispositif a pour principal avantage de repousser en périphérie le système pénitentiaire de façon à rendre les conditions d'hospitalisation satisfaisantes.

A titre informatif, le nombre d'hospitalisation d'office est passé de 100 par an au début des années 90 à environ 2300 en 2012.

Le programme UHSA prend naissance en 2010 avec 705 lits exclusivement prévus pour les personnes détenues. (5).

Tant que le programme n'est pas achevé les deux modalités d'accueil sont présentes, les hospitalisations sous contraintes (SDRE) et libres (sur demande de la personne détenues).

L'objectif à long terme est de recevoir uniquement les patients en phase de décompensation psychiatrique nécessitant une hospitalisation.

Les unités pour malades difficiles pourront être sollicitées si la gravité des troubles du patient dépasse la capacité de prise en charge du secteur ou de l'UHSA.

1.2. Les enjeux :

Dans cette partie nous allons mettre en avant le caractère socialement vif du thème, de façon à mettre en lumière son utilité sociale et de savoir si le thème suscite un intérêt professionnel.

Pour ce faire, nous allons procéder à la description d'un projet en cours mis en place par un médecin psychiatre à la suite d'une demande du ministère de la santé. Il s'agit d'un projet pilote mis en place par le ministère de la justice, qui dans sa commande, fait appel à l'unité sanitaire pour se charger des soins. Il se trouve que c'est un psychiatre qui a pris la direction de la mise en route. Ce projet qui n'en est encore qu'à son ébauche a pour but d'aider à la réinsertion en milieu ordinaire des détenus en fin de peine. Les informations fournies

proviennent d'une présentation du médecin chargé de sa réalisation de la partie sanitaire (Cf. : Annexe 2 p.60). A travers la description de ce projet nous évoquerons des enjeux politiques, économiques, sociaux et de santé.

Dans un contexte de surpopulation carcérale et de non-respect de l'encellulement individuel de 1875(L'article 716 du code de procédure pénale prévoit que "*les personnes mises en examen, prévenues et accusées soumises à la détention provisoire, sont placées au régime de l'emprisonnement individuel de jour et de nuit*". (7)) La sortie du système carcéral constitue une priorité pour l'administration pénitentiaire, les aménagements de peine son rares pour les personnes condamnées à une peine de moins de 6 mois. En vue d'une doctrine harmonisée, le Premier ministre lance le 6 Octobre 2016 la création du QPS¹ (désormais appelé SAS²). C'est une structure intermédiaire entre le milieu fermé et le milieu ouvert, dirigée vers l'extérieur. L'action pénitentiaire, avec la mise en place des programmes gérés par les services pénitentiaires d'insertion et de probation, est orientée vers la préparation à la sortie.

Les personnes éligibles sont les détenus dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à 2 ans. Aucun seuil de condamnation n'est fixé, cependant plus la période est courte plus les moyens déployés sont importants de façon à répondre aux demandes de la personne et de l'institution.

De plus ils doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- un risque d'évasion faible ;
- le besoin d'un accompagnement soutenu, plutôt pour les personnes ne disposant pas de ressources suffisantes (habiletés sociales, réseau familial et/ou professionnel) associé à des problématiques handicapantes (accès aux droits sociaux, addictions...) ;
- la capacité à s'adapter à la vie en groupe en adéquation avec le mode de fonctionnement de la structure.

L'adhésion et la motivation peut favoriser l'insertion dans le programme. Le comportement en détention n'a pas vraiment d'influence si les SPIP, en liaison avec l'équipe de soins, pensent que le QPS peut lui permettre d'évoluer.

¹QPS : Quartier de Préparation à la sortie

²SAS : Structure d'Accompagnement à la sortie

Le QPS propose une prise en charge individualisé en lien avec ses partenaires. Dès l'arrivée, la phase d'accueil vise à entrevoir la capacité d'autonomie, la capacité à respecter le cadre ou à s'impliquer dans son projet de soin et de sortie.

- ➔ Préparer la sortie en assurant la continuité des soins à l'extérieur.
- ➔ Coordonner ses actions avec l'administration pénitentiaire ou les magistrats, dans un respect mutuel des valeurs professionnelles.

Le nombre de soins prévisibles pour 100 sur un an peut être mesuré :

- 600 consultations médicales nécessaires pour les suivis somatiques
- 240 consultations psychiatriques nécessaires pour les suivis de maladies mentales
- 660 consultations en addictologies
- 18250 préparations et distribution de médicaments
- 200 consultations dentaires (2/an par personne)

Les consultations d'urgence sont à ajouter en fonction dans les demandes.

La préparation à la sortie nécessite un renforcement de la prise en charge globale de façon à ne pas rompre la prise en charge. La santé facteur de réhabilitation est en lien direct avec la récidive. Pour ce faire des partenariats sont mis en place avec les structures du milieu extérieur (par exemple les CSAPA³).

Le QPS permet aussi une accessibilité plus importante avec le monde extérieur. L'implication de la famille, si celle-ci peut être considérée comme un adjuvant dans le projet de sortie, est envisagée. De plus, l'accès au monde extérieur est amélioré et offre la possibilité d'utiliser de façon règlementée internet et le téléphone.

Pour ce qui est de l'accès aux soins il est la charge du MASS⁴ depuis le 8 janvier 1994 donc se base sur l'équivalence des soins mis à disposition de la population générale. De plus, la population carcérale est plus sujette à l'altération de l'état de santé (VIH, addictions, troubles psychiatriques). (Cf. Annexe 2 p.60).

Le MASS se doit de répondre aux enjeux suivants :

- assurer les mêmes soins que ceux fourni à la population générale ;

³CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

⁴MASS : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

- proposer des soins spécifiques en fonctions des problématiques de santé des personnes détenues au QPS (renforcement autour de la prise en charge en addictologie ou des pathologies mentales) ;
- contribuer à la prévention du suicide.

De plus, voici un extrait de l'observatoire international des prisons (8)

« On assiste à un déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison » s'alarmait déjà il y a dix ans le Comité Consultation National d'Ethique (CCNE). « Plus de 20% des personnes incarcérées sont atteintes de troubles psychotiques (dont 7,3% de schizophrénie et 7% de paranoïa) et autres psychoses hallucinatoires chroniques. Au total, huit hommes détenus sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs parmi lesquels la dépression (40%), l'anxiété généralisée (33%) ou la névrose traumatique (20%) ».

Cet extrait met donc en avant l'augmentation des pathologies psychiatriques au sein d'un établissement de type carcéral.

Création du livre blanc pénitentiaire le 4 Avril 2017 dans lequel il est fait mention de refonte des métiers pénitentiaires (9).

« Il ne saurait être question de repenser la prison sans penser aux métier de ceux qui y travaille quotidiennement ». Monsieur le Premier ministre CAZENEUVE lors de la remise du livre blanc pénitentiaire.

Dans ce document, la formation du personnel pénitentiaire est, en outre, mentionnée.

« Au sein des structures pénitentiaires, le rôle des chefs d'établissement [...] est d'encourager la pluridisciplinarité et de la faire vivre dans la perspective d'une meilleure prise en charge des personnes détenues ».

Il est également question de la prise de connaissance individuelle de la situation de la personne. C'est une responsabilité que pourrait assumer une équipe de soins.

« Primordiale au sein des établissements pénitentiaires, la phase d'accueil doit s'accompagner d'une véritable évaluation de la situation individuelle des personnes détenues ».

Enfin, on peut faire le lien entre les fonctionnements en citant certaines règles européennes de traitements de détenues au sein de l'établissement pénitentiaire. (10).

Règle 25.1. Le régime prévu pour tous les détenus doit offrir un programme d'activités équilibré.

Règle 25.2. Ce régime doit permettre à tous les détenus de passer chaque jour hors de leur cellule autant de temps que nécessaire pour assurer un niveau suffisant de contacts humains et sociaux.

Règle 25.3. Ce régime doit aussi pourvoir aux besoins sociaux des détenus.

Règle 25.4. Une attention particulière doit être portée aux besoins des détenus qui ont subi des violences physiques, mentales ou sexuelles.

[...]

Règle 40.1. Les services médicaux administrés en prison doivent être organisés en relation étroite avec l'administration générale du service de santé de la collectivité locale ou de l'État.

Règle 40.2. La politique sanitaire dans les prisons doit être intégrée à la politique nationale de santé publique et compatible avec cette dernière.

Règle 40.3. Les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique.

Règle 40.4. Les services médicaux de la prison doivent s'efforcer de dépister et de traiter les maladies physiques ou mentales, ainsi que les déficiences dont souffrent éventuellement les détenus.

Règle 40.5. À cette fin, chaque détenu doit bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre.

1.3. La revue de littérature :

Choix et argumentation base de données :

Après avoir étudié la problématique et la résonance du sujet, nous allons procéder à la revue de littérature à proprement parler. En utilisant des bases de données scientifiques appropriées ainsi que des filtres pour affiner la recherche, nous allons élaborer un recueil de données qui viendra apporter des éléments concrets à la thématique de recherche. Ce recueil traitera de l'état des prisons en France. Il s'agira ici d'obtenir des données probantes sur l'accès aux soins des personnes, de l'état de la population au sein du milieu en question ainsi que d'entrevoir l'impact de l'institution sur les professionnels et les pratiques.

Pour concevoir une revue de littérature la plus complète possible, il a fallu prendre en compte les origines multifactorielles de l'accès aux soins en prison. Voici les bases de données qui ont été choisies :

- EconBiz : une base de données du domaine des sciences économiques avec un accès gratuit. Pour savoir comment sont gérées les institutions au niveau financier.
- Open Edition et Cairn : principalement du domaine des sciences humaines et sociales avec un accès gratuit. Pour obtenir des informations sur la qualité des relations au sein du milieu carcéral
- NCJRS : *National Criminal Justice ReferenceService* qui traite de criminologie, de sociologie avec un libre accès. Son fournisseur est le département de la justice des États-Unis. Cette base de données va nous permettre d'obtenir des informations d'une part sur le mode de gestion des prisons par les États-Unis pour avoir un comparatif car d'après les textes ci-après ce secteur a plus d'ampleur qu'en France. D'autre part, elle va nous permettre de nous référer à des programmes mis en place ou des lois. C'est la base de données qui traite le mieux ce domaine.
- Pubmed : une base de données spécialisée dans la recherche médicale. Elle est en libre accès. Grâce à cette base de données on aura accès à tous les articles traitant de la santé mentale ou physique des détenues, facteurs déterminants dans l'évaluation de la qualité de vie.
- La revue Santé mentale : Cette revue nous permet d'avoir des sources récentes dans le domaine de la psychiatrie.
- BMC Psychiatrie : Cette base de données nous permettra d'avoir des résultats plus centrés sur le domaine de la psychiatrie.

Mots clés :

Dans le cheminement de notre revue de littérature la prochaine étape est la justification des mots clés. Les mots clés qui sont sélectionnés ici sont :

- L'ergothérapie : cœur de métier et voie d'approche, notre futur et potentiel domaine d'apport professionnel. Nous allons tenter de proposer des axes de résolution en fonction de notre capacité à pouvoir mettre en place des activités à visée de réadaptation.
- Le milieu carcéral : milieu dans lequel la problématique existe et milieu dans lequel nous allons recueillir des informations. Ce domaine d'intervention en ergothérapie

possède des particularités et des spécificités qui lui sont propres, notamment une limitation de la pratique en raison de règles très strictes dues à la diminution de liberté imposée aux détenus.

- L'accès aux soins : il s'agit ici de définir exactement ce qu'impliquent ces mots dans la prise en charge de patients.
- Pathologies psychiatriques : sont reconnues comme telles les troubles psychologiques ou du comportement provoquant l'apparition d'un handicap qu'il soit sévère ou modéré, provisoire ou permanent.

Pour les lier ensemble, les mots clés étaient insérés dans les bases de données à l'aide de conjonctions ou de mot de liaison comme OR, AND en anglais ou ET, OU en français. Cela permis regrouper des problématiques pertinentes relatives à notre sujet et d'y voir les interactions présentes.

Critères d'inclusions et d'exclusions :

Après les bases de données analysées, maintenant attelons nous à définir les critères d'inclusions et d'exclusions pour rendre notre recherche la plus probantes possibles.

Ils sont nécessaires pour cibler les textes que nous recherchons.

- La date (cadre temporel) : j'ai choisi de prendre des textes qui ont environ 10 ans, car le domaine de la justice est un domaine qui évolue constamment donc au-delà de 10 ans il se peut que les informations soient erronées, que les pratiques aient disparu. De plus, il me paraît essentiel d'être le plus contemporain possible aux vues des réformes entreprises récemment sur le milieu carcéral et le domaine de la psychiatrie.
- L'âge de la population d'étude : de façon à rendre mon étude probante il était préférable d'entreprendre une démarche de recherche sur des individus âgés entre 18 et 50 ans. Ce choix découle de ma volonté à ne traiter uniquement que des patients adultes possédant un potentiel de réinsertion dans le milieu extérieur. Notons cependant que les très lourdes peines ne seront pas mises à l'écart pour autant.
- L'espèce : je choisi de prendre également pour cible l'espèce humaine car certaines bases de données relatent également l'emprisonnement d'autre espèces animales. Or la pratique de l'ergothérapie ne s'adresse qu'aux humains.
- Les lieux : mon choix se tourne vers les pays développés, principalement la France. En effet, il n'est pas rare que la qualité de la prise en charge des patients dans les prisons

aille de pair avec le développement du pays. Souhaitant introduire une dimension relative à l'ergothérapie les pays d'études sélectionnés doivent avoir assez de moyens pour entreprendre des démarches de santé communautaire en prison. Cela pose la question de la prise en compte et la pratique de l'ergothérapie dans les pays en voie de développement.

Enfin, le choix de prendre en compte plusieurs pays et pas uniquement la France nous permettra de mettre en tension et de comparer les approches de gestions de leurs systèmes carcéraux.

- Langue : Ma décision sur le plan linguistique quant à la sélection des textes a été de ne prendre que des articles en français ou en anglais. Ces langues étant les seules que je pouvais m'approprier. L'anglais restant une langue où la majeure partie des textes sont traduits pour permettre une accessibilité accrue à l'échelle mondiale.
- La disponibilité : Enfin tous les textes choisis ont un accès complet gratuit en ligne ou disponible grâce aux abonnements pris par la faculté d'Aix-Marseille. Le but étant de pouvoir proposer un travail que tout le monde aurait pu faire et que tout le monde peut vérifier sans moyens spécifiques.
- La nature du document scientifique : Pour cette étude tous les documents sont des articles ou des études à caractères scientifiques. Il ne figure aucune donnée audio ou picturale.

En définitive la revue de littérature est composée de 8 documents et tentent de mettre en avant les caractéristiques du milieu carcéral sur le plan de l'accès aux soins et de l'exercice des psychothérapies dans ce cadre. Les tableaux relatifs aux choix de sélection des textes et à leurs descriptions sont en annexe. (Cf. Annexe 3 et 4 p.76 à 78).

Au cours des recherches plusieurs problématiques sont identifiées.

1.3.1. La surpopulation carcérale

Dans un premier temps, on retrouve la problématique qui pose le plus de problème, la surpopulation carcérale, comme nous le montre le tableau provenant de la mesure mensuelle de l'incarcération du ministère de la justice faisant état au 1^{er} Décembre (Cf. Annexe 5 p.79). Ce tableau indique qu'il y a 82634 personnes écrouées. De plus il montre que la densité carcérale en maison d'arrêt est de 140,3%, autrement dit 22890 détenus sur-occupent des maisons d'arrêts. En guise d'opposition, on retrouve l'article d'Open Edition rédigé par Laurent SOLINI and Co (11) quant à la création d'une « prison-ville », destinée à réintroduire progressivement

les détenus dans un milieu socioprofessionnel ordinaire. En guise de complément on peut s'appuyer sur cet article de John SCHMITT and Co. (12), qui, même s'il est réalisé aux États-Unis, met l'accent sur l'accroissement généralisé et inéluctable de la population carcérale qui s'accompagne des coûts qui s'élèvent à l'avenant. Dans la mesure où les États-Unis ont un territoire plus vaste et par conséquent une plus grande population carcérale, les moyens et les problématiques rencontrées semblent être du même ordre mais à une échelle plus importante.

On voit donc ici que les prisons du système pénitentiaire français semblent surpeuplées, ce qui peut impacter la qualité de vie des détenues ainsi que la qualité, ou peut-être même la possibilité, d'une prise en charge en ergothérapie. Au-delà d'une prise en charge, quels peuvent être les impacts d'un surinvestissement des prisons pour les personnes détenues ? La qualité des services proposés reste-t-elle la même ? Le climat hostile de l'incarcération ne serait-il pas amplifié, laissant apparaître des situations de handicap ?

1.3.2. L'apparition de pathologies psychiatriques

Ensuite on retrouve une importante présence de pathologies psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires. Suzanne Yang and Co. (13) décrivent dans leurs articles parus sur PubMed en 2005 « l'apparition ou le renforcement de certaines pathologies psychiatriques à l'issue d'une longue période d'incarcération en France. Il montre qu'après 11 ans en moyenne d'incarcération sur un échantillon de 67 personnes une analyse recensait notamment 8.5% de troubles psychotiques et 42,4% de troubles anxieux. Plus tard, l'article Santé Mentale (14) d'avril 2018 corrobore cette idée et recense quant à lui sur un échantillon de 800 personnes incarcérées en France 28% de troubles de l'humeur, 29,4% de troubles anxieux, 17% de troubles psychotiques ou encore 19,1% de troubles addictifs. A noter que parmi cet échantillon 35% des personnes présentent au moins un trouble. L'article de Desquelles A. (15) parut en 2005 dans Cairn vient corroborer cette idée en faisant état auprès de 2031 (dont 80 femmes) détenues la présence de 45% déficiences intellectuelles (3 fois plus que dehors) 26% déficiences motrices (2,5 fois plus que dehors). Enfin le rapport de Gilles Chantraine parut en 2011(16) par *Google Scholar* cible les mêmes problématiques à l'intérieur de prisons pour mineurs. En corroborant l'analyse ci-dessus il montre que l'âge des détenues n'a pas réellement d'influence. L'apparition d'un handicap mental peut survenir à tout âge dans le milieu carcéral.

On peut voir qu'il y a une apparition significative de pathologies psychiatriques en prison. Cela peut influencer sur les relations sociales des personnes et donc dans leurs activités. En faisant du lien avec la rubrique précédente, on peut se demander si les services de soin proposés peuvent être suffisants. De plus comment prendre en charge un patient en ergothérapie dans son environnement quand c'est possiblement lui qui lui est délétère ? Quels sont les moyens que nous avons pour lutter contre l'apragmatisme, l'aboulie ou encore l'inhibition par exemple ? Comment les soignants eux-mêmes appréhendent cette situation ?

1.3.3. Éthique et pratique :

La problématique suivante est celle de l'éthique dans la prise en charge des patients par le personnel soignant, le rapport distanciation/implication induit par l'exercice en milieu carcéral. (17). En guise de complémentation ce texte de Mostafa L(18) publié sur PubMed en 2017 qui évoque la télémédecine et de l'impact de l'avancement de la technologie et de sa possible implantation dans la réduction de l'accès aux soins. Il met en tension le côté utilitaire et le côté soin librement consenti par le patient ainsi que l'aspect manque de relation. Il s'avère que même s'il permettrait de répondre à plus de demande le manque de contact humain fait que ce procédé n'est pas apprécié par les patients.

Au vu de ces articles, on peut supposer que le milieu d'exercice de la profession influence le travail du soignant. Il l'influencerait suffisamment pour que la qualité de la prise en charge du patient soit remise en question. De plus on voit que le manque de relation inquiète les soignants, ont-ils des difficultés à créer du lien avec les personnes détenues ? Leurs montants de présence sont-ils suffisant pour permettre d'identifier leurs problématiques ?

1.3.4. Les conditions de vie et l'accès aux soins

Les conditions de vie et la prévention à la santé sont également des problématiques récurrentes et inhérentes à l'incarcération. Par exemple l'article de Laurent Michel and Co. (19) publié en 2011 dans PubMed met l'accent sur le manque de prévention, d'information sur le virus du HIV dans les prisons françaises ainsi que les faibles taux de contraceptifs accessibles. L'article de Laurent M. and Co (20) parut en 2008 sur Pubmed épaula cette prise de partie en faisant état de violence sexuelle, de transmission de maladie comme le HIV dû à l'échange de seringues

utilisées dans les injections. Les pathologies psychiatriques (ce qui fait le lien avec les rubriques précédentes) ne semblent pas être prises en charge de manière optimale.

La dernière thématique est celle de l'accès aux soins dans un milieu fermé. D'après les articles elle n'est pas systématique et ne respecte pas toujours la loi de 1994(1) ce qui a pour effet de nuire à la qualité de vie des détenues. Cela aurait-il pour effet d'alimenter certains troubles ? Pour un ergothérapeute qui travaille avec l'environnement, comment faire face à l'hostilité d'un lieu de vie et l'impossibilité pour une personne d'en changer ?

1.4. Problématique pratique :

La revue de littérature vient apporter des connaissances sur le contexte et nous aide à affiner notre problématique. En effet, de nombreux récits mettent en avant la différence quant aux prestations de santé proposées en milieu carcéral lesquelles ne semblent pas à la hauteur de ce qu'elles devraient. Les soins en ergothérapie seraient donc présents mais les interactions institutionnelles auraient un impact sur ceux-ci. De plus le milieu carcéral ne semble pas propice à la continuité des soins de natures psychiatriques. Nous arrivons à la problématique suivante :

En quoi le système carcéral influence la prise en charge en ergothérapie ?

1.5. Enquête exploratoire :

L'enquête exploratoire est utilisée pour confronter l'état des lieux de la revue de littérature à l'état des lieux des pratiques. De plus elle nous permet d'enrichir nos connaissances sur le sujet en récoltant l'avis des professionnels. Elle nous permet d'évaluer la différence entre la théorie et ce qui se fait réellement, en fonction de la réalité et des contraintes induites par le milieu extérieur, ce qui nous intéresse particulièrement. Elle permet également d'objectiver d'avantage notre recherche et notre vision de celle-ci. Elle impact directement sur notre posture professionnelle et nous permet de prendre de la distance par rapport à notre *a priori*. Enfin, elle nous permet de mieux orienter la suite de notre raisonnement et d'y intégrer des éléments déterminants qui n'étaient pas pensées avant.

1.5.1. Choix de la méthode :

Dans la mesure où le questionnaire principal concerne l'accès aux soins au sein d'une institution, une méthode quantitative semble être la plus appropriée car il permet de toucher un maximum de personnes pour obtenir un grand nombre d'informations à comparer et étudier. De plus c'est un dispositif qui garantit la faisabilité de la recherche. En effet, il aurait fallu réaliser beaucoup d'entretiens ou beaucoup de déplacements pour effectuer des observations pour obtenir la quantité d'informations suffisantes à la mise en tension des idées car pour percevoir la réalité de terrain par rapport à la problématique : il faut définir et interroger deux types de public : une population d'ergothérapeute exerçant en psychiatrie en milieu pénitentiaire, que l'on va comparer avec l'exercice de l'ergothérapie en psychiatrie en milieu ordinaire.

1.5.2. Population ciblée, critères d'inclusions et d'exclusions :

Le questionnaire est à destination des ergothérapeutes travaillant en secteur psychiatrique. L'objectif étant d'obtenir un regard sur un maximum de structures différentes de façon à mettre en lumière les différences institutionnelles et leurs impacts sur la pratique de l'ergothérapie. De ce fait il est nécessaire de cibler deux types de publics à qui adresser le questionnaire. Deux types de publics sont interrogés pour répondre aux attentes.

Public cible :

- Ergothérapeute travaillant en psychiatrie au moins à mi-temps en système carcéral (SMPR, UHSA)

Public comparatif :

- Ergothérapeute titulaire exerçant en psychiatrie au moins à mi-temps en milieu ordinaire sans restriction de liberté.

1.5.3. Choix et construction de l'outil :

Le questionnaire est choisi ici comme outil de recueil de données. Il est quantitatif et permet de mettre en tension deux variables (ici la pratique de la profession et les contraintes institutionnelles)

Le questionnaire a été construit en accord avec les axes soulevés par la revue de littérature.

La première partie concerne la structure d'exercice du professionnel. Elle permet de séparer le public cible et le public comparatif pour permettre une meilleure gestion des réponses.

La seconde partie est en lien avec la prise en charge institutionnelle de la surpopulation carcérale, la recrudescence de pathologies psychiatriques et l'effectif soignant présent sur le site. Elle tend à comparer les modalités de l'insertion d'une personne dans un processus de prise en charge ergo thérapeutique entre les différentes institutions.

La troisième partie met en lumière la confrontation entre les besoins du soignant dans l'exercice de sa pratique en lien avec ses moyens et ses buts avec les besoins et objectifs de son propre contexte institutionnel.

La quatrième partie concerne la dimension éthique de la prise en charge. La vision de l'exercice de la profession par l'ergothérapeute auprès d'une population en lien avec les valeurs de l'institution.

Le questionnaire comprend au total 14 questions dont la matrice de questionnement se situe en Annexe (Cf. Annexe 5 p.79).

Avantages et inconvénients :

Les avantages du choix du questionnement sont :

- l'anonymat qui est un moyen de rassurer l'enquêté et de recueillir des données plus personnelles et sincères ;
- un public plus nombreux et éloignés peut être mis à contribution ;
- absence de biais induit par la présence de l'examineur ;
- le temps de réflexion est adapté au besoin de l'enquêté ;
- la réponse est envoyée quand l'enquêté le souhaite.

Les inconvénients du choix du questionnaire sont :

- la préparation de celui-ci qui constitue une grosse part du travail, la difficulté réside dans la formulation ;
- il n'y a aucune garantie que la personne ciblée réponde ou qu'elle réponde seule ;
- la spontanéité est remise en question ;

- l'observation des comportements et l'analyse du langage non verbal est impossible ;
- la possibilité de non compréhension des questions et donc l'impossibilité de réponse

Modalités de diffusion :

Le questionnaire a été investi et régulé par le référent pédagogique et le référent professionnel qui ont permis d'affiner certaines questions et de réinterroger la pertinence et la cohérence de certaines questions. J'ai choisi de le faire tester auprès de ces deux professionnels dans la mesure où le référent pédagogique apporte des améliorations sur la forme tandis que le référent professionnel apporte des éléments supplémentaires sur le fond.

De plus il est important de mentionner que cet outil respecte les conditions de la loi Jardé relative à la protection de la personne dans la recherche impliquant la personne humaine (Cf. Annexe 6 p.82). (21).

Biais :

Il est important de prendre conscience que tout outil de recueil de données comporte des biais qui peuvent porter atteinte à l'objectivité des réponses. Il faut pouvoir les identifier pour tenter de les atténuer et prétendre à un maximum d'objectivité.

Le biais méthodologique : un recueil d'information insuffisant, incomplet ou difficile, une mauvaise formulation des questions, un excès de questions ouvertes dans un questionnaire : lassitude des sondés, comportement d'évitement et exploitation plus difficile.

Le biais de sélection : les personnes sondées ne sont pas représentatives des caractéristiques de la population-mère que l'on est censée étudier.

Le biais de confirmation : tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de leurs conceptions.

Le biais par effet de halo : une des caractéristiques de la personne qui détient l'information influe favorablement ou défavorablement la perception totale et globale de celui qui recueille l'information.

1.5.4. Outil de recueil de données :

Pour la partie traitement de données nous allons comparer deux types de publics. En effet, nous avons fait en sorte d'obtenir des réponses d'établissements pénitentiaires et d'établissements publics pour établir un comparatif aux niveaux des réponses du questionnaire. Pour cela nous avons choisi d'utiliser Excel® dans la mesure où celui-ci nous permet d'obtenir des résultats sous formes de schéma/graphique. Sa gratuité est également un critère de sélection. Pour certaines questions il sera aussi question d'utiliser une analyse par occurrence. C'est une méthode qui permet de relever les mots qui prédominent dans les réponses, plus le mot en question est écrit gros, plus sa fréquence d'utilisation est élevée. Le logiciel TagCrowd® est adéquat pour sa gratuité et son accessibilité.

1.5.5. Analyse des résultats :

A l'issue de cette enquête exploratoire, nous avons obtenu 12 réponses. Cet échantillon est bien trop faible pour mettre en avant les résultats obtenus. On ne peut pas généraliser les informations obtenues.

Notre objectif étant de mettre en lumière l'impact de l'institution sur la pratique en ergothérapie, tous les résultats seront rassemblés et confrontés suivants deux grands axes : le public cible (travaillant dans un système de type carcéral) et le public comparatif (travaillant en milieu ordinaire). Nous allons procéder à une analyse questions par questions

1.a. Dans quels types de structure travaillez-vous ?

Cette question permettait le séquençage instantané de nos réponses.

Public cible : 4 UHSA⁵, 2 CATTP⁶, 1UPHJ⁷ pour un total de 7 réponses

Public comparatif : 1 SAMSAH⁸, 2 unités hospitalières sous contraintes, 2 centres hospitaliers psychiatriques pour un total de 5 réponses.

⁵UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagé

⁶CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

⁷UPHJ : Unité Psychiatrique Hospitalière de Jour

⁸SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés

1.b. Quelles sont vos missions ?

Pour répondre à cette question nous avons effectué un schéma représentant l'analyse par occurrence, sous forme de nuage de mots, des réponses à la question. Il y a un schéma pour chaque type de public regroupant les missions de l'ergothérapeute.



Public cible



Public comparatif

2. Combien êtes-vous dans le service d'ergothérapie ? Avez-vous le même montant de présence ?

Pour le public cible on obtient une moyenne de 1,43 poste à temps plein tandis que pour le public comparatif la moyenne est de 2,4 poste à temps plein par structure.

3. Quels métiers composent votre équipe de soins ?

Ci-après les schémas d'occurrence sous forme de nuage de mots de la composition des équipes des deux types de publics :



Pour le public cible



Pour le public comparatif

4. Comment s'organise une réunion autour d'un patient entre professionnels dans votre institution ? Est-ce plutôt simple à mettre en place ?

Public cible : 2 ergothérapeutes ont une d'unité par semaine, un ergothérapeute a une réunion par semaine où il parle de tous les patients, 2 ergothérapeutes ont une réunion d'équipe par semaine dont l'un deux à une transmission par l'équipe de nuit tous les matins. Un ergothérapeute énonce qu'une date est fixé en fonction de la présence médicale pour qu'un maximum de personnel soignant soit présent. De plus d'autres services sont conviés. Un autre ergothérapeute nous parle de temps informel ou de supervision (temps d'échange et de réflexion avec un soignant extérieur à la structure pour avoir un regard extérieur sur une situation ou un patient).

Public comparatif : Un ergothérapeute a 2 réunions par semaine et 4 ergothérapeutes ont une réunion par semaine. Parmi les 4 l'un d'eux nous parle de la présence de la famille si le besoin se présente.

5. Pouvez-vous me décrire une journée type ? (Vos horaires, nombre de patients, durée des séances)

Pour cette question peut important les réponses, les ergothérapeutes correspondent tous à une base horaire de 8h, ces 8h étant disposés entre 8h30 et 17h30 avec un temps du midi d'environ 1h.

Public cible : 3 ergothérapeutes évoquent que leurs séances individuelles durent entre 45 minutes et 1 heure. 4 ergothérapeutes parlent de séances de groupe d'une durée avoisinant les 1h30.

Un ergothérapeute déclare avoir environ 12 patients dans la journée, un autre de 1 à 3 patients, un autre de 3 à 7. Un ergothérapeute recense une participation à ses activités de groupe de 4 à

9 personnes. Enfin un ergothérapeute sépare ses séances de groupes et ses séances individuelles : il dit qu'il a entre 0 et 2 séances de groupe et entre 0 et 7 séances individuelles.

Public comparatif : 3 ergothérapeutes annoncent des séances individuelles d'1h. Un ergothérapeute expose des séances de groupe de 1h30.

Un ergothérapeute voit entre 2 et 3 patients par jour et un autre voit entre 5 et 7 patients.

2 ergothérapeutes nous donnent des heures de prises en charge sans donner la durée ni le type de séances ni le nombre de personne.

6. Combien de fois voyez-vous les patients en moyenne dans la semaine ?

Public cible : le regroupement des résultats montre que les patients sont vus en moyenne 1,9 fois par semaine.

Public comparatif : le regroupement des résultats met en avant la présence des patients à hauteur de 2,6 fois par semaine.

7. Voyez-vous tous les patients qui sont censé recevoir des soins ? Si non, pourquoi ?

Public cible : Un ergothérapeute dit que oui. 4 ergothérapeutes nous dit qu'ils reçoivent les patients pour lesquelles ils ont des prescriptions ce qui pour 1 ergothérapeute ne veut pas nécessairement dire qu'il voit tous les patients qui sont censé recevoir des soins. Un ergothérapeute nous évoque le refus du patient de participer aux séances en précisant que c'est un phénomène courant en détention. Enfin un ergothérapeute, en plus de nous parler du refus du patient nous parle des contraintes liées à l'administration pénitentiaire.

Public comparatif : 3 ergothérapeutes nous disent que oui. Un nous parle de prescription non adaptée (demande d'animation) et un autre nous fait part du manque de prescription dû à la non connaissance de la profession par l'équipe.

8. Lors de la prise en charge, y'a-t-il une personne présente qui n'est pas du domaine de la santé ?

9. Si oui, pouvez-vous préciser de quel type de professionnel s'agit-il ?

Parmi toutes les réponses seulement 2 ergothérapeutes du public comparatif font état de personnel responsable de l'animation des séances, du personnel sportif ou des intervenants extérieurs.

10. Pouvez-vous communiquer avec l'entourage des patients que vous prenez en charge ?

Public cible : Tous les ergothérapeutes ont répondu négativement à la question, 3 d'entre eux précisent que c'est le rôle du médecin et de l'assistante sociale.

Public comparatif : 2 ergothérapeutes disent non, pour un ergothérapeute cela dépend et encore un autre nous décrit que cela arrive mais rarement. Enfin un ergothérapeute nous dit que c'est possible et réalisé.

11. Pour les ergothérapeutes travaillant en milieu carcéral, quelles sont les problématiques éthiques que vous pouvez rencontrer ?

- La question de la longue peine et du projet à long terme
- L'hospitalisation qui se substitue à la détention, les limites de l'accompagnement
- La présence de personne malade au sein de la détention. Le fait que la clinique devrait être faite hors milieu carcéral
- La difficulté de reproduire des soins équivalents à ceux du milieu extérieur
- Le travail conjoint avec la pénitencier tout en conservant le secret professionnel
- La neutralité du soignant
- La détention et l'hospitalisation

12. Pour les autres, pourriez-vous travailler en milieu carcéral ? Pourriez-vous développer succinctement

4 ergothérapeutes répondent que oui si l'exercice de la pratique reste en psychiatrie, c'est un milieu qui interroge. 1 ergothérapeute cependant ne se saisit pas de la question et donne pour argument le paradoxe entre le soin et la détention qui lui pose problème.

13. Que pensez-vous de la télémédecine et de son application en ergothérapie dans le cadre de la réhabilitation sociale ?

Public cible : 4 ergothérapeutes n'ont pas d'avis, 1 ergothérapeute pense que si le suivi est accompagné de séance cela peut être intéressant, 1 ergothérapeute pense que c'est un outil à développer et 1 ergothérapeute ne connaît pas vraiment le principe.

Public comparatif : 4 ergothérapeutes ne pensent pas à son application, le manque de contact et d'empathie étant trop prédominant (l'un d'entre eux évoque quand même l'évolution de la technologie et l'application aux professions de la santé). 1 ergothérapeute pense que la

mise en place, la gestion et le suivi peut permettre de favoriser l'*empowerment* et pense donc que c'est une bonne idée.

14. Avez-vous des remarques concernant un sujet qui n'aurait pas été abordé et qui se révèle être important pour vous ?

L'ergothérapeute évoque la lourdeur institutionnelle de la détention, une grande organisation et un grand délai de mise en place pour la réalisation d'un projet. Il est aussi question de toute la gestion du matériel, comment faire rentrer des éléments nécessaires aux activités. Selon ce professionnel : « La spontanéité n'existe pas en détention ».

1 ergothérapeute soulève également la place de l'Éducation Thérapeutique du Patient et le rôle de l'ergothérapeute dans la remédiation cognitive et les pratiques psychodynamiques ainsi que les formations associées.

1.5.9. Interprétation des résultats :

Dans les premières réponses on voit déjà se détacher les structures. Les missions semblent être plus axées sur l'évaluation, l'accompagnement ou les activités manuelles (défini par le mot production dans les réponses) pour le public cible tandis que le public comparatif comporte des objectifs plus tournés sur la réhabilitation ou la remédiation cognitive. Même si la clinique des patients n'est pas la même et que les structures possèdent des objectifs différents, je m'interroge : pourquoi le public du milieu carcéral parle d'accompagnement et pas de réhabilitation ? Il semblerait que leurs axes de travail soient plus centrés sur la capacité du patient à s'approprier sa pathologie pour mieux s'adapter à son environnement.

De plus, on peut voir dans la deuxième question que les ergothérapeutes sont plus nombreux dans les structures hors milieu carcéral, avec un montant d'environ 1 temps plein d'écart. Peut-être cela a un impact sur le potentiel apport de l'ergothérapie aux institutions et aux patients.

Dans la troisième question on voit que le personnel de psychiatrie en milieu carcéral est plus diversifié que dans les structures du milieu extérieur. Si on fait le lien avec l'idée précédente il se pourrait que ce soit un choix d'avoir moins d'ergothérapeutes pour apporter plus de richesses à l'équipe pluridisciplinaire.

Vient ensuite les questions concernant les journées types et la densité de patients au cours d'une journée. Les réponses mettent en avant que le public du milieu carcéral voit moins les patients sur une semaine ; un ergothérapeute dans ses réponses échelonne même sa réponse

en donnant une fourchette de patient pour ses séances de groupes et ses séances individuelles (0 à 2 et 0 à 7) qui portent à croire que la présence des patients est variable.

Quand on se penche sur les moyens mis en place et la présence des patients il semblerait que les équipes du système carcéral soit plus diversifiées et plus nombreuses mais que cependant elle reçoive moins les patients. Cela me questionne quant à l'objectif des structures : est-ce une volonté de leurs parts de recevoir si peu de patient ? ou prenne t'il en charge les patients quand ils sont présent ?

Ensuite viennent les questions qui mettent en lumière les contraintes institutionnelles. Le problème est soulevé par un questionnaire d'un ergothérapeute travaillant dans un UHSA. Je m'interroge sur les types de contraintes qui peuvent entraver les soins : Comment se chevauchent les institutions ? L'une prend elle le pas sur l'autre ? Impose t'elle sa vision de comment doit être traité une personne dans un système de privation de liberté ? En définitive de quelles contraintes institutionnelles parle-t-elle ?

Dans la continuité du questionnaire se trouve les questions relevant du questionnement éthique et des problématiques du système carcéral. On retrouve des dimensions spécifiques à l'exercice de soins en ce lieu. Le paradigme qui ressort le plus et celui du soin pendant la peine, et de comment se positionner pour être au plus proche des besoins sans que cela prennent le pas sur la privation de liberté. En outre la problématique institutionnelle revient de nouveau sur le devant de la scène, cette fois ci avec le patient au centre du questionnement.

En dernier lieu le questionnement sur la télémedecine. Je voulais connaître, dans une démarche personnelle, l'avis d'ergothérapeutes de tous bords sur le sujet. Il ne fait pas l'unanimité de manière générale dans son manque de présence et d'empathie. Au demeurant elle n'est cependant pas exclue par tous les thérapeutes qui parlent de « technologie qui rattrape notre époque ». D'autres ne l'exclue pas si elle est accompagnée d'un suivi régulier en face à face, ce qui rejoint l'idée que je m'en étais faite.

Les professionnelles de milieu extérieur se disent intéressé par l'exercice en milieu carcéral mais je me demande si les conditions d'exercices leurs seront appréciable. En définitive je me pose la question du sens apporté à la profession et l'exercice de sa propre pratique dans un système ou les contraintes institutionnelles semblent de premiers plans.

1.5.10. Limites :

Il me semble important de rappeler que le faible taux de réponse n'induit pas un côté scientifiquement fiable. De plus chaque fonctionnement est inhérent à la structure, tout comme le sont les objectifs en fonction du public ou des moyens matériels et humains. Le travail proposé dans cette enquête exploratoire se voit donc assez générale.

1.5.11. Confrontation avec la revue de littérature et questionnement :

Les résultats de l'enquête exploratoire nous permettent de confronter la théorie des articles scientifiques à ce qui se fait sur le terrain.

Pour ce qui est de la surpopulation carcérale, cela ne s'est pas trop fait ressentir dans la mesure où dans les réponses nous n'avions pas spécialement d'indicateur de surpopulation, de sur-sollicitation de la part de l'équipe de soin, au contraire les réponses nous donnaient à croire que peu de patients étaient pris en charge.

Pour ce qui est de l'apparition de pathologies psychiatriques on constate une volonté mis en place par l'unité de soin de diversifié son équipe pour répondre à des demandes spécifiques. De plus les termes « accompagnements » et « évaluation » pointent la naissance de certains handicaps psychiques. Ces termes montrent que l'équipe se montre attentive à la survenue de ces pathologies et à leurs développements.

Quant à l'accès aux soins il était question de savoir si les soins entreprient en milieu extérieur sont équivalent à ceux fourni en milieu carcéral. De manière globale avec les réponses on peut dire que l'accès aux soins est déficitaire dans les systèmes de privations de liberté, malgré les efforts pour disposer de bons moyens de prise en charge. En effet, les professionnels dénotent des contraintes institutionnelles et une difficulté d'accéder aux patients à certains moments.

Le questionnement éthique est quant à lui présent avec cette difficulté de trouver un juste milieu entre soigner et punir. De surcroît le positionnement même du soignant face à la justice et à la prise en charge de personnes criminels et également prédominant. C'est également pertinent de mettre en avant que ce ne sont pas des questionnements qui sont soulevé par les personnes qui se disent intéressé par l'exercice au sein de ce milieu. Peut-être ces personnes n'ont pas la mesure de la disponibilité professionnelle que cela implique d'après les ergothérapeutes concernés.

Enfin la dimension que soulève l'enquête exploratoire et qui n'aurait pas été abordé à sa juste valeur et la difficulté d'articuler le fonctionnement de deux institutions qui sont indépendantes dans leurs organisations mais dépendantes dans leurs fonctionnements.

A l'issu de cette analyse plusieurs questions me viennent à l'esprit :

- Pourquoi les soignants du milieu carcéral semblent avoir plus de difficulté à voir les patients alors que les moyens déployés pour y parvenir paraissent conséquent ?
- Que penses le patient de tout cela ? des soins lui sont proposer mais il ne peut pas toujours y accéder ?
- Cela a-t-il un impact sur la capacité du patient à faire des choix et à faire preuve d'autonomie ?

De plus la collaboration des institutions autour de patient m'interroge énormément :

- Comment communiquer autour du patient avec le personnel pénitentiaire tout en gardant le secret professionnel partagé ?
- Ce qui m'amène à m'interroger autour de l'alliance de ces deux institutions : ont-elles déjà eu des contentieux quant au devenir d'un patient ?
- Ou de sa vie au sein des murs ?

Chaque structure a un comportement spécifique avec ceux-ci. Je me demande d'ailleurs si une des institutions prend le pas sur l'autre, ce qui empêcherait l'une des deux structures de fonctionner, peut-être, correctement. De ce fait je me demande :

- Comment définir un système comme celui-ci ?
- Quelles sont les caractéristiques qui entretiennent cet établissement dans son intégralité ?

Il semble donc nécessaire de chercher à comprendre la complexité de ce système institutionnel.

En dernier lieu je me questionne sur notre rôle. Je me demande d'où viennent les difficultés et comment l'ergothérapeute à son niveau peut y remédier.

Dans cette équation complexe il faut garder à l'esprit qu'en tant qu'ergothérapeute nous ne voyons le patient que très peu dans sa vie de patient-détenue. Nous ne le voyons que lorsqu'il est convoqué sur l'unité de soin, s'il est présent.

Je me suis penché sur le référentiel de compétence de l'ergothérapeute défini par l'ANFE (22) et mon attention s'est arrêté sur la compétence 6 : Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie. Parmi les critères d'évaluations de cette compétence est mentionnée la notion d'alliance thérapeutique.

Revenons à notre question de départ qui était : En quoi le système carcéral influence la prise en charge en ergothérapie ?

A l'issu de l'enquête exploratoire, nous avons fait coïncider nos éléments comme la difficulté d'accès aux soins ou les problèmes éthiques soulevé par l'exercice de la pratique dans ce milieu. Néanmoins la notion d'entrave institutionnelle a une forte prédominance, cela en fait une pratique unique en ergothérapie. Un investissement dans la relation est un élément qui revient de façon récurrente mais les effets ces celle-ci ne sont pas clairement définies.

1.6. Question initiale de recherche

En quoi la relation thérapeutique impact sur l'accès aux soins pour les patients atteint de psychopathologies en milieu carcéral en ergothérapie ?

1.7. Cadre de référence :

Dans cette partie nous allons définir le cadre théorique de notre recherche qui va nous aider à apporter des éléments de réponses. Notre étude rentre dans le domaine social qui est l'étude des relations, actions et représentations sociales par lesquelles se constituent les sociétés. Elle vise à comprendre comment les sociétés fonctionnent et se transforment (23). Nous sommes également dans le champ de la psychologie sociale qui représente une branche de la psychologie qui se consacre à l'analyse des interactions, perceptions et influences sociales. (24)

En effet, nous avons vu dans la revue de littérature que les soins ne sont pas fondamentalement équivalent en milieu carcéral, de plus la collaboration des deux structures semble poser des problèmes à l'accessibilité de ceux-ci. Dans cette partie le concept de complexité selon Edgar Morin va être développé pour apporter des éléments de réponses. Selon l'enquête exploratoire, il arrive que les institutions aient des problèmes internes relatifs à leurs fonctionnements ou leurs règles et il semble important de comprendre pourquoi le système entier est paralysé car c'est les patients (ou détenus, suivant le versant où l'on se place justement) qui subissent le plus de désagrément. Ensuite le deuxième concept abordé sera l'alliance thérapeutique sur la base

de celle défini par Rogers. Il semblerait que la seule réponse que puisse avoir l'ergothérapeute avec son champ de compétence (22) dans ce genre de situation est d'avoir une qualité de relation telle que le patient pourrait faire preuve de plus d'autonomie pour malgré tout se rendre sur l'unité de soins. Ces concepts auront pour avantages de permettre une meilleure compréhension de ce dispositif de soins et d'apporter des possibles pistes qui nous permettront d'approfondir notre recherche pour l'exercice de l'ergothérapie en milieu carcéral.

1.7.1. La complexité selon Edgar Morin :

Pensée complexe

Edgar Morin déclare dans une interview du journal du CNRS que « plus on avance dans la connaissance, plus on découvre une nouvelle ignorance. C'est ce qu'illustre magnifiquement l'essor des sciences modernes ». Il énonce également dans le magazine « Les Echos » (25) que la pensée est dite complexe quand les gens n'arrivent pas à exprimer certaines choses. C'est un mot utilisé pour exprimer ce qui a cessé d'être simple. Lorsque notre éducation nous apprend à séparer les réalistes en petits morceaux différent à travers différentes disciplines, il s'avère que tout n'est pas disposé de la sorte et que tout est lié. La pensée complexe tend donc à relier ce qui, dans notre perception actuelle, ne l'est pas.

Nous allons développer cette pensée au travers du livre *Introduction à la pensée complexe d'Edgar Morin* parut dans les éditions Point en 2005. (26)

La théorie systémique :

La théorie des systèmes et la cybernétique se recoupent en une zone incertaine commune. En principe, le champ de la théorie des systèmes est beaucoup plus large [...] de l'atome à la galaxie en passant par la molécule. Un système peut donc être défini par l'association combinatoire d'éléments différents. De fait la théorie des systèmes de von Bertalanffy partie d'une réflexion sur la biologie s'est répandue de façon buissonnante dans des directions différentes.

On peut dire de la théorie des systèmes qu'elle offre un visage incertain pour l'observateur extérieur, et pour celui qui pénètre en elle.

L'ordre et le désordre :

Dans l'univers, nous pouvons supposer qu'à l'intérieur de ces étoiles vont parfois s'unir, dans des conditions extrêmement désordonnées, trois noyaux d'hélium, lesquels vont constituer

l'atome de carbone. Dans des soleils qui se sont succédé, il y aura assez de carbone pour que, finalement sur une petite planète excentrique, la Terre, il y ait ce matériau nécessaire sans lequel il n'y aurait pas ce que nous appelons vie.

Nous voyons comment l'agitation, la rencontre au hasard sont nécessaires à l'organisation de l'univers. On peut dire du monde que c'est en se désintégrant qu'il s'organise. Voici une idée typiquement complexe. Dans quel sens ? Dans le sens où nous devons unir ensemble deux notions qui, logiquement, semblent s'exclure : ordre et désordre. De plus, on peut penser que la complexité de cette idée est encore plus fondamentale. En effet, l'univers est né d'un moment indicible, qui fait naître le temps du non-temps, l'espace du non-espace, la matière de la non-matière. On arrive par des moyens tout à fait rationnels à des idées portant en elle une contradiction fondamentale. La complexité de la relation ordre/désordre/organisation surgit donc quand on constate empiriquement que des phénomènes désordonnés sont nécessaires dans certaines conditions, dans certains cas, à la production de phénomènes organisés, lesquels contribuent à l'accroissement de l'ordre.

Autonomie

La notion d'autonomie humaine est complexe puisqu'elle dépend de conditions culturelles et sociales. Pour être nous-mêmes, il nous faut apprendre un langage, une culture, un savoir, et il faut que cette culture elle-même, soit assez variée pour que nous puissions nous-mêmes faire le choix dans le stock des idées existantes et réfléchir de façon autonome. Donc cette autonomie se nourrit de dépendance; nous dépendons d'une éducation, d'un langage, d'une culture, d'une société, nous dépendons bien entendu d'un cerveau, lui-même produit d'un programme génétique, et nous dépendons aussi de nos gènes.

Trois principes

Il y a trois principes qui aident à penser la complexité. Le premier est le principe dialogique. Prenons l'exemple de l'organisation vivante. Elle est née, sans doute, de la rencontre entre deux types d'entités chimico-physiques, un type stable qui peut se reproduire et dont la stabilité peut porter en elle une mémoire devenant héréditaire : l'ADN, et d'autre part, des acides aminés, qui forment des protéines aux formes multiples, extrêmement instable, qui se dégradent mais se reconstituent sans cesse à partir de messages qui émanent de l'ADN. Autrement dit, il y a deux logiques : l'une, celle d'une protéine instable, qui vit en contact avec le milieu, qui permet l'existence phénoménale, et l'autre qui assure la reproduction. Ces deux principes ne sont pas forcément juxtaposés, ils sont nécessaires l'un à l'autre. Le processus

sexuel produit des individus, lesquels produisent le processus sexuel. Les deux principes, celui de la reproduction trans-individuelle et celui de l'existence individuelle *hic et nonc*, sont complémentaires mais ils sont aussi antagonistes. Parfois, on s'étonne de voir des mammifères manger leurs enfants et sacrifier leurs progénitures à leur propre survie. Nous-mêmes nous pouvons nous opposer violemment à notre famille et préférer notre intérêt à celui de nos enfants ou de nos parents. Il y a dialogique entre ces deux principes.

Ce qui a été dit, de l'ordre et du désordre, peut être conçu en termes dialogiques. L'ordre et le désordre sont deux ennemis : l'un supprime l'autre mais en même temps, dans certains cas, ils collaborent et produisent de l'organisation et de la complexité. Le principe dialogique nous permet de maintenir la dualité au sein de l'unité. Il associe deux termes à la fois complémentaires et antagonistes.

Le deuxième principe est celui de la récursion organisationnelle. Pour la signification de ce terme, je rappelle le processus du tourbillon. Chaque moment du tourbillon est à la fois produit et producteur. Un processus récursif est un processus où les produits et les effets sont en même temps causes et producteurs de ce qui les produit. On retrouve l'exemple de l'individu, de l'espèce et de la reproduction. Nous, individus, nous sommes les produits d'un processus de reproduction qui est antérieur à nous. Mais une fois que nous sommes produits, nous devenons les producteurs du processus qui va continuer. Cette idée est valable aussi sociologiquement. La société est produite, rétroagit sur les individus et le produit. S'il n'y avait pas la société et sa culture, un langage, un savoir acquis, nous ne serions pas des individus humains. Autrement dit, les individus produisent la société qui produit les individus. Nous sommes à la fois produits et producteurs. L'idée récursive est donc une idée en rupture avec l'idée linéaire de cause/effet, de produit/producteur, de structure/superstructure, puisque tout ce qui produit revient sur ce qui le produit dans un cycle lui-même auto-constructif, auto-organisateur et auto-producteur.

Le troisième principe est le principe hologrammatique. Dans un hologramme physique, le moindre point de l'image de l'hologramme contient la quasi-totalité de l'information de l'objet représenté. Non seulement la partie est dans le tout, mais le tout est dans la partie. Le principe hologrammatique est présent dans le monde biologique et dans le monde sociologique. Dans le monde biologique, chaque cellule de notre organisme contient la totalité de l'information génétique de cet organisme. L'idée donc de l'hologramme dépasse, et le réductionnisme qui ne voit que les parties et le holisme qui ne voit que le tout. C'est un peu l'idée formulée par Pascal : « Je ne peux pas concevoir le tout sans concevoir les parties et je

ne peux pas concevoir les parties sans concevoir le tout. » Cette idée apparemment paradoxale immobilise l'esprit linéaire. Mais, dans la logique réursive, on sait très bien que ce qu'on acquiert comme connaissance des parties revient sur le tout. Ce qu'on apprend sur les qualités émergentes du tout, tout qui n'existe pas sans organisation, revient sur les parties. Alors on peut enrichir la connaissance des parties par le tout et du tout par les parties, dans un même mouvement producteur de connaissances. Donc l'idée hologrammatique est elle-même liée à l'idée réursive, qui elle-même est liée à l'idée dialogique en partie.

A l'aide du développement de ce concept on peut mettre en avant plusieurs formes de systèmes qui correspondent à notre thème de recherche :

- Le système Patient- milieu carcéral
- Le système Patient- unité de soins
- Le système soignant –milieu carcéral
- Le milieu carcéral – l'unité de soins
- Le milieu carcéral- l'unité de soins- le patient
- Le milieu carcéral- l'unité de soins- le détenu

De façon globale on peut mettre en avant le fait que suivant le système dans lequel on se place les réactions, les priorités et les choix ne sont pas les mêmes et ne sont pas discutables. Il y aurait des discussions sur des faits concrets, objectifs qui ne pourrait être qu'investi de manière subjectives par des représentants que n'ont pas le même référentiel de pensée.

De façon à faire du lien avec le sujet, on peut donc penser que l'accès aux soins serait moins important pour les surveillants qui auraient d'autres priorités et qui par conséquent ne privilégieraient pas l'accès aux soins des personnes détenues. De plus les détenues sont plus en contact avec les surveillants, qui représentent l'autorité et l'établissement, on peut être amené à croire que même si l'investissement des patients est présent il reste difficile pour eux d'aller à l'encontre des décisions des représentants de la loi pour prétendre à un déplacement sur l'unité sanitaire pour une prise en charge.

En outre, dans la mesure où les déplacements sont régis par les surveillants, l'ergothérapeute ne peut pas prétendre à endosser ce rôle. Enfin, l'arrivée en séance constituant l'aboutissement d'une chaîne opérationnelle, on peut s'interroger sur la capacité des soignants à être prévenu de l'absence des personnes.

1.7.2 *L'alliance thérapeutique :*

Origines

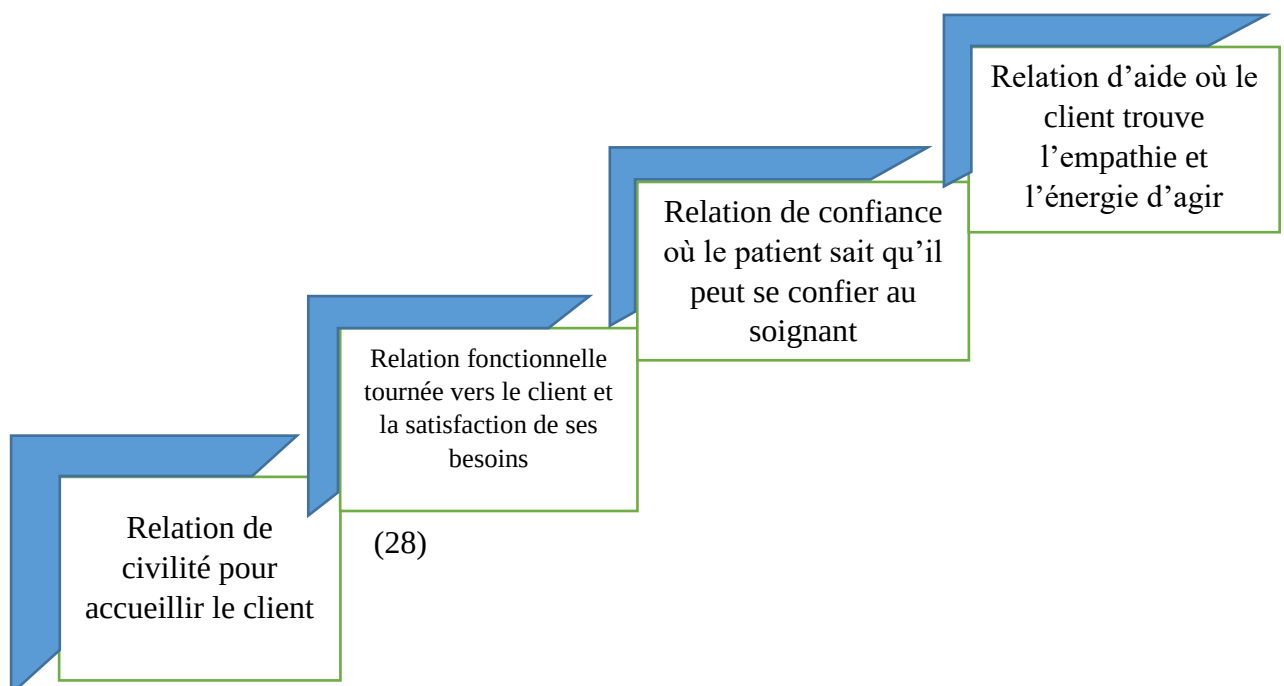
L'alliance thérapeutique est un concept qui voit le jour avec Sigmund Freud en 1913. Ce terme désignait un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du soignant qui tendait à des obligations réciproques. Il mettait donc l'accent sur la nécessité d'une relation forte entre les deux parties. Mais c'est Carl Rogers qui met en place les principes qui rendent l'alliance thérapeutique facilement transposable aux soins. Par son approche centrée sur le patient où par son approche centrée sur la qualité de la relation elle-même, il souligne l'importance de la présence, l'écoute, le non-jugement, la considération positive et l'empathie. (27)

Définition

Rogers posait aussi les jalons de la responsabilité de la personne à faire face à sa propre progression pour y arriver, c'est la notion d'auto-actualisation. Dans son ouvrage sur l'alliance thérapeutique Edouard Collot parle en 2011 de la mise en commun des objectifs qui induit un lien entre le thérapeute et le patient qui favorise la mise en commun d'un projet de soin. (28)

Dimension affective	Dimension professionnelle
- Être empathique, comprendre la réalité de l'autre et se concentrer sur le contexte et le contenu - Avoir du respect, être chaleureux : manifester de l'intérêt pour ce que l'autre dit, la considérer et l'accepter sans le juger (c'est un aspect qui s'applique aussi pour soi) - L'authenticité que peut avoir le soignant au contact de son patient, son habilité à se sentir « à l'aise », « ce que je montre de moi c'est ce que je suis ». L'authenticité consiste à faire part de ses propres sentiments quand ceux-ci sont constructifs pour la relation	- Être proche sans être vulnérable - Être distinct du patient sans être distant - Être chaleureux sans être dans l'affect - Prend soin de l'autre sans oublier de prendre soin de soi Sans cette dimension, la charge émotionnelle peut devenir éprouvante, voire dangereuse.

Pour que le soignant soit le plus à même d'instaurer un climat de confiance, il faut qu'il trouve la juste mesure entre une part affective et une part professionnelle. Ensuite, il y a plusieurs catégories de relations à vivre avant que le patient se sente en confiance pour pleinement s'épanouir :



On voit donc à travers ces étapes que l'ouverture d'esprit, la sensibilité et l'accueil des besoins constituent le meilleur atout du thérapeute pour aider la personne à se déployer de façon efficace.

L'implication mutuelle :

Au sein de cette relation on peut retrouver plusieurs types d'implications :

- Une volonté de s'engager ensemble dans un projet de soins établi préalablement avec un consentement mutuel
- Une confiance et une considération des besoins mutuels
- La participation d'un réseau de suivi et d'entraide ainsi qu'un moyen d'évaluer la progression de celui-ci

Remise en question :

Parfois il se peut que les efforts des deux parties ne soient pas suffisant pour permettre à cette alliance. Une altération du comportement dû à un traitement médicamenteux ou une relation avec un autre intervenant de santé peuvent par exemple provoquer une faille dans l'alliance thérapeutique. L'objectif est donc ici d'avoir un comportement ouvert et conciliant.

En se basant sur le diagramme de processus de changement de Prochaska et Di Clemente (Cf. Annexe 8 p.84) le thérapeute doit :

- Conserver une approche ouverte et centrée
- Éviter les contrariétés
- Respecter les choix du patient
- Faire attention à l'interprétation de l'ambivalence, qui n'est pas forcément signe de refus et accepter celle-ci
- Approfondir les signes de découragement

A travers ce concept on voit que la relation tend à être un grand soutien dans la réalisation du projet de soin du patient. Il se pourrait donc que favoriser l'alliance thérapeutique avec son patient pourrait améliorer sa capacité d'autonomie dans le cadre de sa prise en soin dans un système où pas grand-chose ne semble modifiable ou adaptable. Cette alliance thérapeutique permettrait au patient de travailler sa capacité d'autonomie, de travail autour de l'estime de

soi, de travailler sur son système d'ancrage à une réalité concrète et de choisir son rythme de journée et ainsi valoriser son équilibre occupationnel. En définitive un travail autour de l'accès aux soins peut venir accompagner une prise en charge en séance.

1.9. Problématisation théorique :

La revue de littérature et l'enquête exploratoire nous amène au développement des concepts d'alliance thérapeutique et de complexité selon Edgar Morin, les matrices théoriques de ces deux concepts sont explicitées sur l'annexe 8. Le questionnement se précise.

Tous ces éléments sont à mettre en corrélation avec le milieu carcéral en introduisant le principe de complexité développé précédemment. L'alliance serait-elle suffisante dans ce milieu ? Ne va-t-elle pas induire un déséquilibre dans les représentations du patient, induisant de bonnes et de mauvaises personnes ? Enfin, l'alliance thérapeutique si situant sur un palier supérieur, n'y a-t-il pas des risques encore plus importants dans ce type de structures comme des troubles de l'attachement ou des réactions transférentielles ?

Comment prendre en compte la totalité d'un système que varie en fonction de la façon dont on se l'approprie ?

Ces concepts nous aident à proposer une action que peut entreprendre l'ergothérapeute dans une institution comme celle-ci pour favoriser l'adhésion des patients à leurs prises en soins. En définitive si le patient n'est vu par le thérapeute qu'au moment où il se situe sur l'unité de soins et la complexité du système dans un milieu fermé où aucun ne peut prendre de décisions pour l'autre, le seul moyen serait d'entreprendre une relation de qualité avec le patient. Les interactions entre le patient (ou la personne détenue) et les systèmes concernés auront tendances à refléter les relations entre cette personne et les membres du système concerné.

1.10. Question et objet de recherche

En prenant en compte la complexité du système, comment l'alliance thérapeutique influence l'accès aux soins en milieu carcéral pour les patients atteints de psychopathologies en ergothérapie ?

Nous procéderons à une étude expérimentale sur l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'accès aux soins de patients atteints de psychopathologies en ergothérapie en milieu carcéral.

Partie 2 : Matériel et Méthode :

2.1 : Objectif de recherche :

Notre objet de recherche est : l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'accès aux soins en milieu carcéral pour les patients atteints de psychopathologies en ergothérapie. Notre objectif est donc de montrer qu'il existe un lien entre ces deux variables. Pour cela nous allons recueillir des informations de terrains auprès des ergothérapeutes qui exercent dans le domaine de la psychiatrie en milieu carcéral.

2.2 : Méthode de recherche :

Notre objet s'intéresse donc aux invariant dans un groupe plutôt qu'aux individualités, et maintenant il faut démontrer cet impact, c'est pourquoi la méthode expérimentale s'impose.

Elle vise à tester deux groupes qui ont subi un événement ou non (groupe témoin/groupe test) et on tente de décrire les variations qui en résultent. Avec cette méthode on entre dans le paradigme des recherches fondées sur un a priori théorique, le but étant de tester une hypothèse générale par l'expérimentation d'une ou plusieurs variables observables. Pour ce faire l'hypothèse sera soumise à une expérimentation et une analyse statistique des données recueillies.

Cette méthode œuvre pour la généralisation, la systématisation de la notion de loi. C'est une méthode quantitative. (29)

La méthode pour notre approche sera inductive, à partir de concept, nous allons formuler des prédictions à partir de cas concret. On récolte ensuite les données pour voir si elles concordent avec les prédictions et qu'elle confirme les hypothèses. (30)

2.3 : Identification des variables :

En reprenant notre objet de recherche, on aboutit à l'hypothèse initiale suivante:

L'alliance thérapeutique est liée à l'accès aux soins des patients psychopathologiques en milieu carcéral en ergothérapie

Donc

Hypothèse initiale : L'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le patient influence le montant de présence de ce dernier dans le cadre de séance d'ergothérapie dans un système carcéral.

A la suite de quoi deux types de variable de différencie :

- La qualité de la relation thérapeutique, l'alliance thérapeutique, qui devra être évalué suivant les critères de Rogers.
- Le montant de présence, qui viendra directement faire écho suivant notre hypothèse à la qualité de l'alliance.

C'est une expérimentation de type « invoqué » car la variable « qualité de l'alliance » et « montant de présence » existent déjà dans le terrain de la recherche.

2.4 : Validation des hypothèses

Pour valider les hypothèses, il faut étudier les relations entre théorie et hypothèses. (Beaugrand, 1988) (30).

Selon lui, une théorie peut être décrite de manière formelle de la façon suivante :

$$T = \{H \rightarrow t\} \rightarrow t^*$$

T : La théorie

H : Les prémisses, les postulats de bases

$\rightarrow$: L'implication logique qui relie une ou plusieurs prémisses

t : Les « théorèmes déductibles », c'est-à-dire les hypothèses résultantes de la déduction logique effectué à partir des prémisses.

t* : Hypothèses empiriques

Appliquer à notre étude on obtiendrait la formule suivante :

L'augmentation de l'accès aux soins en milieu carcéral pour les patients psychopathologiques en ergothérapie = {Une relation thérapeutique installée $\rightarrow$ Une bonne alliance thérapeutique} $\rightarrow$ Une bonne alliance thérapeutique améliore l'accès aux soins des patients psychopathologiques en ergothérapie en milieu carcéral.

Il faut savoir que la validation d'une hypothèse, qui conduit à la validation ou l'infirmerie de celle-ci à partir des données empiriques, sera vraie tant que les énoncés de bases ne sont pas en contradiction avec la réalité. La logique de réfutation des hypothèses est traitée par Grünbaum en 1963 (30) : les hypothèses opérationnelles (t^*) sont confrontées aux données empirique recueilli lors d'expérimentation (e^*)

$$T = \{H \rightarrow t\} \rightarrow t^* \rightarrow e^*$$

e^* : données recueillies lors d'expérimentation

Il faudra donc confronter les données de terrains pour valider nos hypothèses, qui seront donc vrai tant qu'elles reflètent la réalité.

2.5 : Choix de la population :

Pour répondre aux critères de sélection pour ce test il faudra que les enquêtés remplissent les conditions suivantes :

- Les ergothérapeutes devront travailler en milieu carcéral en psychiatrie
- Les ergothérapeutes devront exercer dans un établissement pénitentiaire où les déplacements sont régis par les surveillants, représentant du ministère de la défense.
- Les ergothérapeutes devront être titulaires, pour assurer une présence importante pour pouvoir prétendre à des relations fortes.
- Les ergothérapeutes devront au moins entreprendre des interventions, seuls auprès de patients

2.6.1: Choix et construction de l'outil de recueil de données :

Les statistiques permettent de contrôler la part du hasard, plus le nombre de sujets augmentent, plus le risque due au hasard diminue. C'est pour cela qu'il faut un large échantillon. (29)

Pour ce faire nous allons donc procéder à l'élaboration d'un questionnaire (dont les avantages/inconvénients/biais ont été énoncés pour l'enquête exploratoire)

Ce questionnaire, même s'il ne recueille pas beaucoup de réponses (ce qui constituera sans doute le biais principal de cette recherche) pourra être rempli par des ergothérapeutes de n'importe où en France. Il pourra également être rempli dans un espace-temps confortable pour

l'enquête, quand bien même il devra répondre seul. Cet outil de recueil de donnée se base sur le quantitatif, donc sur le nombre de personnes enquêtées et vient faire le lien avec la validation des hypothèses, celles-ci seront toujours valables tant qu'elles reflètent la réalité du terrain et cette réalité pourra être jugée sur un large panel de personnes de différents horizons.

Cependant l'enquête exploratoire m'a permis de me rendre compte de certains inconvénients que nous pouvons anticiper maintenant :

- Les temps de réponses qui sont assez longs : il ne faut pas hésiter à s'y prendre en avance pour être certains que les gens répondent, ou les relancer.
- Avoir des adresses en amont pour être certain d'avoir des réponses
- Faire des phrases claires pour être compris, quitte à expliquer plus en détail en introduction le sujet de l'étude ou les concepts

Pour construire ce questionnaire nous avons élaboré des matrices théoriques et une matrice de questionnement qui se trouve en annexe (Cf. Annexe 9 et 10 p.85 à 87).

2.6. Echantillonnage :

Aucun processus d'échantillonnage n'a pu être entrepris, le recensement des professionnels exerçant dans ce type de structure n'a pas pu être réalisé, par conséquent il n'y a pas d'ordre de grandeur. Les seules données connues sont la présence de 86 maisons d'arrêts et de 94 établissements pour peines parmi lesquelles se trouvent 19 SMPR. (31)

2.7. Test du dispositif :

. Ce test a permis de revoir certaines formulations. Il a également permis de revoir le caractère scientifique du dispositif en justifiant les questions à l'aide de matrices.

2.8. Analyse des données :

Pour analyser nous allons utiliser le logiciel Excel®. C'est un outil fiable et évolutif qui nous permet de disposer clairement nos données sous formes de tableaux et de graphiques. De plus Excel bénéficie d'une bonne notoriété de par son efficacité et sa pérennité.

Partie 3 : Résultats

3.1 Données descriptives :

Cinq réponses ont été obtenu pour ce questionnaire, nous allons procéder à une analyse question par question.

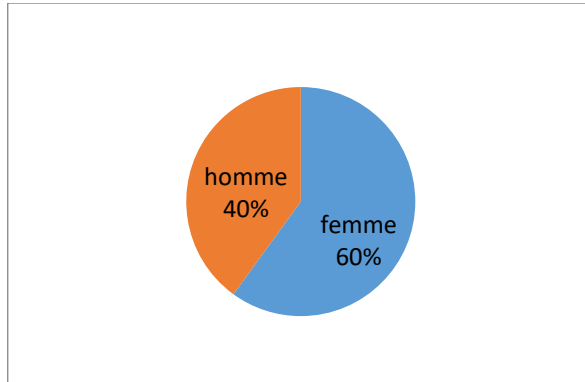


Diagramme 1 : Sexe des thérapeutes

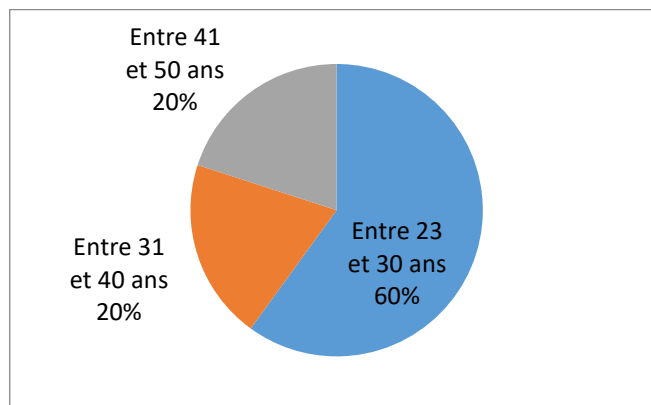


Diagramme 2 : Age des thérapeutes

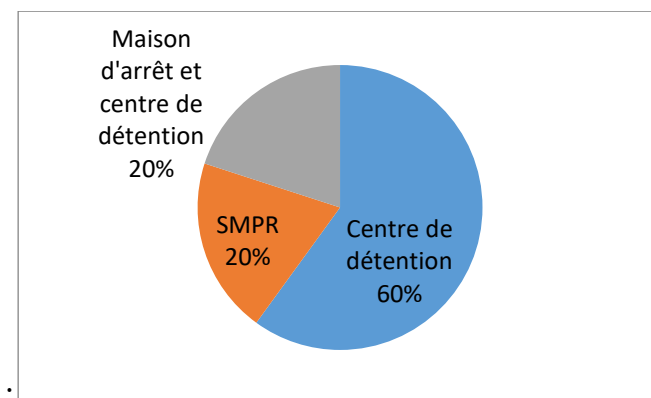


Diagramme 3 : Lieu d'exercice des professionnels

D'après les enquêtés 4 travaillent dans des institutions dont les déplacements sont régis par les surveillants tandis que 1 déclare que cela dépend de ces lieux de travail. A noter que la personne qui a répondu oui et non travaille à la fois dans un centre de détention et à la fois dans une maison d'arrêt.

Voilà 2 graphiques recensant respectivement les valeurs du score de l'alliance et le montant de présence en séances. (Regroupant les questions 4 à 10)

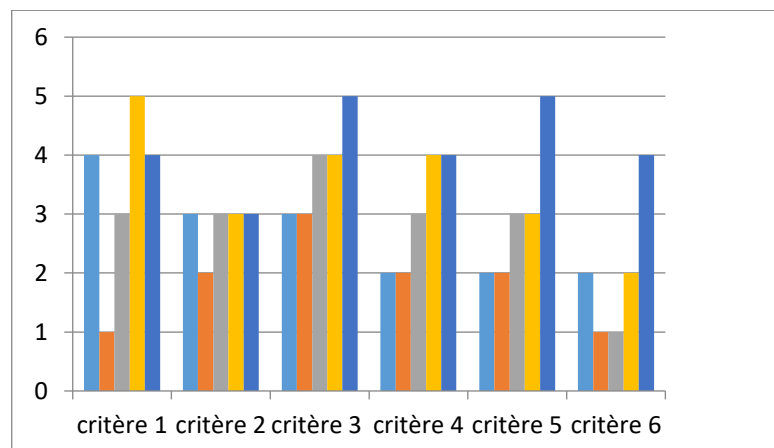


Diagramme 4 : Récapitulatif des scores de l'alliance correspondant à la première série du questionnaire

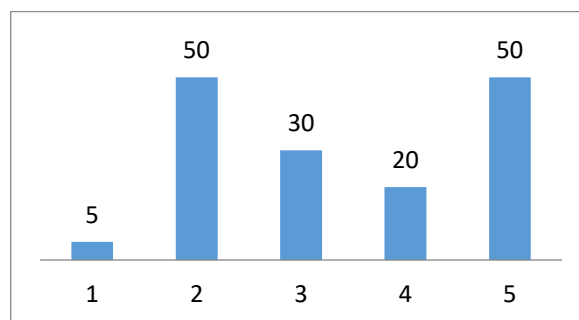


Diagramme 5 : Montant de présence des patients

Voici les descriptions de la question 4 des soignants par rapports à ces patients :

- Personne 1 : 5%
- Personne 2 : Monsieur est inscrit dans un groupe thérapeutique co-animé par un psychomotricien, un infirmier, et un ergothérapeute. La médiation utilisée est l'argile. Il a été orienté par la psychologue pour avoir un espace d'échange avec les autres, la médiation « artistique » lui plaît. L'argile est d'autant plus pertinente que monsieur a également un vécu corporel compliqué (militaire, multiples opérations, corps algique). Pas de symptomatologie aiguë, mais un état dépressif à bas bruit. Il vient environ à une séance sur deux.
- Personne 3 : Dépression, désinvestissement de soi 30%
- Personne 4 : Mr est atteint de psychose de type psychose blanche, il est très apathique, verbalise son besoin de venir et sa volonté lors des activités thérapeutiques mais réussit peu à venir. Pourcentage de présence 20%
- Personne 5 : Jeune homme -25 ans, borderline, environ 50% de présence

Ensuite, sur la même base que précédemment, deux graphiques montrant les résultats de la deuxième série. (Regroupant les questions 11 à 17)

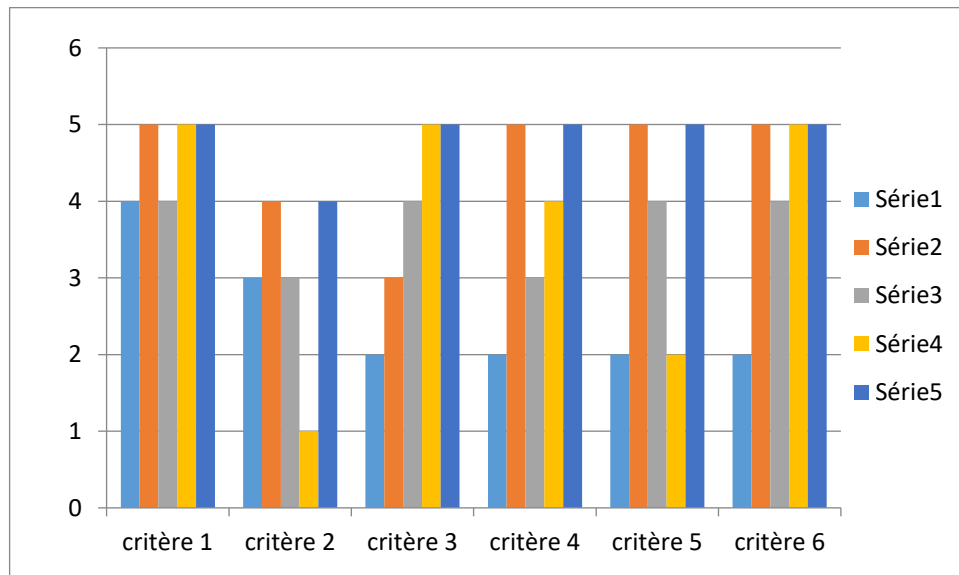


Diagramme 6 : Récapitulatif des scores de l'alliance correspondant à la deuxième série du questionnaire

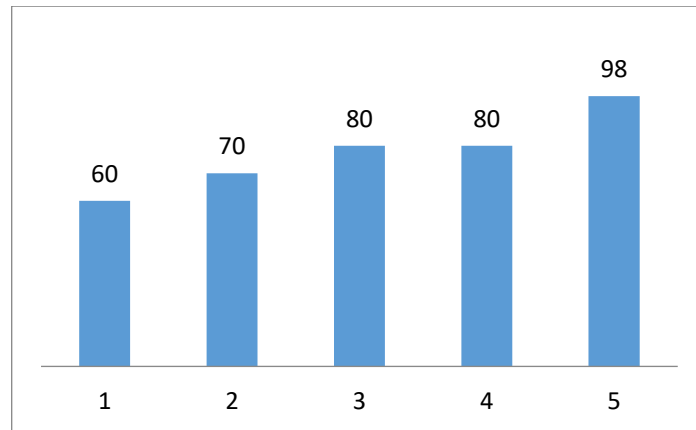


Diagramme 7 : Montant de présence des patients

Voici les descriptions de la question 11 des soignants par rapports aux patients :

- Personne 6 :60%
- Personne 7 : Monsieur est suivi par le SMPR depuis 6 ans. Souvent présent à hauteur de 70%, voire nous sollicite entre deux. Grand questionnement sur lui-même, ses origines (il a oublié sa langue maternelle...qu'il a parlé jusqu'à ses 16 ans quotidiennement), sa famille. Dépression voilée ? Etat limite ? Psychopathe ? Investissement massif des soignants qui le prenne en soin, ou rejet tempéré...Sans jouer trop de mécanismes de clivage.
- Personne 8 : Trouble de l'attachement, dépression 80%
- Personne 9 : Mr G. patient psychopathe, verbalise ce que l'activité lui apporte, diminution des scarifications, élaboration d'un projet de vie à moyen terme avec ses situations de handicaps. 80%
- Personne 10 : Homme de 30 ans ; schizophrène, 98%.

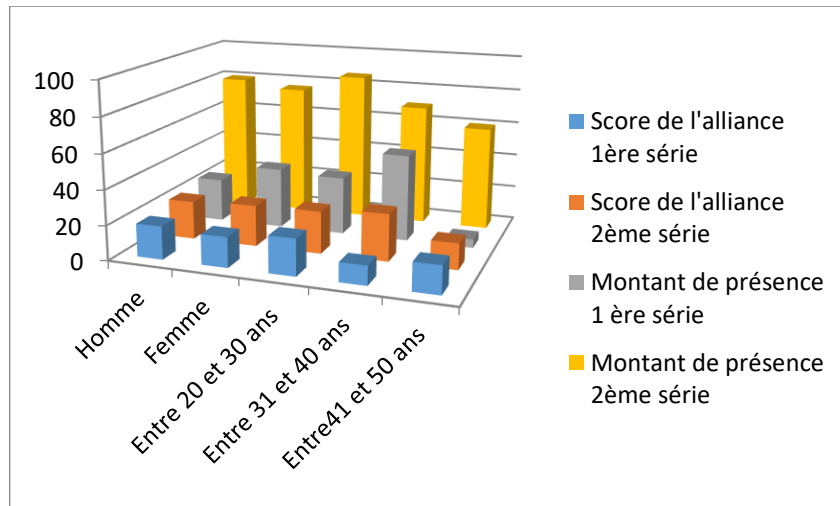


Diagramme 8 : Comparatif du sexe et de l'âge en adéquation avec les informations recueillis.

Voici en conclusion les remarques additionnelles des soignants de la question 18 :

- Soignant 1 : La bienveillance au sein de mon secteur d'activité peut être néfaste pour les prises en charge. L'accueil doit être adapté en fonction du patient et du transfert thérapeutique mis en jeu.
- Soignant 2 : Il est compliqué de visualiser un patient qui ne vient pas beaucoup, parce que le suivi s'arrête alors rapidement (liste d'attente longue). Les patients investissent en général très rapidement l'activité thérapeutique, même si la relation est compliquée à mettre en place. Ils viennent. En testant, en « mordant » même parfois, mais ils viennent. Sinon... Bah je ne leur propose pas d'autre rendez-vous, tout en restant disponible si besoin.
- Soignant 3 : Difficulté de se placer dans la relation pour être présent sans créer d'addiction à la relation
- Soignant 5 : Difficile de définir si la personne perçoit les attitudes du thérapeute, il faudrait lui demander ; La personne ne doit pas être en état de congruence ? En tant que thérapeute, j'ai tendance à penser que la congruence est un signe de bonne santé mentale, non ?

3.2 Données statistiques :

On rappelle dans cette partie que les résultats statistiques ne peuvent être que préliminaires en raison du faible taux de données induit par un nombre limité de réponses à l'enquête.

Lien de corrélation : Test de Pearson

Rappel de la question de recherche : Comment l'alliance thérapeutique influe sur l'accès aux soins des patients atteints de psychopathologies en milieu carcéral en ergothérapie ?

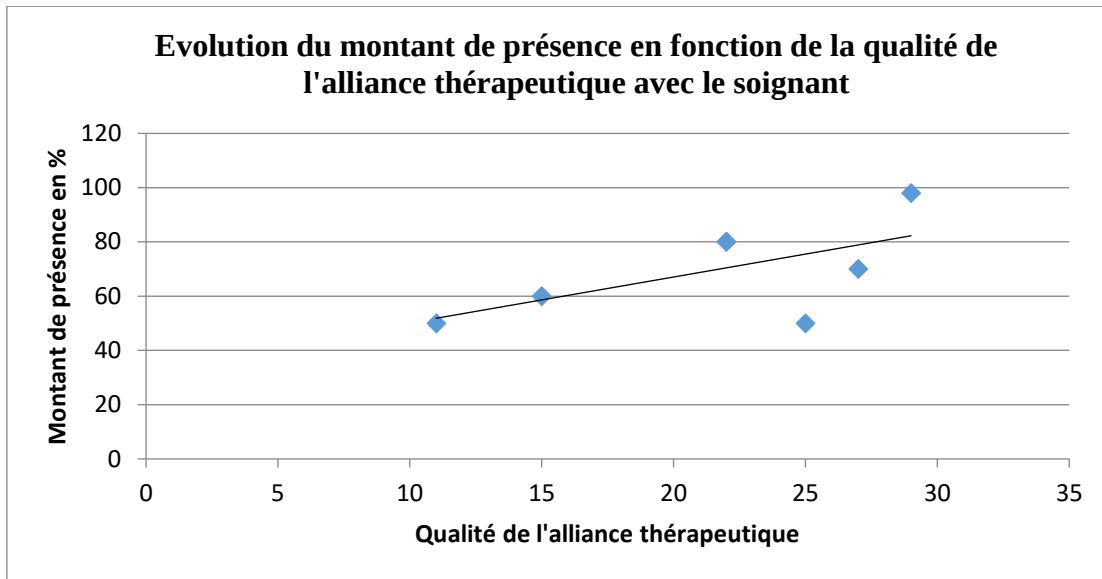
Hypothèse d'un facteur explicatif : l'alliance thérapeutique améliore l'accès aux soins

L'accès aux soins sera défini en terme de montant de présence sur l'axe des ordonnés.

L'axe des abscisses correspond à la qualité de l'alliance thérapeutique (défini à partir des items de Rogers).

0 est la note minimale et 30 la note maximale.

Variables	Montant de présence	Qualité de l'alliance thérapeutique
Série 1 Personne 1	5	16
Personne2	50	11
Personne 3	30	17
Personne 4	20	21
Personne5	50	25
Série 2 Personne 1	60	15
Personne 2	70	27
Personne 3	80	22
Personne 4	80	22
Personne 5	98	29



Le coefficient de corrélation R est égal à 0,55181211. Cette valeur arrondie au centième près donne 0.55.

Ce coefficient est compris entre -1 et 1 et il n'est pas proche de 0 (qui voudraient dire qu'il n'y a aucune corrélation). Donc il semblerait bien que ces variables soient liées. De plus la valeur est positive donc les variables semblent varier dans le même sens. Nous allons nous assurer de la dépendance de ses variables avec le test du Khi2.

Calcul du Khi2 :

Le khi2 est un test d'inférence statistique qui permet de savoir s'il existe un rapport statistiquement significatif entre les différentes variables pour savoir si celle-ci sont liées ou pas. Son calcul se déroule en 4 étapes.

Etape 1 : Tableau de contingence

	Qualité de l'alliance faible Entre 0 et 12	Qualité de l'alliance modérée Entre 13 et 26	Qualité de l'alliance élevée Entre 27 et 40	Total
Montant de présence modéré Entre 0 et 50%	1	4	0	5
Montant de présence élevé Entre 51 et 100%	0	3	2	5
Total	1	7	2	10

Etape 2 : Tableau théorique

	Qualité de l'alliance faible Entre 0 et 12	Qualité de l'alliance modérée Entre 13 et 26	Qualité de l'alliance élevée Entre 27 et 40
Montant de présence modéré Entre 0 et 50%	0.05	0.35	0.05
Montant de présence élevé Entre 51 et 100%	0.05	0.35	0.05

Etape 3 : Calcul de la valeur du khi2

	Qualité de l'alliance faible Entre 0 et 12	Qualité de l'alliance modérée Entre 13 et 26	Qualité de l'alliance élevée Entre 27 et 40
Montant de présence modéré Entre 0 et 50%	$(0.05-1)^2/0.05=18.05$	$(0.35-4)^2/0.35=38.06$	0.05
Montant de présence élevé Entre 51 et 100%	0.05	20.06	76.05

Le Khi2 est la somme de toutes les cases.

$$\text{Khi 2} = 18.05 + 38.06 + 0.05 + 0.05 + 20.06 + 76.05 = 152.32$$

Etape 4 : Interprétation :

Le ddl (nombre de degré de liberté) :

$$\text{Ddl} = (\text{nb de lignes du tableau} - 1) \times (\text{nombre de colonne} - 1)$$

Dans notre cas on obtient $3 \times 1 = 3$ donc le nombre de degré de liberté est de 3.

On choisit une marge d'erreur acceptable en sciences humaines: 5% On se réfère à une table du Khi 2 sur internet.

Et on regarde à l'intersection de la colonne : 0,05 (marge d'erreur qu'on a choisie) et de la ligne de notre ddl obtenu c'est-à-dire 3.

On trouve une valeur qui signifie qu'il y a 5% de chances que le khi2 dépasse cette valeur. En l'occurrence ici est 7.82

Si notre Khi2 est supérieur à cette valeur alors les variables sont dépendantes. Il y a du lien.

Dans notre cas notre Khi2 vaut 152.32, or $152.32 > 7.82$ donc nos variables sont liées. (Sous réserves de le justifier avec un plus grand nombre de personnes).

Partie 4 : Discussion

4.1. Interprétation des résultats et éléments de réponses.

D'après les données recueillis, nous constatons que la qualité de l'alliance est meilleure pour les individus ayant un haut taux de présence. On note en moyenne un score de 18 pour les personnes ayant un faible taux de présence et 23 pour les personnes ayant un taux de présence supérieur. Cependant au sein même de ce score plusieurs variables interviennent (on rappelle que le score global est composé de 6 items noté sur 5). Ces variables ne sont pas du tout investies de la même façon même au sein d'un même groupe ou d'une même consigne, les résultats pouvant varié de 1 à 5 par exemple pour le premier item « premièrement il y a une relation entre deux personnes » et une moyenne de 3.4 pour la première, série et 4.6 pour la deuxième. Cela nous amène revoir certaines terminaisons comme la relation elle-même. Ces résultats corroborent le fait que chaque relation est construite individuellement par le thérapeute dans un contexte précis. La seule relation ne suffit pas à entrevoir une alliance thérapeutique efficace car certains handicaps invisibles n'affectent pas la relation mais d'autres critères qui forgeront cette alliance.

La notion de congruence révèle aussi que plus le patient est en accord avec lui-même et avec ses troubles moins il accepte de venir vers le thérapeute pour entreprendre une démarche de prise en soin. Les résultats montrent que les patients plus congruents ont tendances à désinvestir les soins. La première série de personnes suivi ont été reconnu congruent à hauteur de 2.2/5 tandis que le deuxième groupe a été reconnu congruent à hauteur de 2/5.

Pour ce qui est du thérapeute les résultats sont aussi hétérogènes, il semble que de façon à adapté la relation pour permettre un accompagnement optimal sans risquer de fait survenir des situations iatrogènes pour le patient, les thérapeutes ne soient pas toujours en phase avec leurs pensées ou leurs projets, comme pour accompagner la personne et attendre qu'elle évolue d'elle-même.

Pour ce qui est de la considération positive inconditionnelle, il en va de même que pour la relation, une telle posture nécessite une pathologie capable d'accepter une certaine distance dans le lien thérapeute –patient. Certains enquêtés remontent une grande vigilance dans la pratique de cette considération positive car elle peut affecter et déséquilibrer la relation ce qui mettrait en péril le processus de prise en soin. Cependant la considération positive demeure en moyenne plus utilisée pour les patients ayant un fort taux de présence. On peut alors conjecturer

que cette attitude intervient progressivement dans le processus de création de lien pour permettre au patient de voir le fruit de son investissement dans la thérapie.

La dernière notion est la notion d'empathie qui fait directement intervenir le côté plus personnel du thérapeute. L'empathie est une notion subjective, qui doit être réévaluée en permanence par le soignant pour ne pas être assimilée à du désintérêt ou de la sympathie. Elle fait appel aux convictions personnelles du thérapeute et peut faire échos à la problématique de l'exercice de l'ergothérapie dans un système comme celui-ci. Elle vient renforcer cette idée que le thérapeute doit être épanoui dans son lieu d'exercice pour permettre une relation de qualité, sans jugement ni *a priori*.

De manière plus générale les enquêtés font état d'une difficulté d'entrée en relation avec les patients, ils mettent en avant la nécessité d'être contenant et bienveillant mais tout en restant sur leurs gardes car la relation peut être perçue de façons différentes suivant la pathologie du patient. On peut faire du lien avec la revue de littérature en reprenant les différentes problématiques :

- L'apparition de pathologies psychiatriques dans un contexte de surpopulation carcérale: une compréhension de ce phénomène permet de mieux appréhender l'idée de créer un lien avec le patient dans un environnement qui peut provoquer l'apparition de certains troubles ou venir entraver un processus de guérison. Ce lien permettrait de trouver avec le patient des moyens de rompre l'isolement, de s'adapter au mieux à son environnement et de proposer un espace de création, d'élaboration psychique (expression, verbalisation, liens, symbolisations).
- L'éthique et la pratique qui vient d'une part se confronter à la complexité du système carcéral de par la double gestion des personnes. D'autre part elle se confronte à la particularité de ce secteur de soins qui accueille des personnes aux profils spécifiques, l'enjeu étant de proposer une prise en charge pour une personne auteur d'infraction(s).
- Le déficit d'accès aux soins qui est une problématique qui peut être traitée par l'ergothérapeute par sa connaissance de la complexité du système et par les objectifs fixés avec le patient d'améliorer son autonomie et l'adaptation à son environnement. Il peut également être traité par le patient par son implication dans sa prise en soin, le tout renforcé par l'alliance thérapeutique qu'il possède avec son thérapeute.
-

Rappel :

Problématique théorique : En quoi le milieu carcéral influence la prise en charge en ergothérapie ?

Problématique pratique : En prenant en compte la complexité du système, comment l'alliance thérapeutique influence l'accès aux soins en milieu carcéral pour les patients atteints de psychopathologies en ergothérapie ?

Pour répondre à cette problématique pratique nous avons émis 2 hypothèses :

H0 : L'alliance thérapeutique n'a aucun lien sur l'accès aux soins en ergothérapie auprès des patients atteints de psychopathologies en milieu carcéral.

H1 : L'alliance thérapeutique améliore l'accès aux soins.

La recherche nous a permis de récolter des données qui ont subi respectivement le test de Pearson et le test du khi2.

Le Test de Pearson donne un coefficient de corrélation de 0.55 ce qui implique que plus la qualité de l'alliance thérapeutique est importante, plus le montant de présence (donc l'accès aux soins) est élevé.

En outre, pour vérifier que ce ne soit pas le fruit du hasard nous avons soumis nos données au test du Khi2 qui se révèle positif, les variables sont interdépendantes.

A l'issue de cela nous pouvons dire que d'après la recherche dans un système fermé où le système de soins n'est pas prédominant sur le système pénitentiaire :

L'alliance thérapeutique améliore l'accès aux soins en ergothérapie auprès de patients présentant des psychopathologies

De plus, la recherche tend à montrer que l'âge et le sexe n'ont pas d'influence significative sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Il semblerait que le savoir être et les compétences relationnelles soient les points clés.

4.2 Critique des éléments en lien avec le dispositif de recherche

Le nombre réduit de réponses induit une faible fiabilité statistique. De plus certaines catégories de réponses n'ont qu'une série de données. Ceci peut être expliqué par la difficulté de trouver des adresses d'ergothérapeute dans ce champ d'exercice ou encore une impossibilité de répondre aux questionnaires en raison d'une sécurité informatique, relative à la politique de l'établissement, trop importante. De plus le dispositif de recherche n'interroge pas certains points :

- Ce questionnaire mesure des variables invoquées présent à un instant T mais ne retrace pas d'évolution. Est-ce que les montant de présence sont toujours élevé ou faible ? Des évolutions dans ces relations sont –elles survenues ? Il aurait fallu effectuer ce questionnaire à l'arrivée de la personne dans le service puis réitérer l'expérience quelques temps après.
- Ce questionnaire se penche plus sur la relation soignant-soigné que sur les psychopathologies. Dans la mesure où chaque pathologie induit des troubles différents et des manifestations différentes, il aurait fallu entreprendre une étude auprès d'un public ciblé autour d'une pathologie uniquement.
- Ce questionnaire ne prend pas en compte la formation des soignants, une question aurait pu être posée sur les formations qu'on suivies les ergothérapeutes, pour savoir s'ils ne possèdent que leur cursus initial ou s'ils ont suivi des formations complémentaires pour parfaire la qualité de leur relation avec leurs patients.
- Ce questionnaire n'interroge que les soignants. En effet, pour juger de la qualité de la relation et pour éviter tout biais de subjectivité de la part du thérapeute, il aurait fallu avoir également le ressenti des personnes mentionnés dans le questionnaire de façon à objectiver le plus possible les données recueillis.

4.3 Proposition de transférabilité pour la pratique

Ce travail traite de l'impact d'une relation soignant-soigné sur un système institutionnel. Et les compétences relationnelles ainsi que le savoir être influence plus cette relation que l'âge ou le sexe.

Il y aura toujours des cas de figure où l'institution viendra, involontairement, faire entrave à l'apport d'un soin d'un soignant pour une personne en situation de handicap. Le milieu carcéral ne constitue qu'un système complexe parmi tant d'autres, avec ses propres règles et ses propres

problématiques. Le tout pour le soignant sera de faire preuve de capacité d'observation pour identifier les problèmes et trouver des alternatives à sa portée pour parvenir à les contourner.

De plus au lieu de penser système on peut penser représentant du système. Au lieu de penser système carcéral on peut penser fonctionnaire ou représentant de la prison, ce qui fait appel à une autre forme de relation. Une bonne entente globale dans des structures où différents corps de métier se rejoignent ce qui ne peut être que bénéfique pour le patient. La connaissance de la complexité d'un système et son analyse peut permettre une décentration de soi plus efficace. Cela peut permettre de mieux faire face à des situations conflictuelles. Elle peut aider à mieux comprendre la subjectivité d'autrui, régit par un référentiel de valeurs et de critères décisionnels personnels, dans un environnement concret et objectivable. Enfin, une bonne alliance thérapeutique avec un patient pourra permettre une meilleure transférabilité des données auprès des autres professionnels de santé qui auront plus facilement accès au patient et pourront mieux incorporer leurs soins dans la prise en charge pluridisciplinaire.

En définitive la compréhension de ce phénomène permet également de mieux travailler en équipe.

4.4 Perspective de recherche et ouverture d'une nouvelle question de recherche :

Une tendance prédominante à replacer le patient au centre du dispositif émerge auprès des enquêtés. De ce fait pour compléter les résultats préliminaires de cette recherche il serait intéressant d'entreprendre une méthode clinique pour juger de techniques utilisées par le thérapeute pour mettre en place cette alliance. L'outil de recueil de données privilégié sera l'observation lors d'un entretien motivationnelle car il nous permettra d'observer les réactions du patient et tout le langage non-verbal des protagonistes que ne peut retranscrire un questionnaire ou un entretien avec uniquement le thérapeute.

On pourra également reprendre cette question de recherche mais remanier l'outil de recueil de données pour placer le patient au centre de l'étude de façon à le laisser seul juge de la qualité de l'alliance le patient. Il sera alors question de recueillir le point de vue de ces patients dans ce système pour approcher le plus possible ce qui est attendu d'un thérapeute. L'outil de recueil de données serait l'entretien car il permettrait de connaître sans l'intervention du thérapeute l'avis des patients concernés.

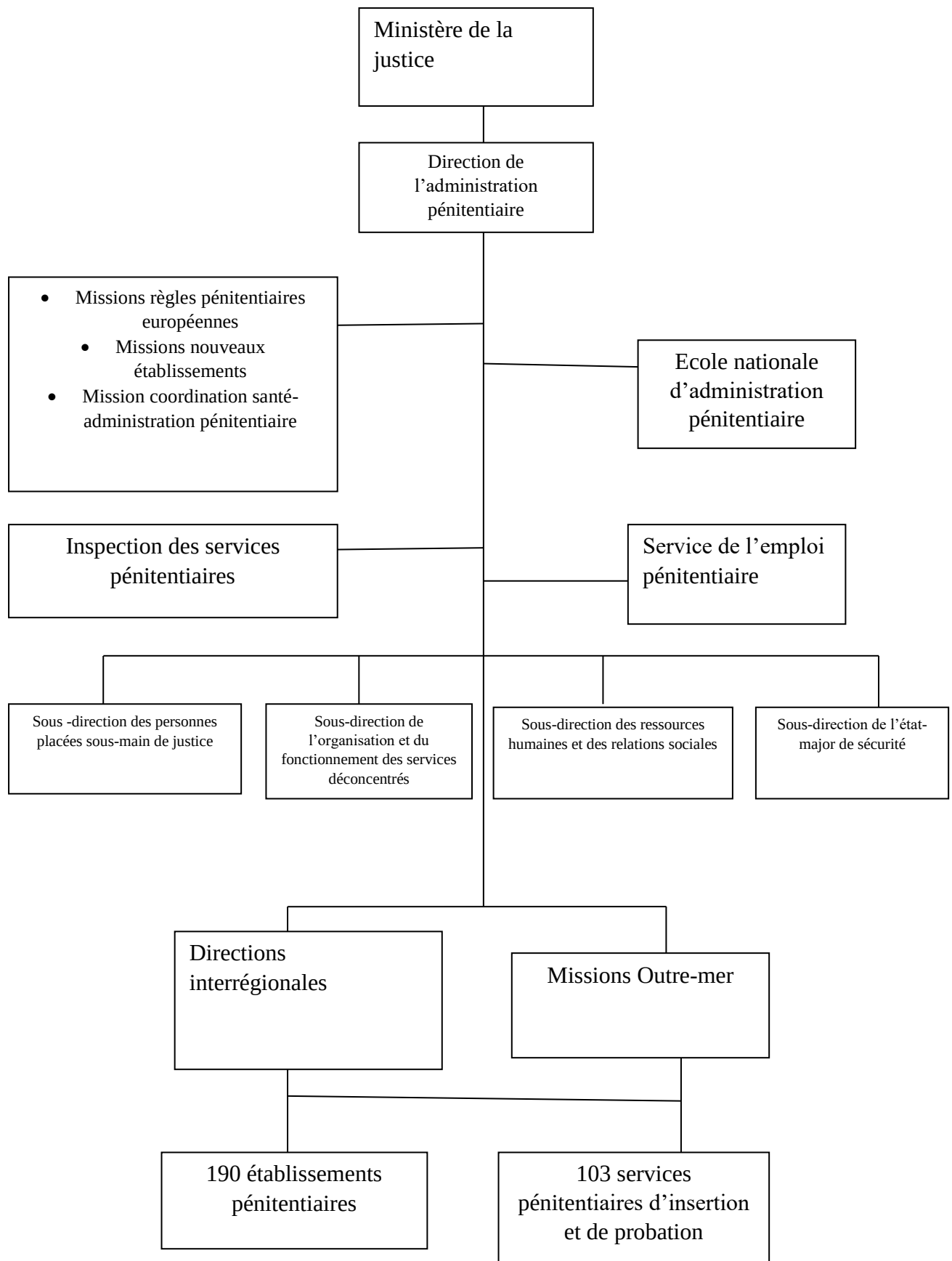
Une autre ouverture à cette étude pourrait être celle qui étudie les liens entre les connaissances des milieux et la qualité du travail d'équipe par l'immersion des protagonistes. Par le biais d'une méthode clinique il serait intéressant de voir si une immersion simultanée :

- D'un soignant au sein d'une unité de surveillant
- D'un surveillant au sein de l'équipe de soin

Uniquement en guise d'observateur, pourrait aider à comprendre les systèmes respectifs pour juger de l'importance de certaines décisions pour permettre encore une fois de changer son regard sur certaines situations problématiques.

Annexes

Annexe 1 : Organisation du système pénitentiaire (4)



Annexe 2 : Présentation du projet de développement de la structure d'accompagnement de sortie

Présentation de la doctrine QPS

Introduction

La surpopulation chronique en maison d'arrêt, qui atteint 140 % au 1^{er} janvier 2017, ne permet pas de respecter le principe de l'encellulement individuel, pourtant inscrit dans notre droit depuis 1875. Les conditions de travail qui en découlent pour les agents et le taux de renouvellement de la population pénale desservent la qualité de la préparation à la sortie des personnes détenues.

Si leur retour progressif à la liberté constitue une priorité pour l'administration pénitentiaire, reste que les sorties par le biais d'un aménagement de peine sont rares pour les personnes condamnées à une peine inférieure à 6 mois (soit 3% d'entre elles en 2013). La mise en œuvre de la libération sous contrainte (LSC) n'a pas encore permis d'atténuer ce constat.

Depuis plusieurs années, ont été créées des structures nouvelles, orientées vers la réinsertion et destinées à compléter le dispositif existant en matière d'exécution des peines d'emprisonnement. Néanmoins, la multiplication de ces structures, répondant actuellement à des dénominations variées¹, nuit à la lisibilité de l'action de l'administration pénitentiaire, au regard de leurs disparités de fonctionnement.

Face au double constat de la sous-occupation de ces quartiers et l'hétérogénéité des contenus de prise en charge, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a engagé en 2013 une réflexion en vue d'élaborer une doctrine harmonisée, basée sur un retour d'expérience de ces différents sites².

Le programme encellulement individuel annoncé par le garde des Sceaux et lancé par le Premier ministre le 6 octobre 2016 à Agen a pour objectif de remédier à ces difficultés. Outre la construction de 32 nouvelles maisons d'arrêt et d'un centre de détention, il prévoit en effet la création de quartiers de préparation à la sortie (QPS) correspondant à 1 740 places nouvelles et à la requalification de 773 places existantes, en trois phases :

- reconversion de 12 quartiers existants (QPA, QNC et QCP) d'ici fin 2018 ;
- construction de 6 structures de 120 places à fin 2021 ;
- construction de 10 structures dont 4 de 120 places et 6 de 90 places d'ici fin 2023³.

Ce plan de déploiement permet ainsi de regrouper les structures existantes et les nouvelles constructions au sein d'une seule catégorie de quartier, qui sera dotée d'une existence juridique⁴.

En tant qu'établissements pour peine soumis au respect d'un numerus clausus, les QPS visent à favoriser l'autonomisation et la responsabilisation des personnes détenues. Ils constituent des structures pénitentiaires intermédiaires entre le milieu fermé et le milieu ouvert, axés sur

¹ A savoir essentiellement les quartiers pour peines aménagées (QPA), les quartiers nouveau concept (QNC) ou les quartiers courtes peines (QCP).

² Ces travaux se sont poursuivis par la mise en œuvre d'une recherche-action au QPA de Longuenesse, finalisée en novembre 2015. Tant les échanges au sein des groupes de travail menés par la DAP que les conclusions de cette recherche-action ont permis d'alimenter la présente doctrine.

³ Circulaire 5891/SG du premier ministre en date du 6 octobre 2016. Les 16 nouvelles structures devront être facilement accessibles en transports en commun. Elles seront implantées dans les grands centres urbains, autant que possible en centre-ville, afin de favoriser la constitution de partenariats indispensables à leur fonctionnement et d'offrir les meilleures perspectives de réinsertion aux condamnés qui y seront écroués.

⁴ Actuellement, seuls les QPA sont mentionnés dans le code de procédure pénale.

l'ouverture sur l'extérieur. Ainsi, l'action de l'administration pénitentiaire y est tournée autour de la priorisation effective de la préparation de la sortie, notamment à travers l'implantation de programmes pilotés par les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et en favorisant l'octroi d'aménagements de peine ou de LSC. La sécurité pénitentiaire y est adaptée, dès lors que les personnes détenues qui y sont affectées présentent un risque d'évasion évalué comme faible.

Le présent document vise à dresser les grandes orientations de la doctrine de ces nouveaux quartiers. Cette doctrine précise le public cible des QPS, afin notamment de permettre la pleine occupation de ces structures (1). Elle vise par ailleurs à harmoniser le fonctionnement de ces quartiers, tant à travers l'organisation de la détention (2) que par le biais de la méthodologie de prise en charge, axée sur la préparation de la sortie et un lien renforcé avec l'extérieur (3). En dépit de leur rattachement à un établissement de proximité, les QPS doivent enfin disposer d'une relative autonomie, tant concernant les ressources en interne que dans le lien avec les autorités judiciaires, afin de garantir leur fonctionnement optimal (4).

A noter que la présente doctrine nécessitera une modification des textes en vigueur, à commencer par le code de procédure pénale (CPP). Elle devra en outre être déclinée sur chaque site en fonction des contraintes foncières, architecturales et budgétaires, tant pour les quartiers existants que pour les nouvelles structures.

I- L'orientation des personnes détenues en QPS

Les QPS ont vocation à accueillir à titre principal des personnes détenues qui exécutent de courtes peines d'emprisonnement, repérées en maison d'arrêt comme prioritaires pour bénéficier d'une prise en charge renforcée en amont de leur libération. Les personnes obtenant une mesure d'aménagement de peine ou de libération sous contrainte⁵ au cours de leur séjour en QPS ont vocation à rester au sein de cette structure si la prise en charge qu'elle propose est de nature à répondre à leurs besoins⁶.

I.1 Le public éligible

Les personnes détenues et condamnées peuvent être affectées en QPS, lorsque leur peine ou leur reliquat de peine est inférieur(e) ou égal(e) à deux ans.

Au sein de cette catégorie, qui représente un nombre conséquent de personnes détenues⁷, sont prioritaires les personnes écrouées en maison d'arrêt (soit environ 22 000 personnes au 1^{er} septembre 2016⁸). Aucun seuil de quantum de condamnation n'est fixé, afin de permettre à celles qui disposent d'un temps restreint pour préparer leur sortie de bénéficier également d'un accompagnement renforcé, qui ne peut être envisagé en détention ordinaire.

Pour les personnes détenues en établissement pour peine, tant leur temps d'incarcération que les conditions de détention doivent en principe leur permettre de préparer la sortie dans de meilleures conditions. Néanmoins, elles peuvent également être orientées en QPS, lorsque l'évaluation de leur situation individuelle fait apparaître que cette affectation est la plus adaptée pour répondre à leurs besoins.

⁵ Sont ici visées les personnes bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur avec hébergement en établissement pénitentiaire.

⁶ Par dérogation à ce point de la doctrine, les structures dédiées déjà existantes pourront également continuer à accueillir des personnes affectées directement par l'autorité judiciaire, suite à l'obtention d'une LSC ou d'un aménagement de peine (mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur). Les sites existants feront en ce sens l'objet d'une étude au cas par cas.

⁷ Soit près de 37 500 personnes au 1^{er} janvier 2017, 36 000 hors SL et PE hébergé (Source : Me5).

⁸ Source Me5.

I.2 L'affectation par l'administration pénitentiaire

I.2.1 La sélection des personnes détenues dans l'établissement pénitentiaire d'origine

Au regard de la finalité de ces nouvelles structures, le repérage des personnes concernées doit avant tout être systématisé en maison d'arrêt et ce, dès la phase d'accueil, afin de permettre à celles condamnées aux plus faibles quantas de peine d'y accéder.

La sélection réalisée conjointement par le SPIP et par l'établissement pénitentiaire doit permettre de repérer un public cible, pour lequel il s'agit de s'assurer du bien-fondé de l'orientation en QPS, par le biais de la formalisation d'objectifs par le SPIP et par l'examen de chaque situation en commission pluridisciplinaire unique (CPU).

✓ Le public cible

Les personnes détenues susceptibles d'être orientées sur un QPS doivent présenter les caractéristiques cumulatives suivantes :

- un risque d'évasion considéré comme faible, au vu des conditions de sécurité adaptée de ce type de structure ;
- la nécessité d'un accompagnement soutenu vers la sortie de délinquance : à ce titre, sont visées les personnes peu mobilisées sur leur projet de sortie et/ou qui ne disposent pas de ressources propres suffisantes (en termes d'habiletés sociales, de réseau relationnel, etc.), alors même que les problématiques identifiées par le SPIP relèvent d'une intervention soutenue (problématique addictive, accès aux droits sociaux, etc.) ;
- la capacité à s'adapter à la vie en collectivité au regard des modalités de fonctionnement de ces structures : à noter que ce point devra être entendu comme une potentialité de la personne et non un acquis. Ainsi, une personne qui a eu un comportement inadapté en détention ne doit pas être exclue par principe si l'équipe pluridisciplinaire estime qu'une telle affectation pourrait l'amener à évoluer favorablement. De même, le volontariat ou le consentement de la personne détenue n'est pas formellement requis. Il s'agit néanmoins de susciter l'adhésion de la personne quant à l'opportunité que représente pour elle une affectation en QPS, tout en s'assurant qu'elle est en mesure d'être réceptive aux modalités de prise en charge au sein de ce type de quartiers.

✓ Les objectifs de l'orientation sur un QPS

Ces objectifs sont élaborés par le SPIP, en lien avec la personne concernée.

En maison d'arrêt, au regard du délai restreint dont il dispose, le SPIP se base sur la méthodologie préconisée pour les personnes condamnées à de courtes peines d'emprisonnement, telle qu'elle est décrite dans le manuel de LSC⁹.

⁹ Cf. Projet de manuel de LSC.

Il évalue dès l'entretien arrivant la situation des personnes éligibles et identifie en concertation avec elles un/des objectif(s) précis et concret(s), qui constituent des axes d'intervention prioritaires dans le cadre de la préparation de la sortie et la prévention de la récidive (favoriser la dynamique de soin en organisant la continuité du suivi avec une structure sanitaire à l'extérieur, régulariser la situation administrative, accompagner le changement de comportement à travers la participation à une prise en charge collective, s'inscrire dans une dynamique professionnelle via un programme d'insertion, etc.).

Pour les personnes en établissement pour peine et/ou lorsque le reliquat de peine le permet, les objectifs formalisés par le SPIP sont basés sur les axes retenus dans le plan d'accompagnement réalisé au cours de l'incarcération.

✓ L'examen de chaque situation en CPU

La situation de chaque personne détenue pour laquelle une orientation sur un QPS est envisagée est examinée en CPU. Elle donne un avis quant à la pertinence de l'orientation.

Lorsque la durée de la peine est très courte et que l'orientation de la personne est évoquée dès la CPU arrivants, les membres de la CPU fondent leurs échanges sur leurs premiers éléments d'observation et d'analyse. Dans ce cas, et même si les délais sont contraints, le SPIP identifie *a minima* un objectif justifiant la proposition d'orientation.

Un dossier d'orientation (imprimé MA 700)¹⁰ est ouvert directement à la suite de la CPU par le chef d'établissement pour les personnes pour lesquelles un avis favorable aura été formulé, conformément à l'article D.80 du CPP. La consultation des autorités judiciaires dans le cadre de cette procédure permet d'attirer leur vigilance quant à la nécessaire purge des situations pénales.

I.2.2 Une orientation interrégionale¹¹

La doctrine QPS se fonde sur la mise en œuvre d'une politique volontariste d'orientation des courtes peines d'emprisonnement à travers une compétence de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) en matière d'affectation sur ces structures. Cette orientation régionale vise à permettre à l'ensemble des personnes détenues potentiellement concernées d'y accéder, au-delà de celles écrouées dans les établissements de rattachement.

La décision d'affectation se fonde sur le dossier d'orientation¹², constitué par l'établissement d'origine, qui comprend la synthèse de la CPU, la fiche pénale, le bulletin n°1 du casier judiciaire (B1) et les objectifs de l'orientation tels que proposés par le SPIP.

Le choix du QPS effectué par le directeur interrégional territorialement compétent est réalisé en fonction de l'adéquation de l'offre de prise en charge proposée avec la situation de la personne et les objectifs retenus lors de l'évaluation réalisée dans l'établissement d'origine.

Toutefois, le directeur interrégional peut choisir de déléguer une partie de sa compétence au chef d'établissement de la structure de rattachement, afin notamment de permettre l'affectation de personnes condamnées aux plus courtes peines et d'accélérer ainsi la gestion de certains dossiers.

¹⁰ Ou la demande de changement d'affectation (imprimé MA 128) conformément à l'article D. 82 du CPP.

¹¹ A noter que ce point nécessite la réalisation d'une étude d'impact, notamment en termes de ressources humaines. Il s'agira par ailleurs de préciser tant les délais de traitement préconisés que les conditions de la délégation de compétence au directeur de l'établissement de rattachement.

¹² Ou sur la demande de changement d'affectation.

La rapidité dans le traitement des dossiers, puis dans l'affectation de la personne sur site, conditionne la réussite de la prise en charge en QPS. Aussi sont-ils conçus comme des structures réactives, permettant les entrées et sorties régulières (sur la base par exemple d'un jour fixe par semaine). Cette organisation vise à favoriser l'accès des personnes condamnées à de plus courtes peines, ce qui n'est généralement pas le cas dans les structures dédiées existantes, organisées selon un système de sessions.

II- L'organisation de la détention

L'organisation de la détention en QPS repose sur un régime de détention assurant l'individualisation des parcours, mais également leur progressivité. Leur niveau de sécurité induit une procédure de réaffectation rapide, quand le comportement de la personne se révèle incompatible avec le fonctionnement de la structure.

II.1 L'individualisation du régime de détention

Les QPS sont soumis à la réglementation générale des établissements pour peine. L'objectif du QPS étant la préparation à la sortie, le régime qui y est appliqué est essentiellement tourné vers la réinsertion sociale et la préparation du condamné au retour à la vie à l'extérieur, civile autant que professionnelle. Ce régime « doit permettre à tous détenus de passer chaque jour hors de leur cellule autant de temps que nécessaire pour un niveau suffisant de contacts humains et sociaux »¹³.

Il favorise par ailleurs une certaine progressivité du parcours en détention pour l'ensemble des personnes accueillies, en particulier pour celles qui auront bénéficié au cours de leur séjour d'une semi-liberté (SL) ou d'un placement extérieur (PE) avec hébergement au sein du QPS.

Plus généralement, il vise à prendre en compte l'aptitude de chaque personne à respecter les règles et contraintes de la vie collective (lever à heure fixe, entretien de la cellule et des lieux communs, prise de certains repas en commun, etc.). Ainsi, en fonction de l'évolution de chaque personne, les règles qui lui sont imposées pourront être assouplies, en termes d'horaires (extension des horaires de promenade ou d'accès aux activités par exemple), de liberté d'aller et venir au sein de l'hébergement et/ou dans les cellules, d'autonomisation dans le choix et le suivi des activités ou d'organisation de l'emploi du temps, etc.

II.2 Une sécurité adaptée

Les QPS, qui accueillent des personnes détenues pour lesquelles le risque d'évasion a été identifié comme faible, ont un niveau de sécurité adapté. Ils ne sont ainsi dotés ni de mirador, ni de filin anti-hélicoptère.

De manière générale, la sûreté de la structure repose essentiellement sur une implication accrue du personnel de surveillance, dans une dynamique relationnelle permettant à la fois l'accompagnement individualisé et le rappel du cadre au quotidien. Cette vigilance concerne notamment le risque de trafic d'objets et/ou de substances illicites entre les personnes détenues.

¹³ Règle 25-2 des règles pénitentiaires européennes.

Au sein de la détention, la sécurisation envisagée doit prendre en compte les risques de comportements auto et hétéro-agressifs. Elle doit dès lors favoriser une intervention rapide des personnels et une co-visibilité entre les agents en poste¹⁴.

Enfin, la sécurité périmétrique est quant à elle principalement tournée vers la lutte contre les projections extérieures et les communications verbales non autorisées¹⁵.

II.3 La gestion des incidents

Chaque personne détenue doit respecter le règlement intérieur du QPS. En cas d'incident mineur, une procédure interne de rappel à la règle peut être envisagée, qui pourra, dans un premier temps, être mise en œuvre par un binôme surveillant/CPIP, dont le rôle éducatif et pédagogique, ainsi que l'autorité, seront de fait rappelés à cette occasion. Le cas échéant, ce rappel pourra donner lieu à un entretien de recadrage plus officiel, réalisé par les membres de l'encadrement, toujours en lien avec le SPIP.

Au même titre que les bénéfices pouvant être progressivement accordés à la personne qui s'investit et dont les efforts sont manifestes, les incidents disciplinaires peuvent donner lieu, en fonction de leur importance, à certaines restrictions (d'horaires ou de facilité d'accès aux espaces de vie collectifs notamment).

L'affectation en QPS permettant, outre l'encellulement individuel, un soutien et un accompagnement accru dans la préparation de sa sortie, il est attendu de chaque personne un comportement qui ne mette pas en péril son suivi et son investissement, mais également la sécurité de la structure et de ses codétenus.

Dans le cas contraire, et lorsqu'un incident le justifie du fait de sa gravité, une procédure rapide et simplifiée de réaffectation au sein de l'établissement pénitentiaire de rattachement est mise en œuvre. En cas de besoin, et dans l'attente de sa réintégration, la personne détenue peut être placée, à titre conservatoire, dans un local d'attente dédié. La réintégration dans l'établissement de rattachement ne met pas obstacle au transfert ultérieur de l'intéressée dans une autre structure pénitentiaire.

III- La prise en charge en vue de favoriser la sortie de la délinquance

Chaque QPS doit proposer un programme de prise en charge permettant un accompagnement global et renforcé, que la personne obtienne ou non une mesure d'aménagement de peine ou de LSC en amont de sa sortie. Ce programme est adapté dès l'accueil de la personne détenue, en fonction de sa situation et de ses besoins d'intervention.

¹⁴ Ce point concerne les nouvelles structures et non les sites existants.

¹⁵ Pour les nouveaux sites, la sécurité périmétrique sera assurée selon des modalités déterminées au cas par cas, en fonction de la localisation des sites.

III.1 Le programme de prise en charge proposé en QPS

✓ Une prise en charge globale et renforcée

Le programme du QPS comprend des dispositifs traitant de problématiques différentes et combine nécessairement des interventions collectives (ex : atelier théâtre, information ou prise en charge collective) et individuelles (ex : entretien avec un partenaire).

Il repose sur un tronc commun, qui vise à accompagner l'ensemble des personnes de manière globale, en répondant aux besoins les plus prégnants en matière de préparation de la sortie et de prévention de la récidive, soit :

- la réceptivité de la personne et sa motivation au changement ;
- le développement de ses capacités propres pour éviter la réitération de son comportement délinquant ;
- son insertion sociale et/ou professionnelle, ainsi que le développement de son capital social ;
- l'apprentissage des règles de savoir-vivre et travail sur le respect de l'autre.

Au-delà du tronc commun, chaque QPS propose des dispositifs de prise en charge complémentaires pour approfondir le traitement de certaines problématiques et ainsi répondre aux besoins prioritaires identifiés au niveau local (ex : participation à un stage de prévention des risques liés aux conduites addictives, groupe de parole sur l'image de soi ou sur la parentalité, programme de prévention de la récidive, etc.).

Il est préférable que sur une même interrégion, les dispositifs complémentaires ne soient pas identiques sur tous les QPS, afin de diversifier le contenu des interventions pouvant être proposées au sein d'une même DISP.

✓ L'appui de la plateforme de préparation à la sortie

L'accès aux droits sociaux et aux dispositifs de préparation à la sortie constitue un élément essentiel pour éviter la réitération d'infractions et favoriser la prévention de la récidive. Cet accompagnement doit être renforcé pour les personnes détenues proches de leur libération, afin de favoriser leur réinsertion et assurer le lien avec l'extérieur.

Pour garantir cet accompagnement au sein des QPS, il convient d'y mettre en place une plateforme de préparation à la sortie¹⁶, accessible à l'ensemble des personnes qui y sont affectées. Cette plateforme vise à regrouper, sous réserve que le partenariat initié localement le permette (*Cf. Annexe « Etat des lieux partenarial dans les QPA/QNC existant (futurs*

¹⁶ La proposition de mise en place d'une plateforme de préparation à la sortie au sein de chacun des QPS s'appuie sur le bilan très positif des actions partenariales déjà mises en place à ce jour sous différentes formes (permanences des SIAO, permanences des organismes de sécurité sociale, permanences associatives, intervention des conseillers pôle emploi, intervention des conseillers missions locales, séances d'informations collectives, forum emplois, forum logement, forum de préparation à la sortie, etc.) dans certains établissements pénitentiaires. Ces actions ont permis d'améliorer significativement la prise en compte des besoins des personnes détenues dans les différents champs de l'accompagnement social et professionnel, de construire le projet de sortie bien en amont, donnant aux personnes détenues les clés nécessaires à leur réinsertion. Par ailleurs, ces actions permettent une sensibilisation des services de droit commun aux enjeux de la prise en charge des personnes détenues (et plus largement du public sous main de justice) et une acculturation entre les services.

QPS) », l'intervention des différents services compétents pour veiller à l'accès des personnes détenues aux droits sociaux, à l'hébergement/logement et à l'emploi¹⁷.

Ces services travaillent en complète collaboration avec le personnel pénitentiaire, leurs interventions s'intégrant dans le plan d'accompagnement piloté par le SPIP (*Cf. Infra*). A titre d'illustrations, les types d'actions suivantes pourraient être proposés au sein des plateformes de préparation à la sortie (*Cf. Annexe « Projets financés dans le cadre de l'appel à projets PLAT droits sociaux »*) :

- des forums de préparation à la sortie permettant aux personnes détenues au sein des QPS de disposer en un même lieu de l'ensemble des institutions concernées (CPAM, CAF, SIAO, pôle emploi, missions locales, associations, CCAS, entreprises d'insertions, etc.) pour leur délivrer les informations nécessaires sur leurs droits dans le cadre de leur projet de préparation à la sortie ;
- une permanence hébergement/logement, sous la forme d'entretiens individuels réalisée par le SIAO ou une association, visant à l'identification des besoins, la réalisation des évaluations sociales et le suivi des demandes ;
- l'intervention des conseillers pôle emploi et missions locales, avec notamment l'organisation d'informations collectives sur leurs offres de service et sur les métiers en tension ;
- une permanence droits sociaux, sous la forme de présentations collectives ou/et d'entretiens individuels, assurés directement par les organismes de sécurité sociale (CAF et CPAM) ou par l'intermédiaire d'une association, permettant ainsi la réalisation des démarches ;
- la formalisation des procédures de demande ou de renouvellement de carte nationale d'identité et des titres de séjours pour la constitution des dossiers et le conventionnement avec les préfetures.

La mise en place des plateformes de préparation à la sortie nécessite de mobiliser les partenariats existants et/ou de les développer avec les services de droit commun compétents¹⁸. Les modalités d'intervention de ces services et leur fréquence ne pourront être définies que localement par les SPIP, en lien avec les organismes compétents pour y intervenir. A noter que ces partenariats locaux s'appuieront sur les partenariats formalisés au niveau national avec certaines de ces institutions (*Cf. Annexe « Cadre juridique et partenarial relatif à l'intervention des services de droit commun auprès des personnes détenues »*).

Pour s'assurer de leur efficience, il conviendra de prévoir que ces plateformes disposent de locaux mis à disposition au sein des QPS et permettant les interventions des organismes et associations partenaires (salles d'activité ou polyvalente permettant les interventions collectives, mais également bureaux d'entretien permettant des rencontres individuelles). En outre, il est également nécessaire de prévoir en amont que ces plateformes de préparation à la sortie disposent des outils techniques facilitant les démarches d'accès et/ou de mise à jour des

¹⁷ Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), caisses d'allocations familiales (CAF), les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS – CIAS), pôle emploi, missions locales, associations, conseils départementaux de l'accès au droit (CDAD).

¹⁸ Ils s'inscrivent dans le cadre de l'article 2-1 de la loi pénitentiaire, créée par l'article 30 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, qui prévoit la participation des services de l'Etat, des collectivités territoriales, et des autres personnes de droit public et de droit privé au service public pénitentiaire. Chacune de ces autorités et de ces personnes doit veiller à l'accès des personnes condamnées aux droits et dispositifs de droit commun. Des conventions entre l'administration pénitentiaire et ces services doivent définir les conditions d'accès des personnes condamnées à ces droits et dispositifs de droit commun. La circulaire JUSD1422849C du 26 septembre d'application de la loi du 15 août 2014 précitée précise que cela concerne notamment l'accès aux droits sociaux et à la protection sociale et l'accès à l'hébergement et au logement.

droits dans le cadre du projet de sortie de la personne détenue (accès aux dispositifs techniques permettant les connexions aux différents sites institutionnels notamment)¹⁹.

La mobilisation des services de droit commun (organismes et associations) au sein des plateformes de préparation à la sortie implique que des moyens budgétaires soient dédiés à cet effet, tant pour financer, en ce qui concerne les organismes de droit commun, les moyens techniques nécessaires à leur intervention, que le défraiement de ces partenaires et la participation au financement des charges de personnel induites par ces interventions en ce qui concerne les associations (Cf. *Estimation financière dans Annexe 2*).

La pérennisation de ces dispositifs induit en effet leur parfaite prise en compte dans le budget de fonctionnement qui devra être déterminé pour ces structures. Il s'agit d'un élément incontournable pour la réussite d'un dispositif qui nécessitera, par ailleurs, l'engagement de partenaires pour lesquels la prise en charge d'un public identifié comme « justice » ne va pas de soi.

A noter que la mise en place de ces interventions des organismes dans les murs n'empêche pas le recours aux permissions de sortir lorsqu'elles apparaissent nécessaires au projet des personnes détenues (par exemple, pour une participation aux commissions d'orientation du SIAO).

III. 2 Une prise en charge individualisée

Par principe, toutes les personnes affectées en QPS ont vocation à bénéficier du programme mis en place au sein du QPS, en lien avec les partenaires mobilisés au sein de la plateforme de préparation de la sortie.

Néanmoins, elles ont une situation pénale, un degré de réceptivité aux règles de vie en collectivité et des besoins d'intervention variables. Tant la phase d'accueil que le plan d'accompagnement élaboré par le SPIP permettent d'individualiser le suivi de chacune d'entre elles.

✓ La phase d'accueil

La prise en charge des personnes affectées en QPS débute par une phase d'accueil²⁰, qui permet de présenter le fonctionnement du QPS aux personnes détenues (objectifs du quartier régime de détention, fonctionnement des différents services, etc.). Elle constitue également une phase d'observation, à travers la mobilisation de l'ensemble des professionnels intervenant au sein de la structure²¹.

Elle est clôturée par une CPU qui procède à une appréciation pluridisciplinaire de la situation des personnes détenues. Cette CPU permet de compléter les éléments transmis par l'établissement précédent et par le SPIP, en amont de l'affectation en QPS. Elle vise notamment à appréhender la capacité d'autonomie de chacune d'entre elles, leur aptitude à

¹⁹ D'autres dispositifs peuvent également être envisagés : borne de mise à jour des cartes vitales, dispositifs permettant la réalisation des photos d'identité dans le cadre des demandes de papiers d'identité et titres de séjour, etc.

²⁰ A noter que cette phase d'accueil ne nécessite pas la mise en place d'un quartier dédié aux arrivants.

²¹ Durant cette période et à l'instar de la procédure arrivants mise en œuvre dans un établissement pénitentiaire classique, les personnes concernées rencontrent en entretien les professionnels de la détention, du SPIP ainsi que les principaux partenaires (notamment ceux de l'unité sanitaire). Cet accueil permet d'approfondir les éléments déjà mis en exergue dans l'établissement précédent, pour renforcer l'individualisation des parcours, qui ne peut être que limitée en maison d'arrêt, notamment du fait du surencombrement.

respecter le cadre posé (notamment les règles de vie en collectivité) ou à s'impliquer activement dans un projet de sortie, afin d'individualiser au mieux chaque parcours.

✓ Le plan d'accompagnement élaboré par le SPIP

La prise en charge de chaque personne condamnée est déterminée en fonction du plan d'accompagnement élaboré par le SPIP. Fondé sur les objectifs ayant justifié l'orientation, sur les éléments mis en exergue lors de la CPU et sur l'évaluation de chaque situation, il permet d'individualiser le programme, notamment en priorisant des interventions et en adaptant les modalités du suivi (individuelles ou collectives). Il est élaboré en lien avec la personne détenue afin de la responsabiliser, de favoriser son autonomie et susciter son adhésion.

A titre d'exemples :

- une personne condamnée pour laquelle le reliquat de peine restant à purger est faible pourra durant son séjour en QPS être orientée vers la plateforme de préparation à la sortie (Cf. Supra), afin de lui permettre, en lien avec le suivi individuel assuré par le SPIP, d'accéder à l'ensemble de ses droits sociaux en amont de sa libération ;
- une personne dont le temps de séjour est plus conséquent pourra, au-delà du plateau technique et du suivi individuel assuré par le CPIP référent, participer à une prise en charge collective s'inscrivant dans la durée, type programme de prévention de la récidive ;

La progressivité du parcours induit également de veiller à la continuité de suivi en milieu ouvert après l'octroi d'un aménagement de peine ou d'une LSC sans hébergement au sein du QPS. Le SPIP devra en ce cas transmettre toutes les informations nécessaires avant la sortie de la personne détenue. Une permanence assurée par le personnel affecté en milieu ouvert peut par ailleurs être organisée au sein du QPS avant la sortie des personnes détenues qui feront l'objet d'un suivi en milieu ouvert.

III.3 La vie en collectivité

Des espaces propices aux activités en groupe sont prévus au sein du pôle socio-éducatif ou à l'intérieur même des unités d'hébergement, afin de favoriser la vie en collectivité et la socialisation positive des personnes détenues. En l'occurrence, l'accès à ces espaces est organisé y compris en fin de journée ou le week-end, en vue de permettre aux personnes détenues en SL ou en PE d'en bénéficier.

Par ailleurs, selon un principe de gradation et en fonction de la capacité de chaque personne condamnée à respecter le cadre posé, les modalités d'accès à ces espaces et aux activités en groupe (sport, activités organisées par le personnel de surveillance, etc.) sont plus ou moins étendues et/ou facilitées. En effet, si la participation aux dispositifs du programme du QPS est déterminée en fonction des besoins de la personne détenue, l'accès aux équipements et infrastructures favorisant la vie en collectivité est modulé en fonction de son comportement et de son aptitude à respecter la réglementation de la structure.

III.4 Les liens avec l'extérieur

III.4.1 Le maintien des liens familiaux

Lorsque la famille peut constituer un soutien au processus de sortie de délinquance des personnes détenues, les personnels de la structure cherchent à les associer, en accord avec les intéressées, au projet d'insertion élaboré.

De plus, des parloirs sont organisés pour l'ensemble des personnes détenues écrouées au sein des QPS, qu'elles bénéficient ou non d'un aménagement de peine ou d'une LSC, afin que le maintien des liens familiaux ne soit pas conditionné par les permissions de sortir accordées par les autorités judiciaires²².

III.4.2 L'accès élargi à la téléphonie et à internet

Un accès réglementé au téléphone et à internet doit permettre aux personnes détenues d'effectuer leurs démarches de réinsertion directement, en favorisant leur autonomie.

L'accès des personnes détenues au téléphone contrôlé en cellule sur l'ensemble de la structure est envisagé, selon les résultats de l'expérimentation actuellement conduite au centre de détention de Montmédy²³.

S'agissant d'internet, les personnes détenues pourraient y avoir accès lors de temps collectifs encadrés. L'accès internet sera restreint et s'apparentera à un extranet²⁴. Ces possibilités seront ainsi intégrées dans le projet pénitentiaire global du développement du numérique en détention, qui devrait prospérer au cours de l'année 2018.

IV- L'autonomie fonctionnelle des QPS

Afin de permettre une mutualisation des moyens logistiques, ces nouvelles structures seront rattachées à un établissement pénitentiaire.

Toutefois et afin de garantir une prise en charge adaptée aux besoins des personnes, les QPS disposeront d'une autonomie fonctionnelle, en s'appuyant sur des ressources dédiées et sur une collaboration renforcée avec les autorités judiciaires.

²² La note DAP 08-280/PMJ1/PMJ4 du 8 juillet 2008 relative aux missions et fonctionnement des centres pour peines aménagées prévoit que le maintien des liens familiaux s'appuie exclusivement sur le régime des permissions de sortir auquel le condamné peut prétendre, conformément à l'article D. 86 du CPP. Par ailleurs, les structures de semi-liberté ne disposent pas nécessairement de parloirs.

²³ L'accès au téléphone permettant des appels sortants contrôlés pourra ainsi être expérimenté dans le cadre de réhabilitation des sites existants, ce qui permettra de juger de son opportunité.

²⁴ Les personnes détenues pourront accéder à un portail sécurisé de service numérique public de confiance (ex : site de pôle emploi, site de la CAF) et aux sites internet de partenaires publics et privés définis préalablement par l'administration. De la même manière, la personne détenue disposera d'une boîte mail personnalisée lui permettant d'envoyer et recevoir du courrier électronique. La correspondance sera soumise au même régime juridique que la correspondance papier traditionnelle et permettra un contrôle de l'administration pénitentiaire.

IV.1 Les ressources propres

✓ Une équipe pluridisciplinaire dédiée

- La composition des équipes

Une première estimation permet de prévoir les effectifs suivants :

Prévision concernant les effectifs d'un QPS de 120 places ²⁵	
Surveillants	45
Premiers surveillants	8
Officiers	1
TOTAL PS	54
Adjoint administratif	2
TOTAL PA	2
CPIP	3
Psychologue	1
ASS	0,5
TOTAL PIP	4,5
TOTAL GENERAL	60,5

A noter que le fonctionnement de la structure favorise une organisation de service permettant des entrées et sorties de l'établissement 24h/24 et 7jours/7 pour les personnes bénéficiant d'un aménagement de peine ou d'une LSC.

- L'organisation pluridisciplinaire et transversale du travail

L'intervention auprès des personnes détenues est organisée de manière pluridisciplinaire et transversale. Elle s'appuie ainsi sur une articulation cohérente du travail réalisé par chacun des professionnels au sein de la structure. En permettant aux différents acteurs de mettre en commun leurs compétences et de confronter leurs avis, cette articulation vise à renforcer la qualité des prises en charge, dans un processus unique d'accompagnement vers la sortie de délinquance.

Afin d'atteindre cet objectif, l'intervention des personnels est organisée selon deux axes principaux :

- d'une part, la posture professionnelle de l'ensemble des personnels pénitentiaires (direction, personnels de détention et SPIP) vise à favoriser l'établissement de relations positives avec les personnes détenues, tout en les encourageant à être en contact les uns avec les autres et à respecter les règles de vie en collectivité ;
- d'autre part, le fonctionnement de la structure repose sur une collaboration étroite entre les personnels de surveillance et les personnels pénitentiaires d'insertion et de probation. Référents des personnes détenues au quotidien, ces professionnels assument leurs missions de manière complémentaire et coordonnée, grâce au développement d'instances d'échanges et d'interventions communes.

C'est ainsi que les surveillants, formés aux techniques de l'entretien motivationnel, investissent davantage la dimension éducative de leur rôle, en complément de l'accompagnement assuré par le SPIP. Ils sont ainsi amenés à assurer des entretiens, à mettre

²⁵ Hors personnel d'encadrement.

en place des activités et à animer des prises en charge collectives aux côtés des personnels des SPIP. Ces modalités d'intervention novatrices leur permettent, lors des différentes instances jalonnant le parcours d'exécution des peines des personnes détenues (CPU, commission d'application des peines, etc.), d'y apporter une expertise étayée.

En parallèle, les personnels pénitentiaires d'insertion et de probation affinent la qualité de l'évaluation des personnes accueillies dans les QPS, et, partant, de chaque plan d'accompagnement. Outre le suivi individuel, ils veillent par ailleurs au développement des prises en charge collectives, dont ils assurent le pilotage, y compris quand l'animation repose exclusivement sur un partenaire.

- Un recrutement sur profil et une formation adaptée

L'implication des agents et la dynamique pluridisciplinaire de ce type de structure reposent sur le recrutement de personnels volontaires, afin de s'assurer que les professionnels affectés en QPS auront une posture professionnelle adaptée au fonctionnement de la structure²⁶.

Si un certain savoir-être est attendu à l'occasion du recrutement des personnels, des savoir-faire pourront être acquis par le biais de formations, de préférence pluridisciplinaires : l'évaluation des PPSMJ, l'entretien motivationnel ou l'animation d'une prise en charge collective, etc.

- ✓ Des ressources budgétaires spécifiques

Le bon fonctionnement des QPS induit la dotation de budgets permettant tant le fonctionnement de la structure que l'implantation pérenne de dispositifs de prise en charge²⁷.

IV.2 Les ressources partenariales

IV.2.1 L'accès aux soins

L'organisation des soins aux personnes détenues est une compétence du ministère des affaires sociales et de la santé (MASS) depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. A ce titre, l'organisation des soins en QPS relève du MASS et plus spécifiquement de l'établissement public de santé de rattachement selon le principe de l'équivalence des soins par rapport à ceux accessibles à la population générale.

L'accès aux soins est une composante indispensable de la prise en charge au sein des QPS. En effet, même si les données relatives à l'état de santé des personnes détenues restent limitées, les dernières études réalisées démontrent que ces personnes présentent un état de santé plus altéré que la population générale (vieillesse précoce, hépatite C, VIH, addictions, troubles de santé mentale, etc.)²⁸.

Quelles que soient les modalités d'organisation retenues par le MASS, l'établissement de santé intervenant en QPS devra ainsi être en mesure de répondre aux missions suivantes :

²⁶ La question sera à approfondir avec la SDRH.

²⁷ Cette charge devra être évaluée, en lien avec la sous-direction du pilotage et de la sécurité des services (SDPS), lorsque la doctrine sera stabilisée.

²⁸ Si on prend en compte les dernières données publiées par l'observatoire régional de la santé et du social relatives à l'état de santé des personnes détenues entrant en prison en Picardie, 60% nécessitent des soins dentaires, 35% prennent au moins un traitement, 20% sont adressées vers la consultation psychiatrique et 25% vers un spécialiste, 26% présentent une pathologie somatique chronique, près de 30% consomment régulièrement des drogues et 15% prennent un traitement de substitution aux opiacés. En outre la prévalence nationale du VIH chez les personnes détenues est évaluée à 2%, elle est estimée à 4.8% pour l'hépatite C.

- assurer à la personne détenue des soins équivalents, en termes d'accessibilité et de qualité, à ceux délivrés à la population générale ;
- proposer des soins spécifiques aux problématiques de santé présentées par les personnes détenues en QPS (prise en charge renforcée en addictologie ou en santé mentale, etc.) et contribuer à la prévention du suicide ;
- contribuer à la préparation à la sortie de la personne détenue en assurant la continuité des soins mis en œuvre ;
- contribuer à sa réinsertion en coordonnant ses actions avec celles entreprises par l'administration pénitentiaire ou imposées par le magistrat, dans le respect des règles professionnelles de chacun.

Habituellement les personnes présentant un trouble de santé mentale, une addiction, une pathologie somatique chronique ou une infection chronique (type VIH et hépatite C) nécessitent au moins une consultation médicale mensuelle. Elles bénéficient généralement d'un traitement médicamenteux dont l'observance doit être monitorée. Elles justifient au moins deux consultations spécialisées par an.

Le nombre de soins prévisibles par an pour 100 personnes détenues peut ainsi être estimé à :

- 600 consultations médicales annuelles nécessaires pour le suivi des troubles de santé somatique ;
- 240 consultations psychiatriques²⁹ annuelles nécessaires pour le suivi des troubles de santé mentale ;
- 660 consultations en soins d'addictologie nécessaires pour le suivi des conduites addictives ;
- 18 250 préparations et distribution de traitements médicamenteux par an ;
- 200 consultations dentaires (base 2 consultations par an).

En sus de ces soins prévisibles doivent être ajoutées la consultation sortant prévue par le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes détenues, les consultations en urgence (douleurs aiguës, syndrome grippal, traumatisme, etc.) et les consultations de dépistage.

Par ailleurs, au-delà des besoins sanitaires des personnes accueillies au sein des QPS, la préparation de la sortie nécessite un accompagnement sanitaire plus important, dès lors qu'il s'agit d'organiser la continuité des soins et de pallier tout risque de rupture de prise en charge³⁰. La santé étant un facteur de réhabilitation, elle impacte directement le risque de

²⁹ La recherche-action réalisée au QPA de Longuenesse visée en introduction mentionne la nécessité de soins psychiatriques dans une structure dédiée à la préparation de la sortie. Un déplacement sur ce site, réalisé en janvier 2017 dans le cadre de l'élaboration de la présente doctrine, confirme qu'à défaut d'offre en soins psychiatriques, l'administration pénitentiaire exclut le public cible perçu comme présentant un trouble de santé mentale, même mineur. Or, l'approche de la sortie mobilise systématiquement les ressources psychiques de la personne détenue qui, lorsqu'elles sont débordées, nécessitent le recours à des soins en santé mentale. Dans ces conditions, la personne détenue en QPS doit pouvoir accéder aux soins psychiatriques. Le diagnostic médical ne constitue en aucun cas un critère permettant de pouvoir justifier ou exclure l'orientation d'une personne détenue vers un quartier de détention, tel que le QPS. A noter que les professionnels de santé sont sollicités pour renseigner le dossier de transfert de la personne détenue (article 76 du code de procédure pénale), mais les éléments demandés dans ce cadre ont pour but d'éviter le transfert d'une personne bénéficiant de soins en cours ne pouvant être interrompus.

³⁰ Actuellement les QSL et CSL n'accueillent pas les personnes détenues dont l'état de santé nécessite une prise sanitaire en charge spécifique. En effet, à ce jour l'organisation des soins n'y est pas assurée par un établissement hospitalier de rattachement tel que le prévoit la loi. La personne détenue doit organiser seule sa prise en charge sanitaire qu'elle soit somatique ou psychiatrique. Cette procédure occasionne des difficultés pour la gestion des traitements médicamenteux au sein de l'établissement (particulièrement les traitements psychotropes ou de substitution aux opiacés présentant un risque de mésusage ou trafic), pour la gestion des personnes présentant une maladie contagieuse (gale, tuberculose), pour le paiement de certains soins (dépassements d'honoraires des soins réalisés en milieu ordinaire). Elle ne permet pas à la personne détenue dans

récidive. A ce titre, elle doit être particulièrement promue durant la période d'incarcération. Une place particulière doit être réservée à la mise en place de programmes de promotion de santé au sein des QPS. La promotion de la santé et la préparation de la sortie nécessitent une disponibilité des personnels sanitaires et des locaux adaptés.

Dans ces conditions, il est essentiel que chaque QPS bénéficie de moyens matériels, notamment des locaux, et humains adaptés aux missions dévolues suscitées. A défaut, les soins ne pourront être correctement prodigués si les personnes détenues doivent être escortées vers les locaux de soin de l'établissement de rattachement, ce qui est par ailleurs particulièrement chronophage et mobilisateur pour les personnels pénitentiaires tenus d'accompagner les intéressées.

Les ressources humaines pourront être mutualisées avec celles de l'USMP de l'établissement pénitentiaire de rattachement sous la forme d'une antenne de l'USMP. Les temps de parcours entre le QPS et l'établissement pénitentiaire de rattachement devront alors être pris en compte pour évaluer le nombre d'équivalent temps plein de personnels sanitaires supplémentaires nécessaires.

Des contacts ont d'ores et déjà été pris avec le ministère des affaires sociales et de la santé afin d'envisager l'organisation des soins retenue au sein de ces QPS³¹.

IV.2.2 L'enseignement

L'ouverture des QPS ne saurait se faire sans laisser une place à la prise en charge des personnes détenues par l'éducation nationale dans le dispositif de préparation à la sortie. La mission d'insertion vouée à l'action de l'éducation nationale en détention se retrouve ainsi confortée dans ce nouveau dispositif.

La prise en charge de l'éducation nationale, garantie par la convention Education Nationale/Justice du 8 décembre 2011, assure la mobilisation des enseignants à destination des publics prioritaires (mineurs, jeunes majeurs, publics illettrés, non francophones et les bas niveaux de qualification).

Les actions de l'éducation nationale au sein des QPS pourra se traduire par une prise en charge individualisée et modulaire, permettant aux personnes détenues d'acquérir ou de renforcer les savoirs de base nécessaires à une démarche de réinsertion (droit au retour à la formation initiale jusqu'à 25 ans par exemple), de s'inscrire dans un processus de certification et/ou de diplomation, mais aussi de valider des compétences et des connaissances faisant référence au socle attendu dans la certification CléA.

Les unités pédagogiques régionales (UPR) concernées par la mise en place des QPS devront réfléchir à la proposition et la mise en œuvre d'une prise en charge pédagogique adaptée aux profils des personnes détenues affectées dans les QPS. Il conviendra par conséquent de veiller à ce que les locaux et les équipements permettent une prise en charge scolaire dans des conditions adéquates.

ce type d'établissement ou quartier de bénéficier d'actions spécifiques de promotion ou d'éducation pour la santé. Cette organisation n'est pas de nature à responsabiliser et autonomiser la personne étant donné que les contraintes s'y appliquant limitent, *de facto*, les capacités d'accès à des soins adaptés (horaires contraints, mobilité réduite).

³¹ Une réunion de travail sur le sujet a été fixée au 9 février 2017 avec la direction de projet « santé des personnes détenues » et le bureau compétent de la direction générale de l'offre de soins. A cette occasion, il pourra être envisagé plus avant les modalités d'organisation des soins à privilégier au sein des QPS, avec très certainement une version optimale dans les nouveaux quartiers (à construire) et une version adaptée dans les quartiers à réhabiliter (compte tenu notamment des possibilités bâtimementaires).

IV.2.3 Les autres activités

Le panel des autres activités proposées aux personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire de rattachement, notamment le travail, la formation professionnelle, les activités culturelles, sportives et physiques, doivent également être accessibles à celles détenues au sein des QPS. La mise en œuvre de ces activités au bénéfice des personnes détenues participe en effet à prévenir efficacement la récidive et favoriser une réadaptation et/ou une réhabilitation des personnes détenues.

L'organisation et le fonctionnement des QPS devront donc tenir compte des aménagements nécessaires en termes d'espace (locaux dédiés) et de temps permettant la mise en œuvre de ces activités au sein de ces quartiers.

IV.3 Le lien avec les autorités judiciaires

La préparation efficiente à la sortie suppose un accès facilité aux permissions de sortir et aux mesures de retour progressif à la liberté. Ainsi, le lien entre les services de l'administration pénitentiaire et les autorités judiciaires doit être particulièrement étroit, afin de pouvoir individualiser l'exécution des peines des personnes écrouées en QPS, dont le quantum est réduit. De la même manière, il s'agit de renforcer la continuité de suivi dedans/dehors et ainsi de limiter le risque de récidive.

Pour atteindre ces objectifs, l'administration pénitentiaire veille à associer les magistrats au fonctionnement de la structure, notamment :

- à travers la formalisation de protocoles locaux prenant en compte la particularité des QPS et la nécessité de prévoir des procédures réactives en vue de favoriser la progressivité des parcours, en particulier la simplification des procédures d'aménagement de peine et de permissions de sortir (recours élargi à la procédure de hors débat en fonction de la situation de la personne, délégation au directeur fonctionnel du SPIP (DFSPIP) de la fixation des dates et des modalités d'exécution des permissions de sortir, etc.) ou la gestion des incidents ;
- en les concertant quant au contenu du programme de prise en charge des QPS et en assurant leur information régulière sur les projets développés au sein de la structure.

Annexe 3 : Sélection des textes de la RL

Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le titre	Sélection selon le résumé	Sélection selon l'accès
Cairn	15	7	5	2
Pubmed	26	15	7	3
NCJRS	270	4	2	1
EconBiz	7	4	2	1
Santé Mentale	6	2	1	1
BMC Psychiatrie	12	8	2	1
Open Edition	8	1	1	1

Meshterms : French Prisons, Heal Access, Ethics, Psychiatric Diseases

Annexe 4 : Caractéristiques des textes de la RL

Sources	Thèmes traité	Méthode utilisé	Population	Approche théorique utilisé	Champs disciplinaires	Résultats	Dimensions non abordé
Open Edition (10)	Aménagement des prisons-villes	Longitudinale	2 prisons en Belgique (33 détenues)	Entretien	Ethnologie Sociologie Psychologie	Adoption pour la France	Coût et satisfaction des usagers
EconBiz (11)	Le coût élevé des incarcérations	Transversale	Prisons des USA 6016 prisons au total	Relevé de compte	Economie Sociologie	55 billions de plus en 25 ans	Le cas de la France
Pubmed (12)	Etude sur la longue incarcération et l'impact sur les maladies mentales	Longitudinale	67 hommes détenus à longues peines (13 ans environ)	Interview sur des situations, analyse des réponses	Psychologie Santé	+8.5% de psychose et 42% d'anxiété suivant les pathologies	Le cas des Femmes
Santé mentale (13)	Recensement des pathologies psychiatriques en prisons en France en 2018	Transversale	800 détenues en France	Recensement par des médecins psychiatres	Santé	28% de troubles de l'humeur, 29,4% de troubles anxieux, 17% de troubles psychotiques ou encore 19,1% de troubles addictifs	L'évolution et les modes de prises en charge
Cairn (14)	Le handicap en milieu carcéral en France	Transversale	2031 détenues (1951 hommes et 80 femmes)	Questionnaire	Santé Social	45% déficiences intellectuelles (3 fois plus que la moyenne en dehors des murs) et 26% de déficiences motrices (	Mode de prise en charge et âge des patients

						2.5 fois plus)	
Google Scholar (15)	Prisons pour mineur, controverse social et expérience de réclusion	Longitudinal e	40 jeunes détenues	Entretiens et étude de chaque parcours	Sociologie Santé Economie	En 2008, publications et 372 textes	Présences des parents et avenir professionnel
Cairn (16)	Opportunité et écueils des psychothérapies en milieu pénitentiaire	Transversale	Prisons françaises 750 détenues	Entretien	Santé	Les dangers de la relation	Types d'activités et témoignages
Pubmed (17)	Application of Ethics for Providing Telemedicine Services and Information Technology	Longitudinal	28 articles	Analyse du lien relation-technologie	Ethique Santé	Le manque de relation humaine qui engendre le manque d'informations	Le coût des dispositifs
Pubmed (18)	Accès limité à la prévention du HIV dans les prisons françaises	Transversale	46786 prisonniers de 120 prisons	Questionnaire	Santé	9% ont accès aux préservatifs et 64% peuvent se faire dépister	Type de population, Religion
BMC Public Health (19)	Harm reduction and equity of access to care for French prisoners	Transversale	59,522 détenues des prisons françaises	Recensement	Santé Social	Le manque de respect des lois concernant les droits de l'homme	Les moyens débloqués

Annexe 5 : Mesure mensuelle de l'incarcération du 1^{er} décembre 2018

MESURE MENSUELLE DE L'INCARCERATION

Au 1^{er} décembre 2018

82 634 personnes écrouées

71 061 détenus

11 573 non détenus

20 883
prévenus

50 180 condamnés

en détention
48 027en semi-liberté
1 821placées à
l'extérieur
330placés à
l'extérieur
585placés sous
surveillance
électronique
10 988INDICATEURS CLES AU 1^{ER} DECEMBRE

OCCUPATION DES PLACES

	2018	2017
Nombre de places opérationnelles	60 139	59 165
Densité carcérale globale	118,2%	117,8%
Densité carcérale en maison d'arrêt (hors places mineurs)	140,3%	140,2%
Nombre de détenus dans une structure suroccupée	à + de 120 %	40 196
	à + de 150 %	22 890
		40 037
		20 299

	2018	2017
Places inoccupées	4 066	4 097
Détenus en surnombre	14 988	14 646
Nombre de matelas au sol	1 506	1 547
Taux d'encellulement individuel	40,2%	38,6 %

STRUCTURE

Nombre de détenus	71 061	69 914
Nombre de prévenus	20 883	20 396
Part des prévenus parmi les détenus	29,4%	29,3%

Non détenus	11 573	11 097
Part des non détenus parmi les écroués	14%	13,7%
Placements sous surveillance électronique	10 988	10 519

DEMOGRAPHIE

Nombre de femmes	3 148	2 989
Part des femmes	3,8 %	3,7 %

Nombre de mineurs	814	799
Part des mineurs	1 %	1 %

DEFINITIONS

- Places opérationnelles : Nombre de places en fonction de la superficie au plancher (circ. AP8805G B402 du 3 mars 1988, définissant le mode de calcul de la capacité de chaque établissement) et effectivement disponibles (les places en travaux ne sont donc pas comptabilisées)
- Densité carcérale : Rapport entre le nombre de personnes détenues et le nombre de places opérationnelles.
- Places inoccupées : Différence entre le nombre de détenus et le nombre de places opérationnelles dans les quartiers ou établissements dont la densité carcérale est inférieure à 100% (en distinguant les quartiers mineurs).
- Détenus en surnombre : Différence entre le nombre de places opérationnelles et le nombre de détenus dans les quartiers et établissements dont la densité carcérale est supérieure à 100% (en distinguant les quartiers mineurs).

Source : Ministère de la justice – DAP/SDMe/Me5

DESCRIPTIF DE L'OCCUPATION DES ETABLISSEMENTS

Nombre de matelas au sol au 1^{er} décembre 2018: 1 506

Type d'établissement	Densité carcérale globale	Nombre d'établissements ou quartiers	Nombre d'établissement ou quartier en situation de suroccupation supérieure à 120 %	Nombre de personnes détenues dans une structure suroccupée à plus de 120 %
MA et qMA (hors places mineurs)	142%	130	91	39 587
CD et qCD	91%	66	1	296
MC et qMC	75%	13	0	0
CPA et qCPA	74%	9	2	129
CSL et qCSL	73%	30	2	184
EPM (et places mineurs*)	68%	50	0	0
CNE et qCNE	71%	3	0	0
Ensemble	118%	258	96	40 196

MA : Maison d'arrêt / CD : Centre de détention / MC : Maison centrale / CPA : Centre pour peine aménagée / CSL : Centre de semi-liberté / EPM : Etablissement pénitentiaire pour mineurs / CNE : Centre national d'évaluation / q : quartier

* : 55 quartiers ou établissements pénitentiaires disposent de places mineurs

Type d'établissement	Nombre de personnes détenues	Nombre de places opérationnelles (*)	Places inoccupées (**)	Détenus en surnombre
MA et qMA (hors places mineurs)	48 532	34 143	397	14 786
CD et qCD	18 381	20 294	2 000	87
MC et qMC	1 676	2 240	564	0
CPA et qCPA	454	611	206	49
CSL et qCSL	983	1 352	429	60
EPM et QM	807	1 180	379	6
CNE et qCNE	228	319	91	0
Ensemble	71 061	60 139	4 066	14 988

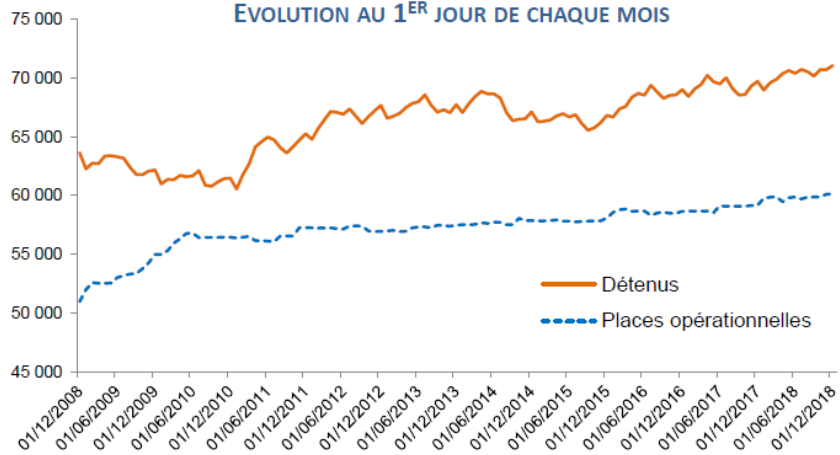
Direction interrégionale	Nombre de personnes détenues	Nombre de places opérationnelles (*)	Densité carcérale globale	Places inoccupées (**)	Détenus en surnombre	Taux d'encellulement individuel
Bordeaux	5 329	5 235	102%	606	700	55%
Dijon	4 595	4 274	108%	470	791	47%
Lille	7 327	6 502	113%	678	1 503	43%
Lyon	6 624	5 956	111%	328	996	48%
Marseille	7 679	6 647	116%	246	1 278	50%
Outre-mer	5 100	4 473	114%	351	978	29%
Paris	13 776	9 328	148%	257	4 705	25%
Rennes	8 310	7 681	108%	603	1 232	47%
Strasbourg	6 280	5 621	112%	373	1 032	40%
Toulouse	6 041	4 422	137%	154	1 773	34%
France entière	71 061	60 139	118%	4 066	14 988	40%

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

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

EVOLUTION DES EFFECTIFS

Au 1 ^{er} décembre	Personnes écrouées	Personnes détenues	Places opérationn elles	Personnes prévenues	Personnes aménagées sous écrou et non détenues	Nombre de matelas au sol	Places inoccupées	Détenus en surnombre	Personnes détenues en MA/qMA avec un taux d'occupatio n supérieur à 120 %
2008	67 695	63 619	50 963	16 793	4 076	.	1 690	14 348	38 855
2009	67 393	62 181	54 974	15 963	5 212	.	3 932	11 149	31 841
2010	67 878	61 473	56 463	16 170	6 405	.	4 203	9 239	28 097
2011	74 108	65 262	57 255	16 587	8 846	.	3 915	11 922	34 357
2012	78 082	67 674	56 953	16 945	10 408	.	2 525	13 246	37 165
2013	78 884	67 738	57 447	17 192	11 146	1 047	3 102	13 395	37 712
2014	78 419	67 105	57 854	17 526	11 314	979	3 441	12 691	34 793
2015	77 227	66 818	58 082	18 583	10 409	989	4 709	13 445	35 710
2016	79 581	69 012	58 663	19 925	10 569	1 459	4 343	14 692	36 839
2017	80 811	69 714	59 165	20 396	11 097	1 547	4 097	14 646	39 552
2018	82 634	71 061	60 139	20 883	11 573	1 506	4 066	14 988	39 587

EVOLUTION AU 1^{ER} JOUR DE CHAQUE MOIS

Source : Ministère de la justice – DAP/SDMe/Me5

Annexe 6 : Loi Jardé relative à la préservation des personnes dans la recherche :

Code de la Santé Publique, Livre Ier, Titre II : recherches impliquant la personne humaine. Loi Jardé n°2012-300 du 5 mars 2012 modifiée par Ordonnance n°2016-800, décret d'application 2016-1537 du 16 novembre 2016. (20).

La loi Jardé (n°2012-300) est la loi qui encadre les recherches sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales. Une catégorie unique de recherche désigne ces Recherches Impliquant la Personne Humaine (RIPH) subdivisée en 3 sous catégories :

- *Les Recherches Interventionnelles (RI)* dites catégorie 1° :

Elle comporte une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle.

- *Les Recherches Interventionnelles à Risques et contraintes Minimales (RIRM)* dites catégories 2° :

Elles ne portent pas sur des médicaments et ne comportent que des risques et des contraintes minimales dont la liste est fixée par arrêté du ministère chargé de la santé

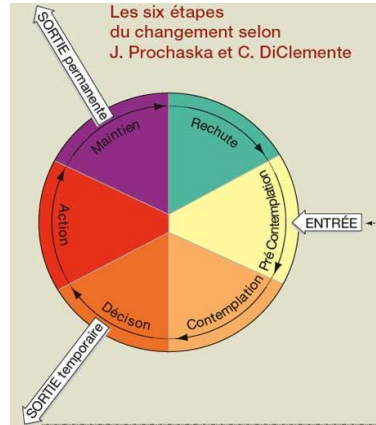
- *Les Recherches Non Interventionnelles (RNI)* dites catégories 3° :

Elles sont entendues comme toute recherche qui ne comporte aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle.

Annexe 7 : Matrice de questionnement enquête exploratoire

Thématique précise à questionner issu de la RL	Objectif des questions	Questions
Variable fondamental qu'on détache du reste par rapport à la RL, L'institution. Cette variable sera la base de l'articulation de l'exploitation des données.	Comparer et séparer dès le départ les réponses par type de structure	Question 1
D'après la RL l'accès aux soins est déficitaire en milieu carcéral. On observe également une apparition de pathologies psychiatriques à l'issu de l'arrivé dans ce milieu. En outre, on assiste à une sur-occupation des prisons qui n'est pas suivi par une augmentation du personnel (soignant ou non). Il est alors question de la présence et de la qualité de la PEC en santé et en ergothérapie. Cependant quel est la hauteur de ce déficit, s'il est présent ? Existe-t-il réellement partout ?	Comparer les différentes PEC sur le plan organisationnel en confrontant les établissements de type carcéral et les autres établissements qu'on qualifiera d'établissement en milieu extérieur.	Questions 2, 3, 4, 5, 6, 7.
Dans la revue de littérature il est question de mettre en avant le caractère éthique de la prise en charge en milieu carcéral, soigné pour améliorer la qualité de vie, le bien être, le rendement et la participation occupationnelle dans une institution qui instaure des privations sur le plan occupationnelle	Recueillir des points de vues et des informations de terrain notamment sur l'adaptation ponctuelle rémanente dont doivent faire preuve les professionnelles. Il sera aussi questionner la volonté ou non de travailler dans des structures de soins de type SMPR pour enrichir mes représentations sur le sujet.	Questions 11, 12 La question 13 concerne les remarques ou les commentaires supplémentaires que souhaiteraient ajouter les ergothérapeutes interrogés
D'après la RL, on constate que l'institution instaure des règles supplémentaires et des démarches imposées qui ne sont pas toujours en accord avec une prise en charge adapté.	Mesurer l'impact de la confrontation entre les valeurs institutionnelles et l'exercice de l'ergothérapie	Questions 8, 9, 10

Annexe 8 : Les six étapes du changement



Annexe 9 : Matrices théoriques du concept de l'alliance thérapeutique et de la complexité
selon Edgar Morin.

Concept	Variables	Indicateurs
Alliance thérapeutique (4) (5)	La qualité affective	La confiance La sollicitude L'engagement (propre et la conscience de celle de l'autre) L'empathie
	Les objectifs	Travail sur lequel l'aide est demandé Les tâches correspondent aux demandes Degré de bien-être ou d'anxiété par rapport à celle-ci.
	Personnalité du thérapeute	Age, sexe, temps de pratique, lieu d'exercice
	Personnalité du patient	Age, sexe, psychopathologie, lieu de résidence temps de présence au sein de l'établissement, objectif de soins.

Ce tableau sur l'alliance thérapeutique de Carl Rogers (4) va nous permettre d'évaluer à l'aide d'une échelle arbitraire la qualité de la relation du patient avec son thérapeute. Une échelle étendue de 1 à 5 sera mise en place pour laisser la possibilité à l'enquête d'affiner sa réponse.

Concept	Variables	Indices
La complexité d'Edgar Morin (3)	Dialogique	Disponibilité/dissociabilité
	Récurtivité	Boucle génératrices, les effets sont eux-mêmes producteurs de ceux qui les produits
	Hologrammatique	Le tout contient les parties et les parties contiennent le tout

Dans mon questionnaire le concept de la complexité sera illustré surtout dans le choix du public à interroger et sera directement liée au taux de présence du groupe témoin. C'est en effet avec ce concept que seront privilégiées certaines structures. Il faudra que les déplacements soient assurés par des représentants de l'infrastructure pénitentiaire, et que le fonctionnement prédominant soit assuré par cette même structure.

Quelques définitions pour aider à la compréhension :

Le principe dialogique met en avant le caractère indépendant d'un système. Par exemple ici l'unité de soins est un système indépendant associé à une structure pénitentiaire, il est dissociable de celui-ci et peut être retrouvé dans d'autre institution.

Le principe de récursivité implique ici que l'institution générale provoque certains comportements pris en charge dans ce même service. Dans son livre Edgar Morin (3) utilise l'image suivante « Nous individus, nous sommes les produits d'un processus de reproduction qui est antérieur à nous. Mais une fois que nous sommes produits, nous devenons les producteurs du processus qui va continuer ».

Le principe hologrammatique est celui qui considère que le tout contient les parties et que les parties contiennent le tout. L'unité sanitaire et le système pénitentiaire sont constitutifs du centre de détention, lui-même constitué du l'unité sanitaire et du système pénitencier. Un peu comme un organe avec un corps humain.

Annexe 10 : Matrice de questionnaire dispositif de recherche :

Thématique issu de la matrice théorique	Concept	Thématique des questions	Questions
Selon Rogers, la personnalité du soignant influence la qualité de la relation	Alliance thérapeutique	Obtenir des éléments d'informations sur le soignant	Sexe, Âge du thérapeute
Le milieu doit être considéré comme complexe pour répondre aux critères de l'enquête. Selon Edgar Morin il repose sur 3 indices : le milieu doit être récursif, hologrammatique et dialogique	Complexité	Obtenir des détails sur la structure d'exercice et savoir comment sont effectués les déplacements	Dans quel type de structure pénitentiaire exercez-vous? Les déplacements des détenues vers l'unité de soins sont-ils gérés par les surveillants ?
Selon Rogers, la personnalité du patient influence la qualité de la relation	Alliance thérapeutique	Obtenir des informations sur la personne bénéficiaire du soin, deux personnes vont être sélectionné en fonction de leurs montant de présence	Dans un premier temps visualisez un patient avec lequel le taux de présence est faible, décrivez le succinctement en précisant son montant de présence (en %)
Recueil de données grâce aux items de Rogers sur les caractéristiques de l'alliance thérapeutique, la série de 6 items est testé sur deux types de public en fonction du montant de présence. Une déclinaison de 1 à 5 est proposée pour permettre à l'analyse d'être plus précise ; elle n'est pas mentionnée par Rogers	Alliance thérapeutique	Mettre en avant la différence de qualité dans l'alliance thérapeutique entre les patients ayant un fort et faible taux de présence.	- Premièrement, il faut une relation entre deux personnes - Deuxièmement le client n'est pas en état de congruence - Troisièmement le thérapeute, lui, est en état de congruence (La congruence étant associée à un état de cohérence interne) - Quatrièmement, le thérapeute maintient une considération positive inconditionnelle, il s'ouvre avec chaleur et bienveillance à l'autre - Cinquièmement, le thérapeute ressent de l'empathie envers le client - Sixièmement, le client perçoit ces deux dernières attitudes du thérapeute. Chaque batterie de questions est à coter entre 1 et 5 suivant sa présence, elle est demandée pour les deux catégories de patients.
Autres (remarques, questions)		Recueillir des éléments importants qui n'auront pas été traité	Avez-vous des remarques ou des données supplémentaires que vous jugez pertinentes ?

Bibliographie

1. Santé publique [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante-penitentiaire/legislation.asp>, consulté le 14 Avril 2019
2. Remise du livret blanc pénitentiaire [en ligne]<http://www.justice.gouv.fr/la-garde-des-sceaux-10016/remise-du-livre-blanc-sur-limmobilier-penitentiaire-29889.html>, consulté le 2 Mai 2019
3. Bailly-Salin P., « le soin et l'activité », VST- Vie Sociale et traitements, 2004/3 (n°83), p. 41-49. DOI : 10.3917/vst.083.0041.[en ligne] : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2004-3.htm-page-41.htm> consulté le 2 Décembre 2018.
4. Ergothérapie en psychiatrie [en ligne], <https://physioextra.ca/ergotherapie-en-sante-mentale/> consulté le 5 Avril 2019
5. L'administration pénitentiaire en France [en ligne] www.justice.gouv.fr/art_pix/administration_penitentiaire_en_france.pdf , consulté le 21 Avril 2019
6. Paulet C. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : les pathologies psychiatriques rencontrées et leur prise en charge. La revue du praticien. 2013, vol 63, pages 82 à 83. Consulté le 15 Janvier 2019.
7. Sénat. Loi sur l'encellulement individuel[en ligne]<https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-44916.html>, consulté le 10 Janvier 2019.
8. Observatoire nationale des prisons [en ligne] <https://oip.org/decrypter/thematiques/sante-mentale/> consulté le 30 Octobre 2018.
9. Ministère de la Justice [en ligne]<http://www.justice.gouv.fr/la-garde-des-sceaux-10016/remise-du-livre-blanc-sur-limmobilier-penitentiaire-29889.html> consulté le 24 Septembre 2018.
10. Règles pénitentiaires européennes ; Ministère de la Justice [en ligne] www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE2.pdf . Consulté le 14 Mai 2019
11. Solini L, Scheer D, Yeghicheyan J. Une fenêtre ouverte sur l'extérieur, écologie de deux espaces carcéraux. Open Edition. 2016. N° 3 vol. 7 [en ligne]. Consulté le 6 Mai 2018.
12. Schmitt J, Warner K, Gupta S. The high budgetary cost of incarceration. Center for economic and policy research. 2010 Jun. [en ligne]. Consulté le 18 Mai 2018.
13. Yang S, Kadouri A, Révah-Lévy et al. Doing Time, A qualitative study of long term incarceration and the impact of mental illness. Int J Law Psychiatry. 2009 Sept-Oct ; 32(5) :294-303 [en ligne]. Consulté le 4 Juin 2018.

14. Soins psychiatriques et personnes détenues. Santé mentale. Avril 2018. N°227 page 34
15. Desesquelles A. Le handicap en milieu carcéral en France, quelles différences avec la situation en population générale. Cairn. 2005. 71-98. [en ligne]. Consulté le 26 Juin 2018.
16. Chantraine G, Cliquennois G, Franssen A et al. Les prisons pour mineurs. Controverses sociales, pratiques professionnelles, expériences et réclusion. Google Scholar. 2011 ; 533 [en ligne]. Consulté le 3 Juin 2018.
17. Descarpentries, Francis. « Opportunité et écueils des psychothérapies en milieu pénitentiaire », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 124, no. 4, 2014, pp. 54-60. [en ligne]. Consulté le 30 Avril 2019
18. Langarizadeh M, Moghbeli F, Aliabadi A. Application of Ethics for Providing Telemedicine Services and Information Technology. *Med Arch*. 2017;71(5):351-355. [en ligne]. Consulté le 8 Octobre 2018.
19. Michel L, Jauffret-Routside M, Blanche J et al. Limited access to HIV prevention in French prisons: implications for public health and drugpolicy. *BMC Public Health*. 2011 May 27. [en ligne]. Consulté le 7 Août 2018.
20. Michel L, Carrieri MP, Wodak A. Harmreduction and equity of access to care for French prisoners: a review. *HarmReduct J*. 2008;5:17. Published 2008 May 21. doi:10.1186/1477-7517-5-17 [en ligne]. Consulté le 8 Novembre 2018.
21. La loi Jardé (n°2012-300). ANRS.
www.arns.fr/sites/default/files/2017/typologie_recherche.pdf [en ligne]. Consulté le 14 Mai 2019.
22. ANFE.[enligne]https://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=105
23. Université de Montréal [en ligne]<https://socio.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-sociologie/> consulté le 25 Mars 2019
24. Encyclopédia Universalis [en ligne]<https://www.universalis.fr/encyclopedie/psychologie-sociale/>
25. Les Echos [en ligne] <https://www.lesechos.fr/2014/05/edgar-morin-la-pensee-complexe-aide-a-affronter-lerreur-lillusion-lincertitude-et-le-risque-283834>
26. Morin E. Introduction à la pensée complexe. Éditions du Seuil ; 2005. 158p (consulté le 13 Mars 2019)

27. L'alliance thérapeutique comme instrument de soins [en ligne]
www.prendresoin.org/wp.../Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soin.pdf
consulté le 30 Décembre 2018
28. L'alliance thérapeutique (2011) ouvrage collectif sous la direction d'Edouard Collot,
Paris, Dunod [en ligne]<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/alliance-therapeutique-fondements-et-mise-en-oeuvre> consulté le 25 Janvier
29. Le Roy J., Pierrette M. Petit manuel du questionnaire de recherche, de la conception à
l'analyse. Paris : Enrick B.Editions ; 2012 : 74p, consulté le 22 Avril 2018
30. Anceaux F. Sockeel P. Mise en place d'une méthodologie expérimentale : hypothèses et
variables. Recherche en soins infirmier n° 84. Mars 2006, consulté le 22 Avril 2019.
31. Ministère de la Justice : Les structures pénitentiaires [en ligne]
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html> , consulté le 7 Mai 2019

Depuis le 18 janvier 1994, l'organisation des soins aux détenus en France est à la charge du service public hospitalier. Jusqu'alors, cette population ne bénéficiait pas de la même qualité de soins que dans le service public. Cette décision vise à améliorer l'accès aux soins auprès de cette population vulnérable. Cependant la recherche fait état de problématiques institutionnelles perturbant le fonctionnement de l'Unité de Soins. De ce fait, les recherches étudient l'impact des qualités relationnelles de l'ergothérapeute sur la motivation des patients à se rendre en séance. Les résultats mettent en avant un lien fort entre la qualité de l'alliance thérapeutique entre le soignant et son patient et l'assiduité de ce dernier. Cette recherche appelle à entreprendre des travaux supplémentaires avec une vision plus centrée sur le patient.

Mots clés : Ergothérapie, Milieu Carcéral, Alliance Thérapeutique, Complexité, Accès aux Soins.

Since January 18th 1994, healthcare organization for prisoners is under public service responsibility. Until then, the prisoners have had a poorest system than the rest of the population. Thus, this decision aims to improve health access to this vulnerable population. Thus, this study points out institutional disorders disturbing health organization in prison units. Furthermore, this research deals with the impact of occupational therapist interpersonal skills and patients motivation to attend the therapy. In addition, this research call for additional actions including an enhanced patient centered vision.

Keywords: Occupational Therapy, Prisons, Therapeutic Alliance, Complexity, Health Access.