



HAL
open science

L'accompagnement ergothérapeutique des patients/détenus dans la reprise de l'autonomie en U.H.S.A.

Amandine Ponganne

► **To cite this version:**

Amandine Ponganne. L'accompagnement ergothérapeutique des patients/détenus dans la reprise de l'autonomie en U.H.S.A.. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02387175

HAL Id: dumas-02387175

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02387175>

Submitted on 29 Nov 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.



UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne

PONGANNE Amandine

UE 6.5 *Evaluation de la
pratique professionnelle et
recherche*
27 mai 2019

L'accompagnement ergothérapeutique des
patients/détenus dans la reprise de
l'autonomie en U.H.S.A.

Remerciements

*Sous la direction de Madame Céline CAUVY, ergothérapeute à l'U.H.S.A. de Cadillac,
maître de mémoire*

Je tiens tout d'abord à remercier Céline Cauvy, ma directrice de mémoire, pour son écoute, son soutien, son regard critique, sa disponibilité et sa présence durant ce travail et durant les deux mois de stage qui m'ont beaucoup apporté professionnellement.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'IUFE d'Auvergne pour l'accompagnement tout au long de ces trois années de formation.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes qui ont accepté de participer à ce projet d'initiation à la recherche et d'avoir répondu à mes questions.

Je souhaite remercier ma famille et surtout mes parents de m'avoir toujours soutenu dans mes choix.

Merci à mes normands, pour votre présence si importante et surtout toi Lucie pour toutes les relectures de dernières minutes (merci à l'inconnu du métro).

A vous mes camarades de promotion, la famille clermontoise, merci pour ces trois années passées ensemble. Que des moments inoubliables.

« La prison est une blessure pour les corps, pour les esprits »

Yves Simon

Abréviations des sigles

- **S.P.I.P.** : Service pénitentiaire d'insertion et de probation
- **U.S.M.P.** : Unités sanitaires en milieu pénitentiaire
- **U.C.S.A.** : Unité de consultation et de soins ambulatoires
- **S.M.P.R.** : Service médico-psychologique régional
- **U.H.S.I.** : Unité hospitalière sécurisée interrégionale
- **U.H.S.A.** : Unité hospitalière spécialement aménagé
- **U.S.I.P.** : Unité de soins intensifs psychiatriques
- **U.M.D.** : Unité pour malades difficiles
- **S.L.** : Soins libres
- **S.D.R.E.** : Soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat
- **A.N.F.E.** : Association nationale française des ergothérapeutes
- **W.F.O.T.** : World federation of occupational therapists
- **E.N.O.T.H.E.** : European network of occupational therapy in higher education
- **M.D.P.H.** : Maison départementales des personnes handicapées

Sommaire

Introduction	7
1. Problématique pratique	8
1.1. Le milieu carcéral	8
1.1.1. Les différentes catégories d'établissements pénitentiaires	8
1.1.2. Le milieu ouvert.....	9
1.1.3. La population carcérale.....	9
1.1.4. Les rôles de la prison.....	10
1.2. Les conséquences de l'enfermement	11
1.2.1. La santé en milieu carcéral.	11
1.2.2. Les différents services de soins psychiatriques	12
1.2.3. Unité Hospitalière Spécialement Aménagée	12
1.2.4. Les risques psychiques de l'enfermement.	13
1.2.5. L'incarcération impacte l'espace et le temps.....	14
1.3. L'ergothérapie dans le milieu carcéral.....	15
1.3.1. Compétences de l'ergothérapeute	15
1.3.2. Prise en charge ergothérapique existante.....	18
1.3.2.1. <i>En psychiatrie</i>	18
1.3.2.2. <i>Autres prises en charge</i>	18
1.3.3. L'activité en prison	19
1.3.4. La privation occupationnelle.....	20
1.4. Question de recherche.....	20
2. Problématique théorique	21
2.1. L'autonomie et l'indépendance.....	21
2.1.2. La dépendance et l'indépendance	21
2.1.3. Autonomie	22

2.2.	L'enfermement.....	23
2.2.1.	Définition.....	23
2.2.2.	Espace d'enfermement.....	24
2.3.	Le modèle KAWA.....	25
2.3.1.	Présentation.....	25
3.	Méthodologie.....	33
3.1.	Choix de la méthode.....	33
3.2.	Construction de l'outil de l'enquête.....	33
3.3.	Choix de la population.....	34
3.3.1.	Critères d'inclusion :.....	34
3.3.2.	Critères d'exclusion :.....	34
3.4.	Réalisation des entretiens.....	34
4.	Résultats.....	35
4.1.	Présentation des personnes interrogées.....	35
4.2.	Analyse longitudinale des résultats.....	35
4.2.1.	Réponses de l'ergothérapeute A.....	36
4.2.2.	Réponses de l'ergothérapeute B.....	39
4.2.3.	Réponses de l'ergothérapeute C.....	41
4.3.	Analyse transversale des résultats.....	43
4.3.1.	Concernant l'accompagnement à l'U.H.S.A. par rapport à une unité psychiatrique classique.....	43
4.3.2.	Concernant le travail d'ergothérapeute au sein d'une U.H.S.A.....	44
4.3.3.	Concernant les conséquences de l'enfermement sur les patients.....	45
5.	Discussion.....	47
5.1.	Liens avec la problématique pratique.....	47
5.2.	Liens avec la problématique théorique.....	48
5.2.1.	Lien avec le concept d'autonomie.....	48

5.2.2.	Lien avec le concept d'enfermement	49
5.2.3.	Lien avec le modèle KAWA.....	51
5.3.	Réponse à la question de recherche	52
5.4.	Limites de l'étude, auto-critique et aspect éthiques.....	53
5.5.	Apports et perspectives	54
5.5.1.	Apports personnels	54
5.5.2.	Apports pour la profession et perspectives de travail	54
	Conclusion.....	56
	Bibliographie	57
	Annexes	

Introduction

Après avoir entendu dans un documentaire que certains détenus après une longue peine ne savaient plus faire certains gestes de la vie quotidienne (comme ouvrir une porte ou se préparer à manger par exemple), je me suis interrogée sur la place de l'ergothérapeute avec cette population particulière. La structure filmée avait mis en place un système de « pré-libération ». C'est un lieu où le détenu passe quelques jours/semaines dans ce service pour préparer et faciliter la sortie. Cependant, en ce qui concerne la réhabilitation des activités de la vie quotidienne, c'est une infirmière qui s'en occupe. Etant une des principales compétences de l'ergothérapeute, je me suis donc demandée pourquoi cette mission lui était assignée.

A la suite d'une précédente revue de littérature, je me suis orientée sur la question de la place de l'ergothérapie en milieu carcéral. Je me suis donc intéressée sur le monde pénitentiaire, les termes, les lieux et le fonctionnement. Puis j'ai fait un état des lieux sur les différentes prises en charges ergothérapeutiques existantes en France et dans le reste du monde. La question d'étude est donc celle-ci : Comment l'ergothérapeute peut intervenir pour préparer la réinsertion en vue de la libération du détenu ?

A travers une enquête exploratoire, je me suis rendu compte qu'il y avait une différence entre les écrits et la réalité du terrain. C'est pourquoi, je me suis plus particulièrement intéressée à la pratique ergothérapeutique en U.H.S.A. qui est un service récent dans le monde de la santé carcérale et où il y a peu de recherche en ergothérapie.

Afin de répondre à cette question, j'ai tout d'abord réalisé des recherches sur les thèmes du milieu carcéral, les conséquences de l'enfermement et l'ergothérapie en milieu carcéral. Ces thématiques sont présentées dans ma problématique pratique, cela m'a permis de spécifier mes recherches et donc d'aboutir à ma question de recherche. Ensuite la problématique théorique présente la théorie de l'autonomie, le concept de l'enfermement et le modèle KAWA. Puis, la méthodologie de l'étude est explicitée. Enfin l'analyse des résultats et une discussion en lien avec les différentes problématiques sont exposées dans le but de répondre à la question de recherche.

1. Problématique pratique

1.1. Le milieu carcéral

Après avoir reçu le jugement du délit ou du crime, les détenus sont pris en charge par l'administration pénitentiaire. La peine peut se faire soit en milieu fermé soit en milieu ouvert.

1.1.1. Les différentes catégories d'établissements pénitentiaires

D'après les chiffres du Ministère de la Justice, il y avait 182 établissements pénitentiaires (58 681 places en services) le 1^{er} janvier 2017. Ces milieux fermés sont classés selon deux grandes catégories.

Les maisons d'arrêts : elles reçoivent les prévenus (c'est-à-dire les détenus en attente de jugement) et les condamnés ayant des peines inférieures ou égales à deux ans lors de leur condamnation définitive.

Les établissements pour peine : ces derniers sont divisés en trois types :

- **Les centres de détention** accueillent les condamnés à plus de deux ans et lorsque les détenus ont des possibilités concrètes de réinsertion sociale. Ces centres ont donc un régime de détention principalement orienté vers la resocialisation des détenus (Ministère de la Justice, 2017)
- **Les centres pénitentiaires** sont des établissements qui ont au moins deux quartiers à régime de détention différents (exemple : maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).
- **Les maisons centrales** reçoivent les condamnés dit les plus difficiles. Leur régime de détention est principalement axé sur la sécurité.
- **Les centres de semi-liberté autonome** et **centres pour peines aménagées** accueillent les détenus qui peuvent travailler ou se former à l'extérieur la journée mais rentrent le soir. Cela peut permettre de « *concrétiser un projet de réinsertion* ». (Ministère de la Justice, 2018)
- **Les centres nationaux d'Evaluation** sont des établissements où le détenu est présenté à une équipe pluridisciplinaire pour une durée d'au moins six semaines. Le

but est de déterminer et mettre en place les modalités de prise en charge sanitaire et sociale et donc d'être orienté vers un établissement le plus adapté à son profil. Cela concerne toutes les personnes condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée supérieure ou égale à quinze ans ou pour les condamnés de certains crimes (assassinat, meurtre, torture ou actes de barbarie, viol, enlèvement, séquestration)

1.1.2. Le milieu ouvert

Au 1^{er} janvier 2017, 164 146 personnes étaient prises en charge en milieu ouvert contre 175 200 en janvier 2013. Ces personnes ne sont pas sous écrou. Il existe différentes mesures : sursis avec mise à l'épreuve, travail d'intérêt général, libération conditionnelle, contrôle judiciaire ou ajournement avec mise à l'épreuve. Ces mesures alternatives répondent à une démarche axée sur la responsabilisation du délinquant. (DGOS, 2015)

Les condamnés exécutant leur peine en milieu ouvert sont soumis à divers obligations, sous le contrôle du juge de l'application des peines, qui est assisté d'un service pénitentiaire d'insertion et de probation communément appelé S.P.I.P.

1.1.3. La population carcérale

Au 1^{er} mars 2019, il y avait 71 037 détenus dont 48 368 en détention et 1 869 en semi-liberté. (Ministère de la Justice, 2019). Lorsque l'on regarde l'évolution de la population carcérale, nous pouvons voir qu'il y a une augmentation du nombre de personnes détenues (environs 62 700 en mars 2009 contre 69 879 en mars 2018).

Le terme de détenus comprend les personnes prévenues et les personnes condamnées. Voici les définitions :

- **Détenu** : personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire
- **Condamné** : personne détenue dans un établissement pénitentiaire en vertu d'une condamnation définitive
- **Prévenu** : personne détenue dans un établissement pénitentiaire qui n'a pas encore été jugée ou dont la condamnation n'est pas définitive

Au 1^{er} janvier 2017, sur les 59 298 personnes condamnées :

- 12.2% sont condamnées à une peine de moins de 6 mois
- 37% sont condamnées à une peine allant de 6 mois à moins de 2 ans
- 35,4% sont condamnées à une peine allant de 2 ans à moins de 10 ans
- 11% sont condamnées à une peine allant de 10 ans à moins de 20 ans
- 3,5% sont condamnées à une peine allant de 20 ans à 30 ans
- 0.8% sont condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité

Les principaux types d'infractions des personnes écrouées sont :

- Vol : 23%
- Infraction à la législation sur les stupéfiants : 18%
- Infraction routière (autre qu'homicide et blessure involontaire) : 8%
- Violence contre les personnes : 14%
- Viol et agression sexuelle : 10%
- Homicide et atteinte volontaire ayant entraîné la mort : 8%

1.1.4. Les rôles de la prison

L'apparition du code Pénal se fait en 1791. Mais c'est le 20 janvier 1994 que le conseil constitutionnel va préciser les rôles de la prison. En effet, « *l'exécution des peines privative de liberté en matière correctionnelle et criminelle a été conçue, non seulement pour protéger la société et assurer la punition du condamné, mais aussi pour favoriser l'amendement de celui-ci et permettre son éventuelle réinsertion* ». (« Décision n° 93-334 DC du 20 janvier 1994 »)

C'est pourquoi la prison a plusieurs rôles. Le principal est de punir le détenu par une privation de sa liberté. Cet enfermement a également un rôle de protection du reste de la population et de la société d'une récurrence d'un délit. De plus, l'incarcération a pour but de dissuader les autres personnes à commettre des délits. Enfin, la prison a pour rôle de réinsérer les détenus dans la société dans le but d'éviter la récurrence.

1.2. Les conséquences de l'enfermement

1.2.1. La santé en milieu carcéral.

Depuis la loi du 18 janvier 1994 sur la santé publique et la protection sociale, les prises en charge liées aux soins en milieu carcéral relèvent du Ministère de la Santé. (Ministère de la Justice, 2018)

Ce dernier s'efforce en collaboration avec le ministère de la justice de « *garantir l'égal accès aux soins* » des détenus. « *Cela, à travers une consolidation de l'offre de soins spécifique et une collaboration renforcée.* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Cette loi a permis l'évolution de la prise en charge des personnes détenues en adéquation avec le milieu pénitentiaire. Cela a été renforcé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2015)

C'est pourquoi des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (U.S.M.P.) ont été créées dans chaque établissement pénitentiaire. A ce jour, il existe 175 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (U.S.M.P., ex U.C.S.A. : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) pour couvrir les besoins des détenus. « *Outre les consultations et les activités de groupe, elles favorisent la prévention et les actions d'éducation pour la santé. Lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être réalisés au sein des U.S.M.P., ces soins sont assurés en milieu hospitalier.* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

D'après le guide méthodologique de la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice, il y a trois niveaux dans la prise en charge des soins somatiques et psychiatriques des détenus (Ministère de la Justice, 2012). Le premier niveau regroupe les consultations, les prestations et activités ambulatoires. Cela concerne les dispositifs de soins somatiques et les dispositifs de soins psychiatriques qui sont les U.C.S.A. et parfois les S.M.P.R. (Service Médico-Psychologique Régional). Le deuxième niveau regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel. Les soins somatiques sont assurés par le milieu hospitalier tandis que les soins psychiatriques sont assurés en milieu pénitentiaire dans les unités sanitaires notamment les S.M.P.R. Le troisième niveau regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Pour les soins somatiques, les patients sont orientés

vers les U.H.S.I. (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale). Pour les soins psychiatriques, les hospitalisations se font au sein des U.H.S.A. (Unité Hospitalière Spécialement Aménagée) et U.S.I.P. (Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie).

1.2.2. Les différents services de soins psychiatriques

Les S.M.P.R. sont des services hospitaliers de consultations ambulatoires. Ils sont intégrés aux établissements pénitentiaires. Ils ont plusieurs missions : ils assurent le dépistage des troubles psychiatriques, réalisent des soins médico-psychologiques (entretiens, ateliers thérapeutiques...), luttent contre les addictions et ils ont un rôle de coordinateur et de coopération avec les structures pénitentiaires. (Floquet, 2014)

Les U.S.I.P. (Unité de Soins Intensifs Psychiatriques) sont des unités de soins sécurisées proposant un cadre contenant et adapté. Ces unités sont destinées à des patients en décompensation ou ayant des troubles du comportement qui ne peuvent pas être pris en charge de manière adaptée dans les services psychiatriques de secteur.

Les U.H.S.A accueillent les détenus ayant besoin de soins psychiatriques.

Les U.M.D. (Unité pour Malades Difficiles) sont réservées aux les patients représentant une dangerosité particulière liée à leur trouble psychiatrique et qui entraînent des difficultés dans l'accompagnement dans les autres services. L'admission n'est faite que sous la demande d'un représentant de l'Etat car ce sont seulement des patients en soins sans consentement. Les transferts vers les U.M.D. se font depuis les U.H.S.A., les U.S.I.P ou les services psychiatriques de secteur.

1.2.3. Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

L'idée des Unités Hospitalières Spécialement Aménagée (U.H.S.A.) a vu le jour depuis la loi du 9 septembre 2002 (loi de programmation et d'orientation pour la justice dite Perben I) qui permet aux détenus l'accès aux hospitalisations psychiatriques au sein d'un environnement sécurisé. Cependant, il faudra attendre l'arrêté du 20 juillet 2010, pour avoir une première liste de création d'U.H.S.A. (les neuf U.H.S.A. de la première tranche). Cet arrêté sera modifié, en 2014, avec la création de la deuxième tranche de création d'U.H.S.A.

Ces unités sont semblables à une unité psychiatrique générale, avec l'espace central consacré aux soins mais l'administration pénitentiaire gère la sécurité, les transferts et contrôle l'accès de l'établissement d'où le terme « spécialement aménagée ». Par ailleurs, l'administration pénitentiaire ne peut accéder, dans les unités de soins, que sur la demande des soignants dans le cas d'intervention pour mettre en sécurité les soignants ou lorsqu'ils effectuent des contrôles dans les espaces communs ou les chambres à travers les fouilles.

Ce service accueille les détenus hommes et femmes présentant des troubles psychiatriques et ayant besoin d'une hospitalisation, avec ou sans consentement. Des personnes mineures peuvent être également prises en charge. Les hospitalisations se font soit en soin libres (S.L.) soit en soins à la demande du représentant de l'Etat (S.D.R.E.).

La mission des U.H.S.A. est d'accueillir les détenus (hommes ou femmes et majeurs ou mineurs) souffrant de troubles psychiatriques qui ont besoin d'une hospitalisation complète et d'assurer les soins tout au long de la prise en charge du patient. Cela concerne tout individu sous écrou donc également les personnes en semi-liberté ou sous surveillance extérieures par exemple. Ces personnes vont donc être ré écroués et perdent leur semi-liberté ou la surveillance extérieure.

Les principaux objectifs des soignants de l'U.H.S.A. sont de permettre une stabilisation du patient et d'approfondir les investigations du diagnostic médical du patient à travers des évaluations et des observations cliniques. Dans le but de permettre au patient un retour en détention soit dans l'établissement d'où il vient soit en S.M.P.R.

Les motifs d'hospitalisation sont variés comme par exemple décompensation psychotique, trouble du comportement, idéations suicidaires, passage à l'acte hétéro ou auto agressif ... L'incarcération peut provoquer une souffrance mais peut aussi contribuer à une augmentation des symptômes d'une pathologie psychiatrique déjà existante.

1.2.4. Les risques psychiques de l'enfermement.

L'entrée dans les établissements pénitentiaires peut être difficile pour certains détenus : c'est ce qu'on appelle le choc carcéral. La rupture avec le monde extérieur, la perte d'autonomie (pouvoir se déplacer librement, choisir ses repas, contacter ses proches quand ils le souhaitent), le manque d'hygiène et le manque d'intimité peuvent provoquer un bouleversement psychique chez les détenus.

De manière générale, l’incarcération « *produit une perte d’estime de soi, une identité blessée et de la stigmatisation* » (Rostaing, 2015). L’administration pénitentiaire leur attribue un numéro d’écrou qu’ils apprennent par cœur et qui parfois devient leur seule identité. La prison semble être « *suspectée de contribuer à l’augmentation des troubles mentaux du fait de mauvaises conditions de détention et de la difficulté à donner corps à l’objectif de réinsertion (manque d’activités...)* » (Lancelevée, 2017). Les personnes subissent une privation de liberté mais aussi de leurs stimuli, de leurs sens et des interactions sociales qui deviennent inexistantes ou au moins différentes par rapport à l’extérieur.

Selon des données épidémiologiques, il y a une « *surreprésentation de la maladie mentale* » en milieu carcéral en comparaison avec la population générale. (Sautereau & Giret, 2013). En effet, en 2002, le Ministère de la santé et de la justice a souhaité faire une estimation de la prévalence des troubles mentaux dans les prisons françaises. D’après les résultats de l’étude (ici les chiffres sont issus d’un consensus des deux professionnels qui ont évalué les 800 détenus choisis au hasard), environ 28% ont des troubles de l’humeur, 29.4% ont des troubles anxieux, 19.1% ont des troubles liés aux substances, 17% ont des troubles psychotiques. Enfin le chiffre le plus significatif, 35.9% des détenus ont au moins un des troubles cités précédemment (Falissard et al., 2006). Aucune recherche n’a évalué la prévalence de ces troubles dans la population générale avec une méthode similaire. Mais la fréquence de la schizophrénie en France est autour de 1% et pour la dépression autour de 5%. Il doit être noté aussi que pour certains détenus, les troubles étaient présents avant l’incarcération et sont sûrement en lien avec la présence d’antécédents personnels et familiaux (suivi par un juge pour enfant, mesure de placement en foyer ou famille d’accueil, événements traumatisants durant l’enfance).

1.2.5. L’incarcération impacte l’espace et le temps

En détention, le temps est sans cesse le même, les jours se répètent. Le rapport au temps va être différent selon les étapes d’incarcération où se situe le patient (si la personne est prévenue, pendant le jugement ou proche d’une levée d’écrou par exemple). En effet pendant les procédures judiciaires, la personne va être sollicitée sur son passage à l’acte et la période précriminelle. La temporalité se fige, le temps étant plus particulièrement tourné vers le passé. Pour les personnes en fin de peine, le temps est orienté vers son futur et l’extérieur. Autre élément important, la temporalité est gérée par une autorité extérieure aux

détenus. Le rythme de leur quotidien ne leur appartient plus, ils en sont dépossédés, c'est le rythme de la vie carcérale et du temps judiciaire.

En ce qui concerne l'espace, le placement en détention induit un contrôle et une limitation des mouvements pour les détenus. Leur liberté de mouvement est donc très réduite voire inexistante. De plus, pour une question de sécurité, l'administration pénitentiaire doit savoir où sont les détenus à chaque instant. Quel que soit l'espace de la prison, les détenus ne sont jamais laissés sans surveillance. Même dans leur propre cellule, souvent soumise aux fouilles, les détenus n'ont que très peu de possibilité d'investir cet espace personnel. Parfois pour certains détenus, leurs cellules sont devenues leur espace (parfois les limites de leurs corps et de leurs cellules sont les mêmes). Il est donc difficile pour eux de quitter cet endroit lorsqu'ils doivent retourner à la vie extérieure. Pendant l'incarcération, la cellule est pour certains un rempart aux autres. Pour leur sécurité certains sont mis au quartier d'isolement (sortie 1h seul le matin et l'après-midi dans une cour). Certains refusent même le peu de temps de sorties auxquelles ils ont droit pour ne pas être au contact des autres personnes.

Pour d'autres, il existe dans certains lieux de détention, ce qu'on appelle le quartier RESPECTO. C'est un quartier réservé aux détenus exemplaires. Les cellules sont ouvertes, les détenus en détiennent la clé. Ils peuvent circuler librement dans tout le bâtiment. Les règles pour y accéder sont basées sur la confiance, le respect et l'engagement à respecter 25 heures d'activité dans la semaine (formation, activités manuelles, travail en tant qu'OXI...). Ce programme « *respecto* » a vu le jour en 2001, en Espagne. Le principe est d'augmenter l'autonomie des détenus, pour qu'ils reprennent en main une partie de leur rythme quotidien et de diminuer la violence. Depuis 2015, plusieurs établissements pénitentiaires expérimentent ce programme. Le respect du fonctionnement est matérialisé sur un système de point (+1 à chaque bonne action et -1 s'ils ne respectent pas les règles). Lorsque la personne a perdu tous ses points, elle retourne en détention classique et quitte le programme. (Observatoire International des prisons, 2017)

1.3. L'ergothérapie dans le milieu carcéral

1.3.1. Compétences de l'ergothérapeute

Le diplôme d'état d'ergothérapie se réfère et est sous le contrôle de l'arrêté du 5 juillet 2010. L'ergothérapeute est dépendant d'un référentiel de compétence. A travers sa pratique,

il va mobiliser des compétences. Voici les dix compétences avec des exemples dans la pratique ergothérapeutique en milieu carcéral :

- **Compétence 1** : *Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapeutique.*
 - Etablir un diagnostic de la situation du patient grâce à des outils validés ou non

- **Compétence 2** : *Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.*
 - Elaboration d'une intervention ergothérapeutique personnalisée en tenant compte de l'évolution du patient.

- **Compétence 3** : *Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.*
 - Mettre en place des activités signifiantes et significatives en s'adaptant au contexte carcéral.

- **Compétence 4** : *Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.*
 - Mettre en place des moyens techniques pour améliorer le quotidien du détenu.

- **Compétence 5** : *Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.*
 - Adapter sa pratique selon la population carcérale.

- **Compétence 6** : *Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.*
 - Assoir une relation thérapeutique en créant une relation de confiance entre les détenus et les professionnels.

- **Compétence 7** : *Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.*
 - Mettre en place des évaluations selon les recommandations déjà mise en place quant à la pratique en détention.

- **Compétence 8** : *Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.*
 - Réaliser des recherches pour se tenir informer des dernières données scientifiques.

- **Compétence 9** : *Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.*
 - L'interdisciplinarité est un élément important dans la pratique, cela permet d'enrichir les approches et d'avoir une vision globale avec différents points de vue professionnels.

- **Compétence 10** : *Former et informer. (Ministère de la santé et des Sports, 2015)*

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010, l'objectif de l'ergothérapie est « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.* » (ANFE, 2017)

Selon l'O.M.S. en 2005, « *une personne en bonne santé mentale vit en équilibre dynamique dans tous les aspects de sa vie physique, psychologique, économique et sociale* » (ANFE, 2016). Or en détention, tous ses aspects sont impactés.

La réhabilitation d'une personne comprend trois niveaux : retrouver une dignité totale, appuyer la capacité d'émancipation et le pouvoir d'agir dans la société. En ce qui concerne l'*empowerment*, cela correspond à « *octroyer davantage de pouvoir aux individus pour qu'ils soient en mesure d'agir sur leurs contraintes sociales* ». L'ergothérapeute a donc un rôle dans le soutien de leur « *participation sociale et leur engagement dans les activités significatives au regard de leurs habitudes de vie* » (ANFE, 2016)

« *Les ateliers d'ergothérapie représentent d'abord la possibilité d'un autre lieu : en quittant temporairement son unité de soins, le patient rencontre un autre horizon, d'autres personnes et une autre ambiance* ». (Roth & Heitzmann, 2008)

Intéressons-nous aux diverses possibilités de prise en charge ergothérapique en milieu carcéral.

1.3.2. Prise en charge ergothérapeutique existante

1.3.2.1. En psychiatrie

La plupart des postes d'ergothérapeutes, en milieu carcéral, sont dans des unités psychiatriques. En effet, ils exercent principalement dans les U.H.S.A. ou dans les U.M.D. Les ergothérapeutes vont intervenir avec des détenus présentant des troubles psychiques diagnostiqués avant l'incarcération mais aussi avec les détenus ayant décompensé à la suite de l'emprisonnement.

Par exemple, au sein des U.M.D., « *l'ergothérapie permet de médiatiser les relations affectives et sociales, d'instaurer une dimension tierce et de sortir de la relation duelle.* » (Roth & Heitzmann, 2008)

1.3.2.2. Autres prises en charge

En France, selon l'ergothérapeute Coralie de Fresne, l'ergothérapie en rééducation et réadaptation au sein d'une structure carcérale présente certaines contraintes. En effet, c'est un lieu où l'indépendance et l'autonomie de la personne sont assez limitées. De ce fait, pour le thérapeute « *réaliser des expertises de l'habitat et des mises en situation écologiques est très complexe, voire impossible dans nombre de cas* ». Des sorties sont parfois possibles mais les démarches sont longues et pas toujours acceptées par la justice. (LE FRESNE, 2013)

La fin de détention induit la plupart du temps la fin de la prise en charge. Pour certains détenus, ils préfèrent passer complètement à autre chose à leurs sorties. Pour d'autres, la continuité des soins est possible pour aboutir au projet de vie du patient.

Aux Etats-Unis, les ergothérapeutes peuvent utiliser un programme pour réduire le récidivisme et favoriser la réintégration sociale : l'Allegheny County Jail (A.C.J.). Ce programme utilise le modèle de l'occupation humaine. Ce modèle se base sur l'occupation humaine qui correspond aux activités de la vie quotidienne, les loisirs et le travail d'un individu dans un environnement physique et social donné. Ce qui permet d'avoir une vision globale de l'individu. Ce modèle a permis d'identifier plusieurs objectifs : changer les routines de vie, considérer les offres d'emploi et de travail et développer une relation thérapeutique avec le détenu. « *L'atteinte d'un équilibre occupationnel est un élément majeur à considérer au niveau de la réinsertion social du détenu* ». (Levesque, 2012).

Plusieurs recherches montrent que l'utilisation de programme comme par exemple le Reasoning and Rehabilitation permettent de réduire le taux de récidivisme. En effet, le R&R réduit d'environ 14% le taux de récidive par rapport à des individus n'ayant pas eu accès au programme. (Lévesque, 2012).

Comme dit précédemment, la fin de la détention induit la fin de la prise en charge. Or pour un travail de reprise de l'autonomie, ne devrions-nous pas être dans l'accompagnement vers la sortie et au moment de la sortie ? L'ergothérapeute n'a-t-il pas un rôle dans les centres médicaux psychologiques judiciaires ? Ne faudrait-il pas une transition comme le propose le programme A.C.J.

1.3.3. L'activité en prison

Selon l'Observatoire International des Prisons, en 2016, les détenus avaient en moyenne 90 minutes d'activité quotidienne (socio-culturelle, sportives, éducatives et travail) (Observatoire International des Prisons, 2017). Les détenus peuvent se promener au moins une heure chaque jour à l'air libre. Les activités socioculturelles et les activités physiques et sportives sont mises en place et gérées par les établissements pénitentiaires et les S.P.I.P. (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation). En ce qui concerne le travail, les détenus, prévenus et condamnés peuvent par exemple demander à travailler sous forme de travail au service général (maintien du fonctionnement et de la propreté des locaux) ou travail en concession (emploi dans des entreprises locales mais effectué dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire).

L'activité est la base du travail de l'ergothérapeute. En effet, l'ergothérapie vient du terme grec *ergon* qui « traduit le lien entre l'agir et l'être, la thérapie par l'activité étant le moyen de soigner, de soulager les symptômes ». Par ailleurs, selon la WFOT, « les activités thérapeutiques significatives et créatives permettent à la personne de se développer, de se transformer et de trouver sa place dans la société. » (ANFE, 2016)

Par la particularité du milieu carcéral, les détenus sont en quelques sortes privés de certaines activités. L'ergothérapeute peut accompagner les détenus pour favoriser la reprise de l'autonomie à la suite de l'incarcération car tous les domaines sont atteints : social, professionnel, psychologique et physique.

1.3.4. La privation occupationnelle

La notion de privation occupationnelle voit le jour lors des recherches en lien avec les sciences de l'occupation. Ces dernières ont pour but de mettre la lumière sur les relations entre les activités et la santé. Le mot occupation est « *dans le sens de l'activité humaine, au sens large, à la fois professionnelle, relationnelle, de vie quotidienne ou encore de loisirs* ». (Riou & Roux, 2017). Selon Christiansen, « *la privation occupationnelle est définie comme le manque d'engagements occupationnels d'une personne, causé par des facteurs personnels et environnementaux* ». Des études montrent que pour des personnes détenues et ayant des troubles psychiques, « *la privation occupationnelle était source de dépression, mais aussi de désorientation et d'agressivité* ».

1.4. Question de recherche

A travers mes recherches exploratoires et la littérature scientifique, j'ai pu constater qu'il y a une différence entre les écrits et la réalité du terrain quant à la place de l'ergothérapeute en milieu carcéral. Les U.H.S.A. sont des structures récentes et laissant peu de place à la recherche en ergothérapie.

Pourtant, nous pouvons constater que l'ergothérapeute a un rôle important dans la prise en charge des détenus dans le domaine psychiatrique. Nous venons de voir que l'enfermement carcéral des détenus entraîne une privation occupationnelle pour ces derniers.

C'est pourquoi il serait intéressant de se questionner sur le processus ergothérapeutique dans la reprise de l'autonomie des détenus. Ma question de recherche est donc « **Comment l'ergothérapeute accompagne, au sein d'une UHSA, le détenu dans la reprise de l'autonomie en lien avec l'enfermement ?** »

Afin de passer de la pratique au monde scientifique, je vais développer trois théories issues de ma question de recherche : le modèle Kawa, l'autonomie et l'enfermement. Ces théories vont me permettre d'explicitier les différents aspects de ma recherche, d'élaborer mon outil d'évaluation, de guider mon raisonnement et d'amener une justification scientifique.

2. Problématique théorique

2.1. L'autonomie et l'indépendance

L'autonomie est un élément fondamental dans l'accompagnement ergothérapeutique. Cependant, il peut être confondu avec l'indépendance de la personne. Ces deux notions sont complémentaires et étroitement liées. C'est pourquoi je vais développer ces deux notions en m'appuyant sur les théories de Nicole Sève-Ferrieu, ergothérapeute française.

2.1.2. La dépendance et l'indépendance

Lorsque nous regardons dans le dictionnaire les définitions d'autonomie et d'indépendance, ce dernier nous donne des définitions similaires et les termes sont synonymes. C'est pourquoi nous allons définir ces termes de façon étymologique. La dépendance a pour origine le latin « *dependere* » qui signifie « *être suspendu à* ». Selon l'auteur Ennuyer, il y a deux distinctions de la dépendance : une conception sociale où l'état est considéré comme dynamique et une conception biomédicale où la vision est statique (Sève-Ferrieu, 2008).

Dans le langage médical, une personne est dite indépendante lorsqu'elle peut réaliser seule des activités de la vie quotidienne. Il faut donc ne dépendre d'aucune aide d'une tierce personne qu'elle soit « *incitative, partielle ou totale* ». Mais l'indépendance n'est pas remise en cause si la personne utilise des aides techniques lors de ces activités. Les éléments de l'indépendance se construisent lors du développement psychomoteur de l'enfant et repose sur les capacités fonctionnelles et neuropsychologiques de la personne. En effet, l'indépendance « *offre les moyens de ne dépendre de personne pour vivre son quotidien en permettant de répondre aux impératifs de la vie quotidienne et de survivre efficacement* ». (Sève-Ferrieu, 2008). C'est pourquoi selon cette définition, une personne est dépendante lorsqu'elle nécessite l'aide d'un aidant pour réaliser ses activités de la vie quotidienne à cause d'une incapacité ou de l'environnement.

Mais la personne n'est jamais totalement indépendante. Elle dépend de son environnement humain : la société et son entourage. Nous parlons donc d'interdépendance

(affectives, intellectuelles, professionnelles, financières, culturelles ...) entre les individus qui « *sont le mode de relation entre les Hommes et permettent leur structuration* ».

2.1.3. Autonomie

L'étymologie du mot autonomie est d'origine grecque : « *autos* » qui signifie soi-même et « *nomos* » qui correspond aux règles, aux lois. Ce qui signifie se donner à soi ses propres lois.

Être autonome c'est le droit de se gouverner par ses propres lois. Nous pouvons dire que dans le sens courant, l'autonomie signifie la liberté et l'émancipation. (Meyer, 2013). Le concept d'autonomie est bien présent dans la littérature notamment en ergothérapie. Plusieurs auteurs rédigent leurs propres définitions. C'est pourquoi le réseau ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education), a créé un groupe Terminologie. Ce dernier retient comme définition de l'autonomie « *La liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes, et d'agir en fonction de ceux-ci* ». Dans celle-ci, des capacités de jugement et de communication sont indispensables.

Nous pouvons noter que l'autonomie ne s'apprend pas mais est un processus de construction à travers les expériences vécues tout au long de la vie. Une des premières manifestations de l'autonomie a lieu lorsque l'enfant vers l'âge de deux ou trois ans, dit non et s'oppose à l'autorité de l'adulte. On considère donc que si l'on va travailler sur l'autonomie avec les détenus, ils l'ont déjà été auparavant.

Selon N. Sève-Ferrieu, il faut deux conditions pour construire l'autonomie. Tout d'abord, l'autonomie « *repose sur la conscience de soi, comme la capacité de différencier, de manière subjective, ce qui relève de l'extérieur et de l'intérieur de soi, et donc d'appréhender sa propre existence* ». L'auteur Sève-Ferrieu reprend Duffau en décrivant l'autonomie comme une conscience qui implique les mémoires sémantique et épisodique. « *Le moi est principe d'autonomie* ». L'autre condition « *s'oriente vers la capacité qui nous est donnée de penser puisque l'autonomie s'exprime après réflexion et délibération. C'est elle qui permet de faire des choix, de décider* ». (Sève-Ferrieu, 2008)

L'autonomie est le cheminement d'un processus qui est toujours en renouvellement. Elle se construit et s'alimente des interdépendances familiales, scolaire, professionnelles, culturelles ... que l'on a vécu, que l'on vit et que l'on vivra. « *L'autonomie se nourrit de*

chaque rencontre, expérience vécue, projection envisagée pour évoluer au gré de ses acquis sans cesse remis en cause ».

Un autre point important est à souligner : l'autonomie individuelle est en lien avec l'autonomie collective. La première correspond à nos choix personnels et la gestion de notre vie alors que l'autonomie collective équivaut aux lois naturelles, sociales et de la société. C'est pourquoi, nous ne sommes pas totalement autonomes car nous devons nous soumettre à l'ensemble des lois et règles sociétales.

L'autonomie est également déterminée par l'environnement de la personne. Elle se manifeste par des actions ou des comportements. C'est donc un processus interactif de la personne avec son environnement.

Nous pouvons ainsi dire que l'autonomie se construit autour de trois axes : le premier serait affectif car il conduit à la socialisation, le deuxième est intellectuel parce qu'il amène au raisonnement et structure la personnalité et enfin le troisième axe est psychologique car il assure les bases de la responsabilisation de soi-même

Dans le contexte de la détention, l'environnement va à l'encontre de l'autonomie. Néanmoins, à la vue de la définition de l'auteur Sève-Ferrieu, on considère donc que les détenus étaient autonomes avant leur incarcération. C'est pourquoi dans la partie suivante, je vais développer ce qu'est l'enfermement pour comprendre cette perte d'autonomie.

2.2. L'enfermement

2.2.1. Définition

L'enfermement signifie mettre, en général de force, quelqu'un en un lieu où il est impossible de sortir. Ce terme peut être associé au monde carcéral car nous pouvons retrouver emprisonnés ou écroués dans les synonymes.

Il y a plusieurs aspects dans la notion d'enfermement. En effet, ce terme peut correspondre à l'enfermement entre les murs, l'enfermement physique ou psychique, cet enfermement peut être volontaire comme obligatoire et dans le but de punir ou de protéger. (Bourgin, 2010)

2.2.2. Espace d'enfermement

Commençons par la notion d'espace. Selon Moles, il y a deux approches de l'espace : la première est une « *représentation géométrique selon un système arbitraire de coordonnées.* » La seconde est celle « *d'une philosophie de la centralité issue de la phénoménologie [...] c'est un compte rendu de l'espace, du temps et du monde vécus. Il s'agit d'une approche égocentrée de l'espace* »

Un espace devient un lieu d'enfermement lorsqu'il y a une « *altération du rapport Moi-Le monde* » (Joanne & Ouard, 2008). L'Homme dort, se distrait ou travaille dans « *plusieurs lieux différents et avec des personnes diverses* ». Contrairement aux personnes incarcérées qui vont subir des règles pour ces activités. En effet, la personne est « *placée sous une autorité qui gère l'ensemble des activités selon un programme strict et défini à l'avance* ». Ce mode de fonctionnement de la prison est en lien avec la « *nécessité de dispenser à l'individu un traitement collectif selon un système bureaucratique qui va prendre en charge l'ensemble des besoins de la personne, et ce quelles que soient la nécessité ou l'efficacité du dit système* » L'incarcération va entraîner un grand nombre de conséquences sur l'individu.

Tout d'abord, « *la prison interdit les actes qui dans la vie dite normale permettent à l'individu de s'identifier, d'affirmer son Moi vis-à-vis d'autrui* » avec par exemple une rupture dans son environnement social, on ôte les biens personnels à l'entrée en prison, aucune gestion de l'emploi du temps, les appels sont restreints et contrôlés, les courriers sont ouverts et lus... Comme dit précédemment, l'incarcération influe sur l'autonomie des détenus.

Par ailleurs, l'aspect sécuritaire du fonctionnement carcéral oblige, pour diminuer les coûts, d'avoir un maximum de personnes dans un « *espace restreint* ». C'est pourquoi il faut attribuer un « *matricule aux individus, contrôler les mouvements, pratiquer des fouilles...* ». Tous ces éléments vont provoquer « *une dégradation de l'image de soi* ». La personne va avoir une impression d'insécurité, d'être défigurée et d'être touchée dans son intégrité physique.

Enfin, « *la promiscuité avec autrui* » vont forcer le détenu à modifier ses comportements, ses perceptions environnementales et ses relations sociales. « *A l'extérieur l'individu pouvait protéger son intimité* » alors que dans sa cellule, il n'y a plus de « *limites entre son être et ce qui l'entoure* ». Il est confronté à des violations de son espace intime avec les contrôles

et la présence des tiers. Il y a une atteinte corporelle et intime avec « *l'absence de sanitaire fermé* » par exemple. Les éléments du passé comme des comportements violents ou antécédents sociaux sont conservés dans ses dossiers qui sont consultables à tout moment par l'administration pénitentiaire.

Toutes ces conséquences vont porter atteinte au corps et donc au Moi qui va provoquer une réduction de l'être. Et la personne va se sentir « *compressée, opprimée, enfermée par des situations qui la mettent sous un regard d'autrui qu'elle ne peut fuir* ». Nous pouvons dire que l'espace est un besoin fondamental pour l'Homme car « *c'est la matière première de l'activité humaine* ». Pour les détenus, leur cellule et la prison sont leurs espaces de vie. Mais ces détenus ne peuvent s'approprier cet espace quotidien. Comme par exemple ils ne peuvent pas fermer les volets la nuit, ne peuvent pas se déplacer de cellule sans un accord, sont sous la surveillance à travers le judas ... Le détenu est donc dépendant de l'administration pénitentiaire et il y a donc un « phénomène de désappropriation de l'espace construit » qui est notamment renforcé par les fouilles ou l'interdiction d'aménager les cellules par exemple.

Ce que nous pouvons retenir, c'est qu'un lieu devient espace d'enfermement selon ce que la personne va construire et vivre dans cet espace mais surtout ce que l'environnement va altérer chez l'individu. « *Chaque personne réagira différemment à l'emprise de l'environnement* ».

Comme dit précédemment, l'enfermement induit une perte de l'autonomie. L'utilisation d'outil, tel que le modèle KAWA, peut permettre de travailler sur l'autonomie puisque le patient redevient acteur car il est le maître de sa création. Je vais donc approfondir, dans la prochaine partie, le modèle KAWA.

2.3. Le modèle KAWA

2.3.1. Présentation

Le modèle KAWA est un des modèles généraux en ergothérapie. Il a été élaboré par une équipe d'ergothérapeute japonais dirigé par Michael K. Iwama en 2006. Les chercheurs voulaient créer un modèle et outils d'évaluation pour demander de manière simple comment la personne veut vivre sa vie pour qu'elle ait plus de sens pour elle et chercher avec lui ce qu'il peut faire pour y parvenir. (IWAMA & TEOH, 2015). C'est le premier modèle créé

par le monde oriental. Ce modèle donne une vision holistique du patient et une vision systémique de son parcours de vie dans son environnement. Lors de son élaboration, quatre concepts sont apparus :

- Les facteurs environnementaux
- Les circonstances de vie et les problèmes
- Les déterminants personnels : atout et handicaps
- Le cours de la vie et la santé

Ce modèle s'inscrit dans un esprit culturel shintoïste, où l'on qu'on perçoit la personne totalement intégrée dans la société et dans la nature. Les auteurs utilisent alors une métaphore familière de la nature : la rivière (Kawa signifie « rivière » en japonais). Cette dernière est « *un moyen efficace de traduire les opinions subjectives de soi, de sa vie et de son bien-être, d'expliquer ses problèmes et des déterminants personnels dans son environnement.* » (Pruvot, 2010). La rivière et ce qu'elle représente sont facilement compréhensibles ce qui rend ce modèle pertinent pour les patients et les professionnels quelques soit leurs cultures. La métaphore de la rivière est facilement accessible même avec peu d'élaboration. Ce modèle oriental place la communauté avant l'individu. Néanmoins le modèle Kawa est facilement adaptable. Il traverse les différentes étapes de la vie de la personne et donc répond à l'approche globale. Il passe par toutes les sphères et entourage qu'on retrouve au niveau systémique qui est un modèle occidental. Il laisse apparaître la sphère sociale, familiale, scolaire, professionnelle et de la santé. Il rassemble sur un plan le parcours de vie de la personne et offre une vue d'ensemble que l'on peut apparenter à une prise à distance de son propre parcours. La personne est le premier analyste de son histoire de vie. Elle reprend une place active. C'est elle qui dessine, qui crée et qui choisit les événements de vie qu'elle veut placer. Elle a une place active et centrale dans cet outil.

Deux schémas/coupes sont utilisés dans ce modèle. Tout d'abord, une vue d'ensemble de la rivière (Iwama, Baum, & Christiansen, 2006) :

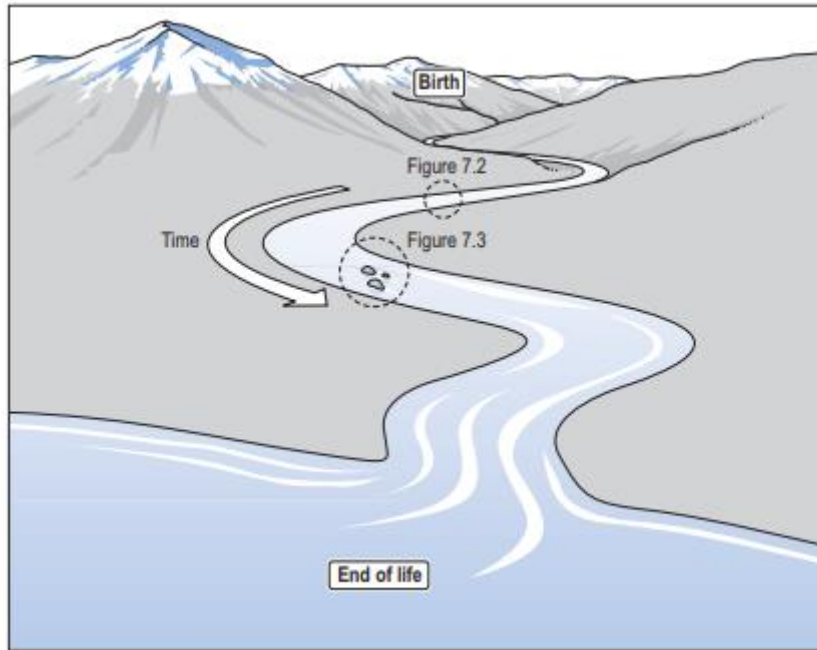


Figure 1

La rivière a toujours été un motif très courant et important dans la littérature et les arts japonais. L'eau a plusieurs significations symboliques comme par exemple qu'elle est essentielle à la vie, qu'elle est pure, perpétuelle ou rajeunissante. La rivière va décrire le cours de la vie : la source est en haut des montagnes ce qui correspondrait à la naissance, des courbes qui représente certains moments marquants de la vie et se jette dans un lac ou un vaste océan ce qui correspondrait à la fin de vie (la rivière peut aussi s'arrêter de couler dû à un assèchement, en étant barrer par des éléments naturelles ou artificielles ...). Cette vue d'ensemble représente toute l'histoire de vie de la personne, telle qu'elle la voit et la perçoit.

Ensuite, la personne réalise des coupes frontales où nous pouvons voir l'intérieur de la rivière à un instant précis. Cela représente l'état de bien être de cette personne à cet instant donné.

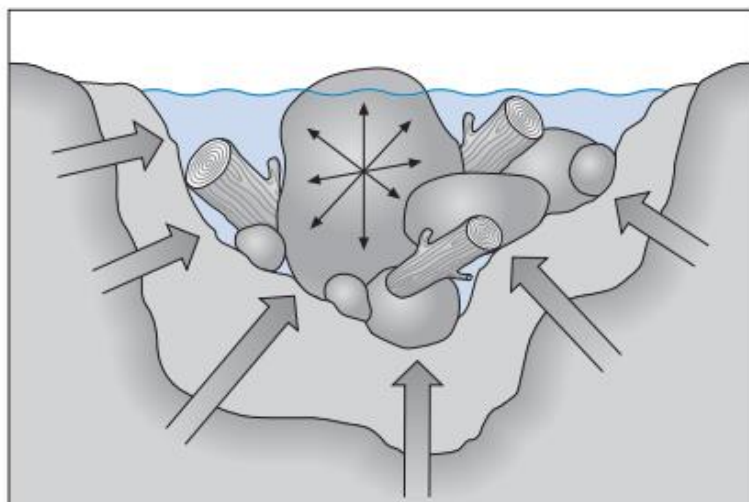


Figure 2

Dans cette photographie de la personne nous trouvons plusieurs éléments :

- Mizu : l'eau en japonais :

Cela représente métaphoriquement l'énergie vitale de la personne ou son flux de la vie. L'eau peut être souvent associée à plusieurs significations comme par exemple fluide, pureté, spiritualité, nettoyage, renouvellement... Comme la vie des personnes qui est limitée et façonnée par leur environnement, leur peuple et leur population, l'eau qui coule dans une rivière va toucher les rochers, les rives, et tous les éléments qui forment le contexte. L'eau enveloppe et définit les éléments de la rivière mais ces derniers vont aussi affecter le volume, la forme et le débit de l'eau. Quand le débit ou l'énergie de vie s'affaiblit, la personne est malade ou en désharmonie. Comme dit précédemment, lorsque la rivière se déverse dans un océan, ou qu'elle cesse de couler cela signifie la fin de vie de la personne.

- Torimaki (l'environnement en japonais) : Kawa no Soku-Heki (muraille de la rivière en japonais c'est-à-dire les rives) et Kawa no Zoko (fond/lit de la rivière en japonais) :

Les rives et le fond de la rivière représentent les contextes physiques et sociales de la personne. Le contexte social comprend ceux qui partagent une relation directe avec la personne (membre de la famille, collègues, animaux de compagnie, amis, camarades). Les personnes décédées dont la mémoire a une influence sur la vie quotidienne peuvent être aussi incluses.

- Iwa : rochers en japonais

Les rochers représentent les obstacles de la vie. Ce sont des éléments perçus par la personne comme problématique et difficile à éliminer. Ils sont de nombres, tailles et formes différents. Un gros rocher ou plusieurs petits rochers coincés contre les rives peuvent entraver et empêcher l'écoulement de l'eau. Ces roches peuvent être présentes durant toute la vie de la personne ou de façon temporaire. Et certaines de ces roches peuvent être anodines tant qu'elles ne se heurtent pas à certains aspects de l'environnement social et physique.

- Ryuboku : bois flottants/flottés en japonais

Les bois flottants représentent les facteurs personnels de l'individu comme les valeurs, le caractère, la personnalité, les compétences, l'entourage, les conditions de vie... Ces facteurs personnels peuvent influencer positivement et négativement la situation de la personne. Ces bois flottants peuvent être sans conséquences ou gênants selon leur position dans la rivière. Ceux sont ce qui font notre personnalité. Ils sont importants car l'idée n'est pas de les changer et de changer la personne mais d'apprendre à les connaître et donc à se connaître pour avancer avec. C'est en quelque sorte ses défauts et ses qualités. Pour la personne, c'est rassurant de leur dire qu'on ne va pas les ôter, on va faire avec, mais il faut prendre conscience de son fonctionnement. C'est plus rassurant dans un début de suivi.

- Sukima : espace entre les obstructions

Le sukima est l'espace entre les rochers, le bois flottant, les rives et le fond de la rivière. Les sukima est l'espace où l'énergie de vie coule encore.

2.1.4. Objectifs et interventions de l'ergothérapeute

L'objectif de l'ergothérapie dans ce contexte est d'améliorer le flux de vie (aussi bien au niveau de la personne, de l'institution ou de la société). Cela va donc contribuer à une meilleure qualité de vie pour la personne. L'ergothérapeute va repérer les éléments facilitateurs et les obstacles et identifier les domaines d'interventions potentiels mais va traiter les problèmes dans un cadre holistique et non pas juste se concentrer sur les éléments représentés par les rochers. Nous pouvons en résumer que « *Occupation is life flow and occupational therapists are enablers of people's life flow* ».

Ce modèle permet d'avoir un outil d'évaluation et un outil thérapeutique selon la culture de la personne. (Morel-Bracq, 2017). Cependant c'est une évaluation subjective car elle est réalisée par la personne et non le thérapeute.

Ce modèle se déroule en six étapes :

- Comprendre la personne dans son contexte. Cela correspond à l'empathie qui est la base du travail dans les relations humaines.
- Clarifier le contexte
- Prioriser les problèmes en fonction de l'avis de la personne

- Evaluer les axes d'intervention
- Intervention
- Evaluation

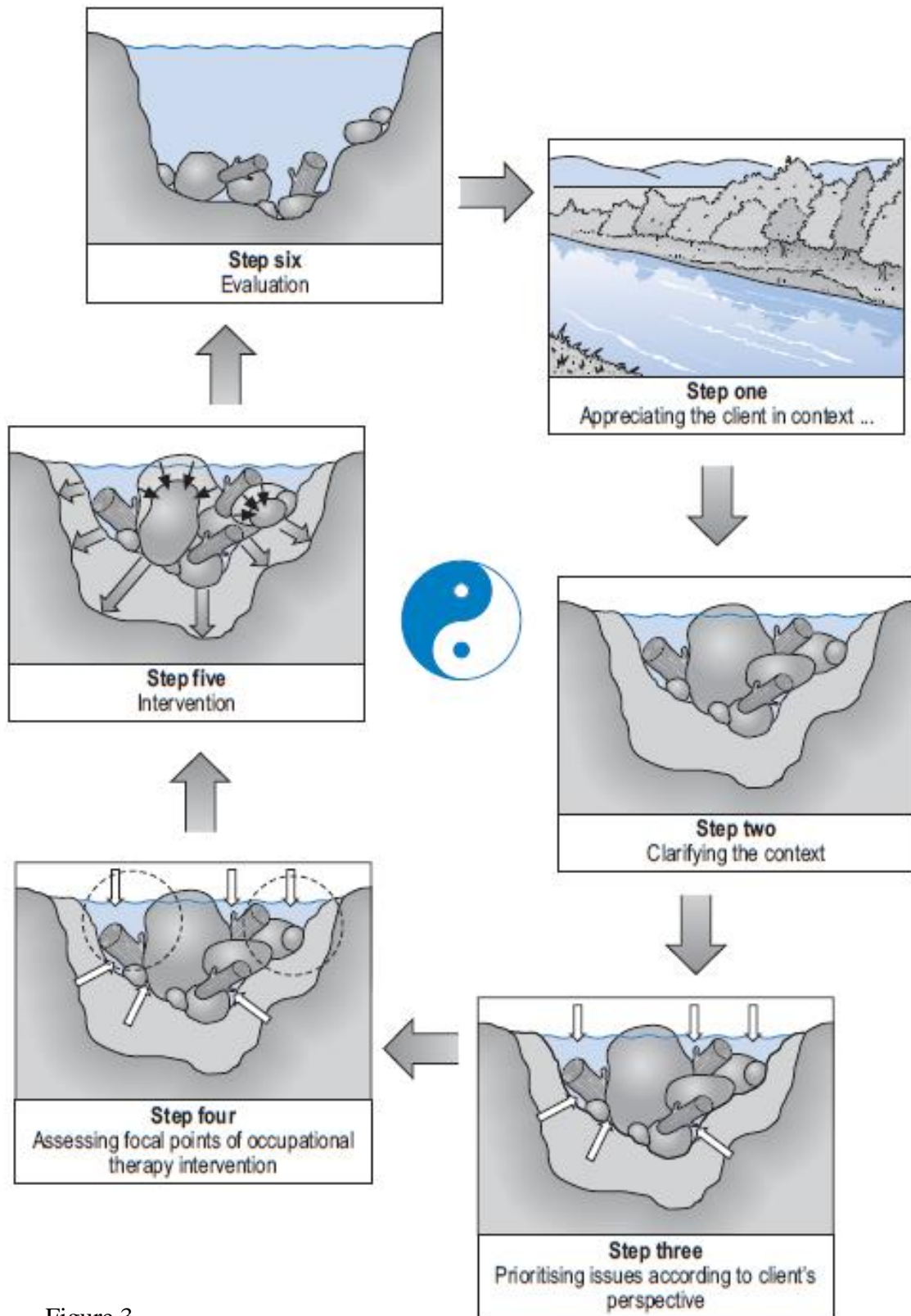


Figure 3

- **1^{ère} étape :**
Elle consiste à déterminer si la métaphore de la rivière a une signification pour la personne. Pour cela, il faut lui expliquer le modèle dans un environnement calme où le thérapeute et la personne ne vont pas être dérangés. Pendant le processus de création de la rivière et des coupes, il faut que le thérapeute laisse la personne s'exprimer librement sur sa situation, de son identité, sa personnalité ou ses habitudes de vie par exemple.
- **2^{ème} étape :**
Cette étape permet de clarifier et comprendre les représentations métaphoriques de la personne. En effet, à travers les explications de placements, tailles ... nous allons voir les significations des éléments de la rivière selon le patient. Le thérapeute devra veiller à ne pas influencer les dires de la personne car cela pourrait biaiser les résultats.
- **3^{ème} étape :**
Après avoir identifié les obstacles, les facteurs personnels et les contextes physiques et sociales de la personne, nous pouvons situer les *sukima* c'est-à-dire les espaces où l'énergie de vie coule encore. C'est dans ces espaces où l'ergothérapeute va intervenir. Ce dernier et la personne vont prioriser les problèmes et en dégager des pistes d'interventions ergothérapeutiques.
- **4^{ème} étape :**
Dans cette étape, le professionnel va déterminer son plan d'intervention (objectifs, moyens) pour améliorer la fluidité de la rivière. Ce plan d'intervention est toujours en accord avec la personne et significatifs pour elle ce qui implique sa participation active dans son accompagnement.
Si l'ergothérapeute identifie des éléments qui ne sont pas dans son champ d'action, il va en parler avec d'autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.
- **5^{ème} étape :**
Il s'agit de la mise en place du plan d'intervention prévu dans l'étape précédente. Bien entendu, il faudra ajuster et adapter les actions mise en place selon la personne.
- **6^{ème} étape :**
Afin d'évaluer les résultats, la personne réalise une seconde fois les schémas de la rivière mais de la situation actuelle. L'ergothérapeute va donc pouvoir voir où en est la personne et donc poursuivre ou arrêter l'accompagnement ergothérapeutique. Si la situation n'est pas satisfaisante, le processus reprend de la première étape.

Grâce à la vision holistique du modèle KAWA, nous pouvons mettre en lumière les impressions et ressentis de la vie actuelle de la personne. La réalisation des schémas de rivières va augmenter les échanges entre la personne et l'ergothérapeute ce qui va faciliter l'alliance thérapeutique. L'utilisation de ce modèle en psychiatrie est pertinente si la personne comprend la symbolique et la métaphore de la rivière. Dans le cas du milieu carcéral, l'utilisation du modèle Kawa en tant qu'outils thérapeutique va permettre à l'ergothérapeute d'identifier les raisons des passages à l'acte, et décompensation. Comme vu précédemment l'environnement et l'enfermement va à l'encontre de l'autonomie. Les détenus sont déçus de leurs libertés. L'enfermement va provoquer un sentiment d'infantilisation des détenus car ils ne peuvent pas exprimer leurs volontés et avoir des initiatives. Ils sont soumis à des règles propre à l'administration pénitentiaire pour tout acte de la vie quotidienne. Ce modèle redonne une vision de la personne. Ce n'est plus un détenu, un numéro d'écrou mais une personne avec une histoire de vie familiale, professionnelle avec ses souffrances et ses bonheurs.

3. Méthodologie

A travers les problématiques pratiques et théoriques, j'ai pu définir le contexte et un cadre scientifique de mon étude. L'objectif de mon étude est d'interroger la pratique de l'ergothérapeute auprès de patients-détenus en U.H.S.A. Dans cette partie, je vais détailler la méthodologie choisie pour répondre à ma question de recherche.

3.1. Choix de la méthode

Pour réaliser un travail d'initiation à la recherche, il existe plusieurs méthodes. La méthode qui est apparue la plus indiquée pour répondre à mon questionnement est la recherche appliquée. En effet, ma question de recherche a pour but d'apporter des améliorations pratiques à partir de connaissances scientifiques. La recherche appliquée comprend trois méthodes : expérimentale, différentielle et clinique. La recherche expérimentale est une approche quantitative. Elle part d'une hypothèse et cherche à générer des connaissances, expliquer des faits et établir des lois générales. La méthode différentielle est une méthode quantitative qui étudie les facteurs différenciant les individus, à comprendre les variations. La méthode clinique est qualitative, centrée sur la personne et son discours ce qui permet d'accéder à des connaissances basées sur l'expérience.

La méthode clinique est celle qui m'a parue la plus adaptée compte tenu du temps et des moyens dont je disposais. A travers des entretiens comme méthode recueil de données (annexe II), je pouvais collecter des données qualitatives basées sur l'expérience et le vécu des ergothérapeutes interrogés dans le but de répondre à l'hypothèse de ma question de recherche.

3.2. Construction de l'outil de l'enquête

L'outil de l'enquête va permettre de fournir les informations adéquates et nécessaires pour tester les hypothèses à travers les matrices théorisées. L'outil de la méthode clinique est la grille d'entretien. Cette dernière se construit à partir des matrices théoriques (annexe I). Chaque matrice comporte des critères, des indicateurs et des indices. Elles se construisent à partir des concepts développés dans la problématique théorique. Des critères et des indicateurs ont été issus des trois théories. Les indices vont permettre ensuite de lier les problématiques pratiques et théoriques. La construction des matrices aide lors de la formulation des questions de l'entretien et lors de l'analyse des réponses.

Pour avoir des réponses spontanées et pour que les personnes interrogées puissent avoir une liberté de parole, j'ai choisi l'entretien semi directif. La grille d'entretien comporte quatre axes. Dans un premier temps, ce sont les questions préalables qui permettent d'obtenir les informations concernant la personne interrogée. Ensuite, les questions en lien avec les concepts sont posées. Des questions de relances peuvent être posées, si besoin, pour orienter vers des éléments n'ayant pas été abordés.

3.3. Choix de la population

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai choisi la population à questionner en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

3.3.1. Critères d'inclusion :

Les personnes concernées par l'étude doivent être des ergothérapeutes diplômés d'état et exerçant en France et en U.H.S.A.

3.3.2. Critères d'exclusion :

Les personnes exclues par l'étude sont des ergothérapeutes n'exerçant pas en France et n'ayant aucune expérience en U.H.S.A.

3.4. Réalisation des entretiens

Un premier contact par e-mail avec les ergothérapeutes m'a permis de présenter brièvement mon mémoire et de convenir d'un moment pour réaliser les entretiens. N'étant pas dans la même zone géographique que les ergothérapeutes, j'ai proposé un entretien individuel téléphonique ou par Skype®. L'entretien de l'ergothérapeute A a été réalisé via Skype® et les entretiens des ergothérapeutes B et C ont été réalisés par téléphone. Ces entretiens sont anonymes et dure au maximum 45 minutes. Ils débutent par une courte présentation de mon parcours et du sujet que nous allons aborder : l'accompagnement ergothérapique en U.H.S.A. Ensuite, j'ai expliqué le déroulement de l'entretien et me suis assurée d'être autorisée à enregistrer l'entretien. Les questions en lien avec le sujet ont été posées (Annexe II). Pour clore, je remerciais la personne et lui proposais d'avoir une copie du mémoire.

4. Résultats

Dans cette quatrième partie, je vais présenter les ergothérapeutes qui j'ai interrogé puis je vais analyser ces entretiens en effectuant une analyse longitudinale et une analyse transversale.

4.1. Présentation des personnes interrogées

L'ergothérapeute A est diplômée depuis 2007. Elle travaille dans un U.H.S.A. depuis 2013. Elle a travaillé pendant une année en clinique psychiatrique où il n'y avait uniquement que des hospitalisations de jour. Puis elle a intégré le groupe hospitalier, dont fait partie l'U.H.S.A.

L'ergothérapeute B est diplômée depuis 2005. Pendant quasiment 4 ans, elle a travaillé en U.M.D. Elle a ensuite été en rééducation à mi-temps et en M.A.S. en autre mi-temps. Pendant deux ans, elle a travaillé dans une unité fermée d'un centre psychothérapique. Elle a ensuite intégré l'U.H.S.A. et y travaille depuis 7 ans, elle a d'ailleurs contribué au projet d'ouverture de l'U.H.S.A.

L'ergothérapeute C est diplômée depuis 2010. Elle a travaillé pendant 4-5 ans en S.S.R. gériatrique. Puis dans un hôpital de jour M.P.R. qui accompagner des patients sur du long court dans un cadre de réadaptation et d'orientation. Elle travaille à l'U.H.S.A. depuis 1 an. L'U.H.S.A. est sa première expérience en psychiatrie

4.2. Analyse longitudinale des résultats

L'analyse longitudinale est une analyse qualitative. Elle permet de mettre en évidence les éléments importants durant les entretiens. Dans un premier temps, j'ai sélectionné les expressions pour chaque question puis les ai classés sous forme de carte conceptuelle (annexe IV). Puis dans un second temps, j'ai réalisé une synthèse de leurs réponses.

4.2.1. Réponses de l'ergothérapeute A

Question 1 : Est-ce que vous pouvez me parler de la particularité de l'accompagnement des détenus au sein d'une U.H.S.A. par rapport à une unité psychiatrique dite classique ?

- La particularité se situe au « niveau architectural et contextuel associé à la situation judiciaire » car les patients sont encadrés par un fonctionnement pénitentiaire. Au niveau clinique « cela va être assez similaire ».
- « L'histoire de vie » car tous les patients ont un numéro d'écrou même s'ils ne sont « pas tous passés par le milieu carcéral ». En ce qui concerne l'histoire en elle-même, elle peut trouver des répétitions mais il n'y pas d'histoire commune.
- Certains patients reviennent plusieurs fois à l'U.H.S.A.
- Contrairement à une unité de secteurs lorsque la personne « a fini avec son parcours judiciaire, le plus souvent il n'est pas reconfronté à la justice » et « va continuer les soins dans son service de secteurs au besoin ».
- L'ergothérapeute a observé que les patients à l'U.H.S.A. par rapport au secteur où elle avait déjà travaillé ont une moyenne d'âge plus jeune et que ce sont plus fréquemment des « gens issus de l'immigration, première ou deuxième génération ».

Question 2 : Pouvez-vous me décrire et me parler de votre travail d'ergothérapeute au sein d'une U.H.S.A. ?

Pour l'ergothérapeute c'est comme « un travail d'ergothérapie en psychiatrie assez classique ».

L'U.H.S.A. où elle travaille est en « fonctionnement séquentiel ». C'est à dire que les patients arrivent dans l'unité 1. Quand ils sont stabilisés, ils passent à l'unité 2 puis à l'unité 3. Dans celle-ci, les professionnels font « un travail à plus long terme autour de la maladie ». Elle intervient donc sur les unités 2 et 3 à la suite du choix de sa cheffe de pôle.

En ce qui concerne les activités, le choix est laissé aux patients :

- « Propose de choisir parmi les différentes médiations présentes à l'atelier. »
- « Travaille à partir du désir du patient ».
- « Je m'adapte vraiment à ce qui va émerger d'une demande du patient »

- « Je leur propose aussi, s'ils ont une idée particulière de la dire et qu'on voit comment on pourrait essayer de la mettre en œuvre »
- « L'idée c'est qu'il puisse exprimer quelque chose au travers de ce qu'il va faire »

Les médiations sont comme en psychiatrie plus classique : « Dessin, peinture, modelage, mosaïque ... ». Elle fait également un groupe musique avec la psychomotricienne, où les patients peuvent écouter les musiques qu'ils veulent et ils échangent dessus avec les autres ensuite.

Le médecin prescrit les séances en ergothérapie « Avec en général une orientation globale de la prescription ». Elle peut intervenir principalement pour :

- « Aide à l'évaluation du diagnostic »
- « Participer à la réduction symptomatique »
- « Stimulation ... »
- L'ergothérapie est « un lieu de soin et d'expression »

En ce qui concerne les modalités des prises en charge,

- Elle fait beaucoup de « séance individuelle » et coanime des groupes avec l'autre ergothérapeute de l'U.H.S.A. et la psychomotricienne.
- Elle va « adapter son cadre et son positionnement »
- Le « plus gros objectif, c'est qu'il puisse exprimer et élaborer quelque chose de ce qu'il vit »
- Selon elle, le travail est « limité temporairement par les emplois du temps assez fixes des patients »

Elle n'utilise pas de bilans ou de modèles conceptuels. Mais elle oriente son travail vers la psychanalyse. Selon elle, sa pratique « se rapprocherait plus du modèle psycho-dynamique »

Concernant la reprise de l'autonomie, cela « passe par une amélioration clinique » selon elle. Donc elle y participe mais ne la travaille pas spécifiquement. L'autonomisation dans les séances pour elle, c'est que les patients puissent « se passer de l'étayage » ou exprimer leurs besoins par exemple.

Elle n'est pas en contact avec les familles mais à travers les échanges lors des réunions pluridisciplinaires, elle peut avoir des retours notamment de l'assistante sociale et les médecins.

Question 3 : Comment l'enfermement impacte et influe sur les symptômes des patients ?

Dans son ancien service, qui était un secteur fermé, les patients étaient aussi « confrontés à un enfermement ». Ce qui est différent c'est l'architecture carcéral avec les « cours de promenade, les fils électriques, le mur, les grilles... » et la présence de l'administration pénitentiaire. La salle d'ergothérapie étant hors des services, les patients sont au contact de l'administration pénitentiaire lorsqu'ils vont en ergothérapie.

Selon elle, l'enfermement « peut plutôt être un facteur aggravant cliniquement ». Elle observe que « pas mal de patient » ont leur première décompensation en arrivant dans le milieu carcéral. Elle associe ça au « milieu qui est fragilisant » et où il y a « beaucoup de consommation de toxique ». Elle le met en lien avec l'âge des patients qui est aussi l'âge des premières décompensations schizophréniques. Pour d'autres patients, le milieu carcéral va les contenir. Cela peut être expliqué pour certains par une « difficulté à être à l'extérieur ».

Au niveau du comportement des patients, l'enfermement va induire des habitudes carcérales comme la déambulation ou tourner en rond à l'extérieur dans le sens anti-horaire.

L'enfermement a également comme conséquence un isolement par rapport à l'entourage. Certains patients vont « avoir un affect un peu dépressif lié à cet isolement ». En revanche, c'est la maladie qui va avoir le plus d'impact sur les liens aux autres. « L'enfermement peut être un des facteurs aggravant de la maladie mais la première chose qui va parasiter le lien à l'autre c'est la maladie ».

Dans l'U.H.S.A. où elle travaille, les patients ressentent plus l'enfermement qu'en détention car « les conditions de vie sont encore plus fermées qu'en détention » avec des « contraintes horaires plus importantes ». Ils ont moins accès à certaines choses : la télévision, la consommation de cigarette limitée, cantine différente qu'en détention ... Les seules activités où ils peuvent être décisionnaires et autonomes (la cuisine en détention par exemple) leur sont retirées en hospitalisation. C'est la double contrainte du double statut patient-détenu.

Pour elle, l'enfermement ne « remet pas tellement en question l'autonomie » mais plus une « déshabitude à différentes choses ». Certaines personnes vont dans ce contexte avoir « une créativité, une inventivité assez folles ».

4.2.2. Réponses de l'ergothérapeute B

Question 1 : Est-ce que vous pouvez me parler de la particularité de l'accompagnement des détenus au sein d'une U.H.S.A. par rapport à une unité psychiatrique dite classique ?

Pour l'ergothérapeute B, les particularités sont surtout au niveau du « fonctionnement d'unité » avec des « consignes de sécurité ». Mais elles se retrouvent aussi au niveau de l'accompagnement des patients car leur vécu est différent et par « le côté judiciaire ». Les patients sont les mêmes mais « la prise en charge du temps de l'incarcération n'est pas forcément la même ». La détention va avoir un impact sur les patients mais aussi sur les professionnels dans le quotidien. Les séances d'ergothérapie vont devoir être programmées « dans cette trame qui finalement est rigide auxquelles on est tous obligé de se conformer ». Elle a toujours travaillé dans des milieux fermés où la sécurité est très importante donc « c'est son quotidien depuis bien longtemps »

Certains patients vont faire des allers/retours entre l'U.H.S.A., la détention ou les S.M.P.R. Les raisons sont multiples. « Il suffit d'un petit élément qui change, qui les déstabilise et ils passent à l'acte »

Question 2 : Pouvez-vous me décrire et me parler de votre travail d'ergothérapeute au sein d'une U.H.S.A. ?

Elle travaille avec toute une équipe pluridisciplinaire et en fonction des prescriptions et des objectifs du médecin. Elle travaille beaucoup en ateliers de groupe mais « la prise en charge individuelle est possible ».

Au début de l'entretien, elle commence toujours par un entretien. Cela permet de voir « avec eux ce qu'ils attendent » et de « définir avec eux le rythme de prise en charge ». Au niveau des activités, c'est comme en unité psychiatrique plus classique avec des activités manuelles et de médiations. Chaque patient « peut travailler à son rythme sur différentes choses ». Elle utilise aussi le dixiludo pour favoriser les interactions sociales. C'est un jeu pour stimuler et recréer des échanges en groupe sous forme de conversation.

Elle anime un atelier cuisine qui est soit à « visée bilan soit réhabilitation ». Dans cet atelier en individuel, le patient va choisir et devra gérer l'atelier avec un maximum d'autonomie. Il

a pour objectif d'évaluer l'autonomie de la personne quand des doutes sont présents quant au quotidien après l'hospitalisation ou pour remplir les dossier M.D.P.H.

Concernant la reprise de l'autonomie, ce n'est pas elle qui mène les actions. Tout ce qui est en lien avec les soins personnels, ce sont les infirmiers qui le gèrent. Mais « on y contribue quand même avec des petites actions dans la journée. Quand on les a sur nos ateliers ». Dans les ateliers d'ergothérapie, elle laisse « une partie du choix aux patients parce qu'il y a une composante qui est très importante c'est la motivation ». Le but est de les accompagner tout au long de la séance et de « ne pas mettre les gens en échec »

En ce qui concerne les patients, la moyenne d'âge varie parfois il y a des jeunes, d'autre un peu moins. Et c'est aussi fluctuant au niveau du nombre d'hommes et de femmes.

Question 3 : Comment l'enfermement impacte et influe sur les symptômes des patients ?

Dans son U.H.S.A., les patients « se trouvent mieux dans nos murs qu'en détention ». Car ils sont moins au contact de l'administration pénitentiaire juste « pour l'aspect vie carcéral : courriers, cantines, linge... ».

Elle remarque que « l'enfermement en détention a un fort impact » sur les patients. Cela peut augmenter les symptômes « plutôt parano » car il y a beaucoup d'éléments qui le favorisent. Pour les patients psychotiques, l'enfermement « fait complètement flamber les symptômes ». Cela provoque des aspects dépressifs et « délétères au niveau des symptômes ».

Favoriser les interactions et le relationnel est un objectif qui est très récurrent de travailler, car l'enfermement met à mal l'aspect socialisation avec « un effet de dépersonnalisation » car les patients « sont un numéro ». Les patients peuvent s'isoler parfois dans leur chambre.

Les rythmes de vie des patients sont « complètement inversés ». Ils perdent des habitudes comme par exemple ouvrir des portes ou utiliser des clés. « On leur laisse plus beaucoup de choix en détention, ils n'ont plus le loisir de choisir beaucoup de chose. »

Les patients n'ont pas un planning « ferme et rigide », pendant certains moments de la journée ils peuvent faire ce qu'ils veulent.

En ergothérapie, les modalités des activités sont faites avec le patient. C'est-à-dire que le patient peut à tout moment reprendre son planning pour augmenter ou diminuer le nombre de séance ou changer de médiation en échangeant avec l'ergothérapeute.

4.2.3. Réponses de l'ergothérapeute C

Question 1 : Est-ce que vous pouvez me parler de la particularité de l'accompagnement des détenus au sein d'une U.H.S.A. par rapport à une unité psychiatrique dite classique ?

L'ergothérapeute C n'a jamais travaillé en psychiatrie en U.H.S.A. donc les réponses sont selon ce qu'elle imagine. Pour elle, il y a plusieurs éléments :

- « Le lien avec le carcéral » qui lui impose des contraintes dont elle doit s'adapter. Les patients sont aussi soumis à des règles liées à la pénitenciaire.
- Lors des ateliers, il faut « une vigilance particulière en terme de matériel. On est quand même un peu limité »
- Les pathologies sont « assez lourdes ». Il y a une hétérogénéité dans les degrés de pathologie par rapport à une unité classique. Elle suppose aussi que le « profil des patients doit être un petit peu différent ». Certains patients ont une symptomatologie plus grave car les pathologies sont plus anciennes et parfois il y a eu une « absence de traitements précoces »
- La population accueillie à l'U.H.S.A. est « relativement plus fragile et isolée »

Les patients peuvent revenir en séquentiel qui se programme durant leur hospitalisation ou s'il y a des « complications psychiatriques » en détention.

La moyenne d'âge est entre 20 et 30 ans dans son U.H.S.A.

Question 2 : Pouvez-vous me décrire et me parler de votre travail d'ergothérapeute au sein d'une U.H.S.A. ?

Son axe principal d'accompagnement est de proposer un « accompagnement alternatif aux entretiens médicaux et psychologiques ».

Elle a un rôle d'accompagnement des soignants dans la création de groupes thérapeutiques avec la psychomotricienne. Elle trouve avoir un travail « interprofessionnel qui est assez riche »

L'ergothérapeute va « fixer des objectifs un peu individuels en fonction du profil du patient mais aussi de la conscience qu'il a de sa pathologie et de sa problématique ». Elle travaille principalement en groupe mais pour un besoin clinique particulier (« plutôt en phase maniaque ») elle fait des prises en charge individuelles.

La détention est un cadre particulier donc « le travail sur l'autonomisation est à moindre échelle je pense ». L'objectif sera de permettre aux patients de retrouver du mouvement en prenant des initiatives et en retrouvant de l'autonomie car à cause du milieu carcéral ils sont « relativement passifs et dépendant d'un tiers à longueur de temps ».

L'ergothérapeute ne travaille pas la reprise de l'autonomie sur le quotidien mais plus au niveau des ateliers d'ergothérapie. Par exemple, les patients ont une responsabilité d'être à l'heure aux RDV. Pendant les activités, l'autonomie se retrouve dans « la prise des repères, prise d'initiative dans les mouvements et dans l'intégration de l'atelier ». Ils ont le choix dans les activités et elle les pousse vers la réflexion quant à l'élaboration des étapes. Dans le but de « leurs redonner un petit peu de l'envie et de recréer du mouvement psychique et physique ».

Elle n'utilise pas d'évaluation particulière mais plus l'observation clinique et ne structure pas ses analyses en fonction de modèles conceptuels.

Question 3 : Comment l'enfermement impacte et influe sur les symptômes des patients ?

L'ergothérapeute observe parfois une « confusion entre le soignant et l'administration pénitentiaire ».

Selon elle, le lien avec l'entourage est modifié. Elle n'est pas en lien avec eux donc le travail « d'éducation de la famille, de prise d'information n'est pas forcément très faisable ».

Elle note que l'enfermement à l'U.H.S.A. « est plus souple » que l'enfermement en détention. La structure va « faire plus une soupape » pour les patients.

Elle observe que l'enfermement a « un impact fort ». Par exemple, lorsqu'ils vont à l'étage faire du sport, « il y a une grosse part des patients qui vont directement regarder à travers les grilles la vie extérieure ». L'enfermement va provoquer un « manque d'extérieur et de grands espaces ouverts ».

L'enfermement en chambre peut avoir « un effet anxiogène assez fort parfois » qui peut être verbalisé ou exprimé par « une recrudescence délirante dans ces moments de fermeture où ils vont avoir tendance à sonner, taper, crier, appeler ».

Les chambres sont ouvertes en dehors des temps de fermeture car elles se situent au même niveau que les espaces de vie. Les salles d'activités se situent à l'étage. L'ergothérapeute pense que cela « leur créé plus une autonomie de mouvement, d'initiative dans le groupe. »

En ce qui concerne les conséquences de l'enfermement sur l'image de soi des patients, c'est « le passage à l'acte » et « la prise de conscience de la pathologie » qui influent le plus. « Ils se confrontent à une réalité difficile ». Elle note une incurie chez certains patients « qui d'un point de vue d'éducation à la santé, hygiène de vie sont quand même en difficultés ». Il est cependant difficile de « faire la part des choses entre ce que l'enfermement créé et ce qui est là au fond » car il y a beaucoup de patients qui ont « un niveau scolaire très bas et un environnement familial très compliqué avec beaucoup de carences »

4.3. Analyse transversale des résultats

Suite à cette analyse longitudinale, je vais confronter les réponses des ergothérapeutes pour chaque question issue de mon guide d'entretien. A travers cette analyse transversale, je vais pouvoir faire émerger les similitudes et différences entre les trois pratiques.

4.3.1. Concernant l'accompagnement à l'U.H.S.A. par rapport à une unité psychiatrique classique

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés considèrent l'organisation comme principale différence avec les unités psychiatriques classiques. En effet, la structure est sous le fonctionnement de l'administration pénitentiaire donc les patients et les soignants sont contraints notamment au niveau des horaires.

Les avis divergent concernant le côté clinique des patients. Pour l'ergothérapeute A, la clinique est semblable à une unité classique alors que l'ergothérapeute C trouve les symptômes et les pathologies plus lourdes.

La moyenne d'âge varie aussi en fonction des trois U.H.S.A. Celles de l'ergothérapeute A et C, ont plutôt une population jeune entre 20 et 30 ans. L'ergothérapeute A remarque que la population est plus fréquemment issue de l'immigration. Pour l'U.H.S.A. de l'ergothérapeute B la moyenne est assez fluctuante.

L'ensemble des personnes interrogées ont des patients qui reviennent en séquentiel soit de manière programmée soit à la suite d'une décompensation.

4.3.2. Concernant le travail d'ergothérapeute au sein d'une U.H.S.A.

Les trois ergothérapeutes interrogées propose l'atelier d'ergothérapie comme un lieu d'expression construit de manière différente que les autres prises en charge.

Pour les patients, l'ergothérapie est un atelier de médiation comme dans un service psychiatrique normal. C'est-à-dire que les personnes interrogées utilisent les activités créatives, de médiation pour que les patients expriment et élaborent des productions en lien avec ce qu'ils vivent. L'ergothérapeute B fait également de la remédiation cognitive et anime un atelier cuisine dans un but de bilan ou de réhabilitation.

Pour l'ensemble des ergothérapeutes, les activités se font à partir de ce que souhaitent les patients. Elles adaptent si besoin les séances pour que le patient garde une envie et une motivation.

Les objectifs sont donnés pour les trois structures par le médecin en fonction de la prescription médicale et de la clinique du patient.

Chaque ergothérapeute rencontre les patients au début de l'accompagnement pour expliquer l'atelier et connaître leurs envies.

L'ergothérapeute A fonctionne avec des prises en charges individuelles principalement. L'ergothérapeute B et C, au contraire, font beaucoup d'ateliers en groupe. Les prises en charge individuelles sont selon les besoins clinique ou pour les ateliers remédiation cognitive pour l'ergothérapie B.

La pluridisciplinarité est présente dans les ateliers en groupe notamment avec des psychomotriciens, infirmiers ou prof APA.

Il ressort dans les trois entretiens, qu'elles sont limitées en ce qui concerne les emplois du temps des patients en lien avec les temps d'enfermement et la vie du service.

Les trois ergothérapeutes interrogées n'utilisent pas de bilans ou de modèles conceptuels spécifiques. Cependant l'ergothérapeute A tend sa pratique vers ce qui pourrait se rapprocher du modèle psychodynamique. L'ergothérapeute B réalise des évaluations de l'autonomie à travers un atelier cuisine et l'ergothérapeute C s'appuie sur ses observations cliniques lorsqu'elle est avec le patient.

En ce qui concerne l'autonomie, les trois ergothérapeutes ne le travaillent pas spécifiquement. En effet, ce sont plus les infirmiers des trois structures qui stimulent l'autonomie au niveau des activités de la vie quotidienne. En ergothérapie, les personnes interrogées vont autonomiser les personnes à travers le choix des activités. L'ergothérapeute C encourage les patients à venir de manière autonome aux horaires de rendez-vous.

4.3.3. Concernant les conséquences de l'enfermement sur les patients

Les trois ergothérapeutes notent que la présence de l'administration pénitentiaire fait partie de l'enfermement à l'U.H.S.A. L'ergothérapeute C remarque que certains patients ont une confusion entre le personnel soignant et l'administration pénitentiaire.

De manière général, l'enfermement est un facteur aggravant cliniquement pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés. L'ergothérapeute A souligne que la détention est un milieu fragilisant et où il y a des consommations de toxique donc cela peut favoriser les décompensations.

Mais pour d'autres patients, la détention donc l'enfermement va les contenir comme le soulignent les ergothérapeutes A et B.

L'enfermement va induire un isolement par rapport à l'entourage chez l'ensemble des patients des ergothérapeutes interrogés. L'ergothérapeute B va même dire qu'il y a une dépersonnalisation des patients car ils sont des numéros avant d'être des personnes.

Les patients ont aussi des habitudes carcérales lorsqu'ils déambulent et tournent en rond dans les cours extérieures.

Les trois ergothérapeutes trouvent que l'enfermement peut aggraver les symptômes de la maladie. En effet, cela peut être délétère au niveau des symptômes avec parfois un affect dépressif et des effets anxiogènes.

Cependant, il n'y a pas que l'enfermement carcéral, il y a aussi l'enfermement lié à la pathologie pour l'ergothérapeute A. C'est ce qui va parasiter le lien à l'autre en premier lieu.

L'enfermement va induire un rythme de vie inversé selon l'ergothérapeute B.

Le vécu de l'enfermement à l'U.H.S.A. par rapport à la détention est différent selon les U.H.S.A. Selon les ergothérapeutes B et C, les patients leurs rapportent qu'ils se sentent mieux à l'U.H.S.A. qu'en détention contrairement aux patients de l'ergothérapeute A. Les patients de l'U.H.S.A. où exerce l'ergothérapeute C ont moins de temps d'enfermement en chambre car ces dernières sont situées sur le même niveau que les pièces communes. Les patients peuvent donc aller et venir dans leurs chambres comme ils le souhaitent.

Pour l'ergothérapeute A, l'enfermement ne provoque pas une perte d'autonomie chez les personnes. Elles sont limitées et ont une déshabitude plutôt. Pour l'ergothérapeute B, les patients n'ont plus beaucoup de choix.

5. Discussion

Tout au long de cette partie, les verbatims des ergothérapeutes interrogées ont été reprises et analysés en fonction des éléments de la problématique pratique, puis à travers les trois concepts théoriques développés dans une des parties précédentes : l'autonomie, l'enfermement et le modèle KAWA. Ils seront ensuite résumés pour avoir une réponse à la question de recherche. Pour conclure cette partie, les limites, apports personnels de cette recherche et les perspectives ultérieures seront présentés.

5.1. Liens avec la problématique pratique

Comme écrit dans la loi Perben I, les unités hospitalières spécialement aménagée sont semblables à une unité psychiatrique générale mais avec l'administration pénitentiaire qui gère tous les aspects carcéraux. Les trois ergothérapeutes le verbalisent durant les entretiens. Cette cohabitation soignant-administration pénitentiaire peut être source de confusion pour les patients.

Selon le Conseil Constitutionnel, un des rôles de la prison est de réinsérer les détenus pour éviter la récidive. Ce qui à mon sens passe par l'autonomie des personnes. Or, à l'U.H.S.A. la reprise de l'autonomie se fait dans le quotidien « carcéral » des patients et non pas en fonction de leurs habitudes à l'extérieur.

Plusieurs articles cités dans la problématique pratique montrent que l'enfermement a un impact sur les patients. Une des trois ergothérapeutes le montre en précisant un effet de dépersonnalisation des patients avec leurs numéro d'écrou par exemple. L'ensemble des professionnelles interrogées remarquent également que l'enfermement peut provoquer une montée des symptômes négatifs chez les patients. Le rapport au temps est aussi modifié. Ils ont un rapport à l'espace et au temps qui est changé. Les patients sont complètement décalés avec une temporalité inversée selon une des ergothérapeutes.

Les auteurs Roth et Heitzmann soutiennent l'idée que les ateliers d'ergothérapie sont la possibilité pour les patients de s'échapper de leur quotidien. Les trois ergothérapeutes confortent cette idée. Un des objectifs de l'ergothérapie en U.H.S.A. est de permettre aux

patients d'évoquer leurs émotions à travers des médiations autres que ce qu'ils peuvent rencontrer avec les autres soignants.

L'étude montre que les ergothérapeutes n'utilisent pas de bilans précis ou de modèles conceptuels pour guider leurs pratiques, construire le diagnostic ergothérapeutique et l'élaboration clinique. Elles utilisent principalement l'observation clinique.

Une étude citée dans la problématique pratique révélait l'utilisation d'un programme pour réduire le récidivisme et favoriser la réintégration sociale aux Etats-Unis. Mais souvent la fin de détention induit la fin de la prise en charge. Dans un objectif de reprise de l'autonomie, il serait peut-être intéressant que les ergothérapeutes interviennent dans l'accompagnement vers la sortie et au moment de la sortie.

5.2. Liens avec la problématique théorique

5.2.1. Lien avec le concept d'autonomie

Dans leurs discours, les ergothérapeutes interrogées évoquent comme élément d'autonomie avec les patients le choix de l'activité en ergothérapie. Les patients vont donc à partir de leurs connaissances et selon un jugement de leurs compétences personnelles choisissent parmi les activités créatives dans les ateliers (peinture, argile, mosaïque ...). Nous pouvons observer un champ lexical autour du choix et l'agir : « choisir », « désir », « demande », « propose », « envie », « attentes », « motivation », « prise d'initiative ». Mais les ergothérapeutes accompagnent les patients en adaptant leurs demandes ou en proposant des activités ajustées à leurs situations (clinique et carcérale) et en fonction de leurs capacités et incapacités. Les ergothérapeutes vont tendre vers l'amélioration des compétences des patients en encourageant la réflexion et l'élaboration du travail qu'ils vont réaliser. Les valeurs et volonté des patients sont également respectés dans le sens où la motivation est un élément important comme le souligne une des ergothérapeutes.

En ce qui concerne l'autonomisation du patient dans la vie quotidienne, cela concerne relativement peu les ergothérapeutes interrogées. Cela peut s'expliquer par le fait que ce sont les infirmiers et aides-soignants qui mènent ces actions. Comme l'évoque une des ergothérapeutes, les soins d'hygiène sont réalisés avant l'arrivée des ergothérapeutes dans le service. L'organisation au sein de l'U.H.S.A. n'est pas pensée pour que les ergothérapeutes interviennent durant les temps où les patients sont en chambre. Contrairement pour les

infirmiers qui peuvent stimuler les patients lorsqu'ils font le tour des chambres, lors de l'administration des traitements ...

Enfin, la notion d'adaptation à l'environnement dans l'autonomisation des patients est également présente mais à moindre échelle. En effet, les patients n'ont pas le choix de respecter les Lois, les règles de vie à l'U.H.S.A. Ils peuvent vite être repris par les soignants et parfois l'administration pénitentiaire lorsqu'ils ne respectent pas les règles. Les ergothérapeutes ne parlent pas du non-respect du cadre thérapeutique. On peut donc supposer que les patients arrivent à s'adapter au cadre soignant ou qu'ils sont résiliés à respecter les règles sociales et de vie de l'U.H.S.A. Nous sommes donc dans la continuité de l'écrasement carcéral car ils n'ont plus de moyen de décision. Souvent lors des ateliers, les patients demandent s'ils peuvent s'exprimer librement sur leurs sentiments, émotions ou s'ils peuvent créer des productions sans être censurés. La particularité de l'U.H.S.A. est d'avoir une double contrainte : carcérale et hospitalière. Par l'hospitalisation, ils ne peuvent pas fumer dans leurs chambres, ne peuvent pas cuisiner, avoir plus de choix dans les cantines... Généralement, ils ont plus d'autonomie en détention. Ce qui est parfois difficile à comprendre pour certains patients, ce n'est pas en lien avec leur statut de détenu. Ils ont l'impression d'être infantiliser.

5.2.2. Lien avec le concept d'enfermement

Les ergothérapeutes évoquent la présence d'éléments pénitentiaires (cours fermée, fils électriques, murs autour des unités...) et la présence de l'administration pénitentiaire comme faits importants dans l'enfermement à l'U.H.S.A. La sécurité est un objectif primordial pour les établissements pénitentiaires.

Le concept d'enfermement est lié aux actes de la vie quotidienne. Ces derniers sont profondément impactés chez les patients enfermés. Les patients n'ont généralement plus beaucoup de choix en détention et en U.H.S.A. Pour une des ergothérapeutes, l'enfermement n'impacte pas l'autonomie des patients mais induit une déshabitude pour effectuer certains actes de la vie quotidienne. Pour les autres ergothérapeutes, les possibilités de choix sont limitées pour les patients au sein de l'U.H.S.A.

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés observe une dégradation de l'image de soi des patients soit en lien avec l'enfermement soit en lien avec la maladie. Tout d'abord,

l'enfermement va influencer le comportement des patients. Ils vont avoir des habitudes que l'on pourrait qualifier de carcérales (ils tournent en rond dans le sens anti horaire par exemple). Leurs mouvements sont contrôlés en continu. L'administration pénitentiaire doit savoir leurs positions à tout moment. Il y a aussi un effet de dépersonnalisation, comme le souligne une des ergothérapeutes. Les patients deviennent un numéro d'écrou. L'enfermement physique n'est pas le seul responsable dans la dégradation de l'image de soi. Une des ergothérapeutes fait émerger l'idée d'enfermement psychique. C'est-à-dire que la maladie et le passage à l'acte vont aussi favoriser la dégradation. Le passage à l'acte va créer, pour certains, des reviviscences, de la culpabilité, des cauchemars, de la honte ou l'impossibilité d'en parler. Ils ont franchi une limite et donc ils ne sont plus comme nous. Ils n'arrivent pas à se reconnaître dans l'acte qu'ils ont commis. Pour beaucoup de personnes ayant commis un homicide, nous pouvons voir des signes d'un stress post-traumatique. Le passage à l'acte est aussi généralement un traumatisme pour les auteurs du crime. Par ailleurs, pour une grande majorité des détenus, l'incarcération va ranimer des traumatismes vécus durant l'enfance. C'est en quoi, l'utilisation du modèle Kawa est intéressant car nous avons une vision globale de l'histoire et du cheminement du patient. Ils peuvent comprendre comment ils fonctionnent et retrouver des répétitions dans leur histoire de vie.

L'enfermement provoque une montée des symptômes qui sont généralement délétères pour les patients. Les ergothérapeutes évoquent un affect dépressif chez certains patients.

Le dernier indicateur du concept d'enfermement est l'environnement. Il englobe les environnements physiques et sociaux des patients. Commençons par l'environnement physique. Une des ergothérapeutes remarque que les patients ressentent un manque d'espaces ouverts ou extérieurs. Elle l'observe quand elle va à l'étage pour des activités, les patients peuvent observer la vie extérieure. La plupart de ses patients vont directement regarder à travers les grilles en arrivant. Au regard des discours des ergothérapeutes, j'émet l'hypothèse que l'organisation architecturale des U.H.S.A. a un impact sur l'enfermement des détenus. En effet, dans un des U.H.S.A. les chambres sont au même niveau que les espaces de vie et les salles d'activités sont à l'étage. Dans les autres U.H.S.A., les espaces de vie et les salles d'activités sont au rez de chaussée tandis que les chambres sont à l'étage. Les temps d'enfermement sont donc moindres lorsque les chambres sont au rez-de chaussée. Les patients ont accès à leur chambre durant la journée et ont plus d'autonomie de mouvement et d'initiatives d'après les dires de l'ergothérapeute.

Concernant l'environnement social, l'ensemble des ergothérapeutes observe une modification des relations sociales. En effet, les patients ressentent un isolement avec leur entourage. Toute la socialisation des patients est mise à mal, par l'enfermement et par la pathologie comme cité précédemment.

5.2.3. Lien avec le modèle KAWA

Des trois grandes composantes du modèle KAWA, le cours de la vie est le plus évoqué par les ergothérapeutes. Les patients viennent pour la plupart d'un milieu de vie fragile et un entourage familial présentant des carences. Ils ont souvent rencontré des problèmes dans leurs vie avant l'incarcération. Concernant leur santé, les patients rencontrés en U.H.S.A. sont les mêmes qu'en unité psychiatrique plus classique au niveau des pathologies rencontrées. Mais ils ont commis un passage à l'acte qui provoque la rencontre avec la justice. Comme cités précédemment, l'enfermement est facteur aggravant des pathologies des patients. Une des ergothérapeutes interrogés, cite comme un des évènements marquants de décompensation ou de retour à l'U.H.S.A. une consommation de toxique en détention. C'est une situation courante.

La personne est une autre composante du modèle KAWA. Pour quelques patients, l'hospitalisation permet une prise de conscience de leurs troubles. Comme cités précédemment, l'enfermement induit une perte de l'estime. L'ergothérapie va donc être un lieu où les patients vont pouvoir exprimer leurs ressentis. L'ensemble des ergothérapeutes vont impliquer les personnes dans l'accompagnement en leur laissant le choix de la médiation par exemple.

La dernière composante du modèle KAWA est la partie des facteurs environnementaux. Au niveau du cadre physique, les ergothérapeutes interviennent peu vu le contexte carcéral qu'est l'U.H.S.A. Mais nous pouvons penser que si l'on recentre le patient, le flux de sa rivière sera réduit dès son entrée en milieu carcéral car c'est un environnement oppressant pour lui. Les patients vont déambuler dans les espaces de vie. Pour les patients qui ont accès à leurs chambres la journée, l'ergothérapeute remarque que certains patients ont besoin d'être stimulé pour sortir et interagir avec les autres patients. Concernant le contexte social des patients, les ergothérapeutes ne sont pas en contact avec l'entourage. Seulement les médecins et assistantes sociales le sont et partage les informations lors des réunions pluridisciplinaires. L'ergothérapeute A a remarqué que beaucoup de ses patients étaient issus

de « l'immigration première ou deuxième génération ». Les ergothérapeutes notent aussi que certains des patients sont issus d'un milieu défavorisé avec des carences scolaires. Chaque U.H.S.A. propose aux patients un fonctionnement en séquentiel s'ils le souhaitent.

Grâce à la vision holistique du modèle KAWA, nous pouvons comprendre le cheminement de la personne. A travers le dessin de la rivière, la personne va pouvoir évoquer et exprimer ses ressentis et ses vécus. Les situations problématiques et traumatiques vont être mis en lumière. L'ergothérapeute va donc, à travers différents supports, travailler sur la culpabilité, les cauchemars ou les reviviscences que la détention peut provoquer chez les patients.

5.3. Réponse à la question de recherche

L'objectif de cette étude était de comprendre comment l'ergothérapeute accompagne, au sein d'une UHSA, le détenu dans la reprise de l'autonomie en lien avec l'enfermement.

Les ergothérapeutes expriment la difficulté de l'enfermement sur les patients. Le contexte carcéral limite les possibilités de médiations pour des raisons de sécurité. Elles doivent également être plus vigilantes avec le matériel et les patients. Les effets de l'enfermement sont généralement délétères sur les symptômes des patients. Mais aussi sur les conditions de travail des ergothérapeutes. Il y a une double autorité : médicale et pénitentiaire. Parfois la temporalité est plus longue pour avoir les autorisations comme par exemple les médecins vont donner leurs accords mais le Commandant de l'U.H.S.A. ne sera pas du même avis. Toutes les ergothérapeutes interrogées ne sont pas d'accord avec le fait que l'enfermement induit une perte d'autonomie. Selon elle, nous pouvons assimiler cela à une déshabitude.

Les résultats de l'étude ont montré que les ergothérapeutes accompagnent les patients dans la reprise de l'autonomie lors des ateliers en ergothérapie. Elles laissent le choix de la médiation (argile, peinture, mosaïque...) ou encourage et adapte l'activité à partir d'une envie du patient. L'envie du patient est un élément important pour garder sa motivation dans la prise en charge à l'U.H.S.A.

En ce qui concerne les activités de vie quotidienne au sein de l'U.H.S.A. et plus particulièrement les soins d'hygiène, l'habillement ou les déplacements sont gérés par les

équipes infirmiers et aides-soignants. C'est pourquoi pour ces situations, l'autonomie est travaillée avec ces professionnels et non les ergothérapeutes.

5.4. Limites de l'étude, auto-critique et aspects éthiques

Dans cette partie, je vais exposer les limites de mon étude. Cela permet d'évaluer la validité des résultats obtenus avec les entretiens et de faire émerger des axes d'amélioration pour que le travail soit de qualité. Je vais également faire un retour réflexif sur mon travail.

Pour cette recherche, j'ai choisi d'utiliser la méthode clinique qui se base sur des données qualitatives. Je pense que ma démarche est justifiée car l'ergothérapie en U.H.S.A. est une pratique relativement peu développée et représentée. Grâce au réseau de ma directrice de mémoire, j'ai pu entrer directement en contact avec des ergothérapeutes travaillant en U.H.S.A.

Bien que l'analyse des entretiens mette en évidence des éléments intéressants cette étude présente des limites. Premièrement, seulement trois ergothérapeutes ont participé à cette étude. Nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats car les réponses ne sont pas forcément représentatives de la pratique actuelle. Actuellement, il y a neuf U.H.S.A. en France, mais nous ne savons pas s'il y a la présence d'au moins un ergothérapeute dans chaque structure donc je ne peux pas savoir quel pourcentage représente mon échantillon sur la population totale. Deuxièmement, il aurait été intéressant de confronter les expériences des ergothérapeutes avec des expériences de patients ou avec des cas rencontrés.

En ce qui concerne la réalisation des entretiens, ce ne sont pas des entretiens en face à face pour des raisons d'éloignement géographique. Deux de mes entretiens ont été menés par téléphone, ce qui peut perturber la dynamique des échanges car la communication verbale n'est pas accessible. Par ailleurs, animer et maintenir la trame d'entretien n'est pas un exercice facile. En effet, mes questions étaient d'un premier abord assez vaste donc cela a pu déstabiliser les ergothérapeutes. Nous pouvons l'observer dans les retranscriptions parfois.

De plus, lors des retranscriptions et des relectures, j'ai été interpellé par certains éléments qui manquait de précision parfois. Lors du premier entretien, l'ergothérapeute ne comprenait pas le cheminement de mon questionnement et le sens de certaines de mes questions

notamment du mot enfermement. J'ai donc été déstabilisée et je ne savais pas comment reformuler autrement.

Tout projet de recherche nécessite de s'intéresser aux dimensions éthiques. Dans le cas de ce travail, il est nécessaire de préserver l'anonymat des personnes interrogées ainsi que leur lieu d'exercice. C'est pourquoi cela a été rappelé au début de chaque entretien. Pendant l'entretien, nous devons en tant qu'apprenti chercheur d'être dans une posture d'écoute et de reformulation. Cela n'a pas été facile de reprendre les idées des ergothérapeutes tout en gardant notre fil conducteur. Mais c'est une des qualités de notre profession, cette recherche a été un bon exercice pour travailler sur le positionnement professionnel.

5.5. Apports et perspectives

5.5.1. Apports personnels

Ce travail m'a permis de découvrir et développer mes compétences dans la démarche de recherche scientifique. Avoir acquérir une méthodologie de recherche à travers ce travail est un atout car faire évoluer la pratique est un élément important dans notre pratique ergothérapique. Il est important d'être à jour dans nos connaissances. La recherche permet également de légitimer notre pratique professionnelle et nos compétences.

A travers ce mémoire, j'ai pu approfondir mes connaissances sur un sujet qui m'intéresse et me questionne. L'accompagnement des détenus en ergothérapie est encore très en lien avec les pathologies psychiatriques. J'aimerais poursuivre mes recherches en ergothérapie avec cette population. Ce travail m'a montré l'importance de l'accompagnement ergothérapique et les difficultés auxquelles les ergothérapeutes pouvaient être confrontés.

5.5.2. Apports pour la profession et perspectives de travail

Ce travail d'initiation à la recherche a permis à quelques professionnels de témoigner de leurs pratiques en U.H.S.A. J'ai pu être confronté au manque de publications et de

recherches dans la pratique ergothérapique en U.H.S.A. J'espère donc que ce travail, à travers la pratique et les éléments théoriques, va faire émerger des éléments nouveaux.

A son niveau, cette étude ouvre à des perspectives de recherche dans le domaine de l'U.H.S.A. et le milieu carcéral. Comme nous l'avons vu dans l'analyse des résultats, les ergothérapeutes travaillent beaucoup avec d'autres professionnels. C'est pourquoi il serait intéressant de s'interroger sur la collaboration entre l'ergothérapeute et l'équipe pluridisciplinaire comme les infirmiers ou les psychomotriciens.

A travers mes recherches, j'ai pu lire que souvent la fin de la détention induit la fin de la prise en charge. Or pour un travail de reprise de l'autonomie, nous devrions nous pas être dans l'accompagnement vers la sortie et après la sortie ? Est-ce que l'ergothérapeute a un rôle dans la transition vers l'extérieur ?

Conclusion

A travers mes recherches, j'ai pu constater une différence entre la théorie et la pratique concernant la place de l'ergothérapie dans le milieu carcéral. L'enfermement entraîne de nombreuses conséquences sur les détenus. Pour certains, cela augmente les troubles psychiatriques. La restriction de liberté induit une privation occupationnelle chez les détenus. Dans le domaine psychiatrique, l'ergothérapeute a une place importante dans l'accompagnement des patients. Mais les U.H.S.A. sont des lieux de soin récents et où il y a eu peu de recherche en ergothérapie.

L'objectif de cette étude était donc de comprendre comment les ergothérapeutes accompagnent les patients, au sein d'une U.H.S.A., dans la reprise de l'autonomie en lien avec l'enfermement.

Pour répondre à cette question de recherche, j'ai utilisé une méthode clinique à travers des entretiens. Trois entretiens ont été menés avec des ergothérapeutes travaillant en U.H.S.A. Les résultats montrent que l'autonomie est mobilisée par les ergothérapeutes lors des ateliers en ergothérapie. Elles laissent le choix de l'activité créative ou de la médiation. Elles s'adaptent selon les envies des patients. Cela permet d'encourager et préserver la motivation des patients. Concernant les activités de la vie quotidienne (notamment les soins d'hygiène, habillage ou les déplacements), ce sont les infirmiers ou aides-soignants qui mobilisent l'autonomie des patients.

L'élaboration de cette recherche m'a été bénéfique tant pour ma pratique professionnelle que pour mes connaissances théoriques. La méthodologie que j'ai pu acquérir durant ce travail d'initiation à la recherche ne sera qu'avantageux pour ma future pratique professionnelle.

Pour continuer cette étude exploratoire et approfondir les connaissances sur les pratiques des ergothérapeutes en unités hospitalières spécialement aménagées, deux perspectives de travail pourraient être développées :

- La collaboration avec l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire
- Le rôle de l'ergothérapeute dans la transition du patient vers l'extérieur

J'espère que ce travail apportera des éléments pratiques et théoriques aux ergothérapeutes des unités hospitalières spécialement aménagées.

Bibliographie

- ANFE. (2016). Ergothérapie en Santé Mentale : Livre blanc. Consulté 29 octobre 2018, à l'adresse http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergoth%C3%A9rapie%20en%20Sant%C3%A9%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf
- ANFE. (2017, juillet 3). La profession. Consulté 29 octobre 2018, à l'adresse <https://anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Bourgin, E. (2010). *L'ergothérapie en unité pour malades difficiles. Un vecteur d'intégration d'habiletés sociales ?* Université de Rennes, Rennes.
- Décision n° 93-334 DC du 20 janvier 1994. Consulté 28 avril 2019, à l'adresse Conseil constitutionnel [website: https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1994/93334DC.htm](https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1994/93334DC.htm)
- DGOS. (2015, décembre 11). Les personnes détenues. Consulté 29 octobre 2018, à l'adresse Ministère des Solidarités et de la Santé [website: https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/personnes-detenues](https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/personnes-detenues)
- Falissard, B., Loze, J.-Y., Gasquet, I., Duburc, A., de Beaurepaire, C., Fagnani, F., & Rouillon, F. (2006). Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>
- Floquet, M. (2014). *Santé mentale des patients hospitalisés à l'UHSA de Nancy. Etude descriptive et rétrospective de 186 patients*. Université de Lorraine.
- Iwama, M. K., Baum, C., & Christiansen, C. (2006). *The Kawa Model* (Elsevier). Philadelphia.
- IWAMA, & TEOH, J. Y. (2015). *The Kawa Model Made Easy: a guide to applying the Kawa Model in occupational therapy practice* (2nd edition). Consulté 27 janvier 2019, à l'adresse <http://www.kawamodel.com/download/KawaMadeEasy2015.pdf>
- Joanne, P., & Ouard, T. (2008, mai). Constitution d'un espace d'enfermement : Essai sur une phénoménologie de l'enfermement. Consulté 10 février 2019, à l'adresse <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00380100>
- Lancelevée, C. (2017). Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S. *Regards*, 51(1), 245-255. Consulté à l'adresse [Cairn.info](http:// Cairn.info).

- LE FRESNE, C. (2013). Ergothérapie aux portes de la prison. Au-delà des murs, la continuité des soins. *ERGOTHERAPIES*, (51), 55-59. Consulté à l'adresse Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique. (BDSP/APHPDOC :)
- Levesque, M. (2012). *Pour des services d'ergothérapie dans les établissements de détention* (Essai pour maîtrise). Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (De Boeck-Solal). De Boeck.
- Ministère de la Justice. (2012). *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. Consulté à l'adresse http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Guide_Methodologique__Personnes_detenues_2012.pdf
- Ministère de la Justice. (2017). *Les chiffres clés de la Justice* (p. 44). Consulté à l'adresse http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Chiffres%20Cl%E9s%202017.pdf
- Ministère de la Justice. (2018, mars 20). Les structures pénitentiaires. Consulté 29 octobre 2018, à l'adresse [justice.gouv.fr website: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html](http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html)
- Ministère de la Justice. (2019). Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée. Consulté 8 mai 2019, à l'adresse [justice.gouv.fr website: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detendue-et-ecrouee-32111.html](http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-mensuelles-de-la-population-detendue-et-ecrouee-32111.html)
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2015). *Rapport relatif aux droits des usagers du système de santé*. Consulté à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015_rapport_relatif_aux_droits_des_usagers.pdf
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). La vie hors détention. Consulté 9 septembre 2018, à l'adresse <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues/article/personnes-detenues>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (De Boeck supérieur). Paris.
- Observatoire International des prisons. (2017). Modules Respect : quand innovation rime avec ségrégation. Consulté 8 mai 2019, à l'adresse [oip.org website: https://oip.org/analyse/modules-respect-quand-innovation-rime-avec-segregation/](https://oip.org/analyse/modules-respect-quand-innovation-rime-avec-segregation/)
- Observatoire International des Prisons. (2017, août 24). Quelles activités sont proposées aux personnes détenues ? Consulté 29 octobre 2018, à l'adresse <https://oip.org/en-bref/quelles-activites-sont-proposees-aux-personnes-detenues/>

- Pruvot, C. (2010). *Le modèle kawa : application en soins palliatifs* (Haute école loenard de vinci). Consulté à l'adresse <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/PRUVOT-Kawa.pdf>
- Riou, G., & Roux, F. L. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. *VST - Vie sociale et traitements*, N° 135(3), 104-110.
- Rostaing, C. (2015). *Des détenus perturbés qui perturbent la prison*. (56), 5-6.
- Roth, È.-M., & Heitzmann, E. (2008). Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles). *Travailler*, 19(1), 81-102. <https://doi.org/10.3917/trav.019.0081>
- Sautereau, M., & Giret, G. (2013). *Motifs de recours au psychiatre en milieu carcéral*. Consulté à l'adresse https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/004_Sautereau.pdf
- Sève-Ferrieu, N. (2008). *Indépendance, autonomie et qualité de vie : analyse et évaluations* (Elsevier Masson).

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe I : Matrices théoriques

Annexe II : Grille d'entretien

Annexe III : Retranscription des entretiens

Annexe IV : cartes conceptuelles de l'analyse longitudinale

Annexe I : Matrices théoriques

Le modèle Kawa (Iwama)

Critères	Indicateurs	Indices	Questions
<u>Personne</u>	Déterminants personnels	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance de soi - Conscience des troubles, capacités et incapacités - Perception et estime de soi - Implication de la personne dans l'accompagnement - Valeurs de la personne - Caractère et personnalité - Culture et religion 	1 1
	Atouts	La personne identifie et mobilise les ressources disponibles	1
	Handicap	La personne identifie ses troubles et les conséquences de ces derniers	1
	Condition de vie	Dans quel milieu évoluer la personne avant l'incarcération	1
	Compétences	La personne utilise ses compétences dans sa vie quotidienne	1
<u>Cours de la vie</u>	Circonstance de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Profession - Contexte social - Récidive 	1
	Problèmes rencontrés	La personne identifie et quantifie les problèmes rencontrés dans sa vie	1
	Santé	La personne a été diagnostiqué pour une/des pathologie(s)	1
	Evènements marquants	La personne identifie les évènements marquants (positifs et négatifs) de sa vie	1

<u>Facteurs environnementaux</u>	Environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte carcéral - Comment la personne évolue dans l'environnement collectif et individuel 	1 2 3
	Contexte social	<ul style="list-style-type: none"> - Entourage - Comportement social - Statut et contexte social avant et pendant l'incarcération - Professionnels socio-médicaux - Récidive 	1 2

L'autonomie (Sève Ferrieu 2008)

<i>Critères</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Indices</i>	<i>Questions</i>
<u>Capacité à faire des choix personnels et à agir volontairement</u>	Connaissance de soi	<ul style="list-style-type: none"> - La personne est capable de mettre en évidence les capacités et incapacités. - La personne est actrice de l'accompagnement : projet de vie 	1
	Jugement des compétences personnelles		1
	Valeurs et volonté	La personne exprime ses projets de vie selon ses valeurs et ses volontés	1
<u>Adaptation à l'environnement</u>	Lois, règles et libertés sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Respects des lois - Respect et compréhension des règles sociales et de vie avant et pendant l'incarcération - Respect du cadre thérapeutique 	2
	Adaptation liée au contexte carcéral	Respect du cadre carcéral	1 2

L'enfermement (Joanne & Ouard, 2008)

<i>Critères</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Indices</i>	<i>Questions</i>
<u>Espace d'enfermement</u>	Actes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> - L'individu peut s'identifier - Affirmation de son Moi vis-à-vis d'autrui - L'autonomie de la personne est impactée 	3A 3B 3C
	Dégradation de l'image de soi	<ul style="list-style-type: none"> - La personne a un matricule - Les mouvements sont contrôlés - La personne doit demander l'autorisation pour n'importe quel acte - Modification des comportements - Atteinte corporelle et intime 	3D 3E
	Environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Modification des perceptions environnementales - Modification au niveau des relations sociales - Plus de limite entre la personne et ce qui l'entoure - Atteinte corporelle et intime 	3E 3F

Annexe II : Grille d'entretien

Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

- Depuis quand êtes-vous diplômée ?
- Quel est votre parcours professionnel et avez-vous des formations complémentaires ?
- Actuellement, où travaillez-vous et depuis combien de temps ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans le milieu carcéral ?

Question 1 : Pouvez-vous me parler de la particularité de l'accompagnement des patients au sein d'une U.H.S.A. par rapport à une unité psychiatrique dite classique ?

- a. Les patients ont-ils consciences de leurs troubles ?
- b. Est-ce que beaucoup de patients ont récidivé ? Si oui, avez-vous une idée du pourquoi ? Y-a-t '-il un lien avec leur contexte social ?
- c. Selon vous, quelles sont les différences entre les patients de l'UHSA et d'une unité psychiatrique plus classique ?

Question 2 : Pouvez-vous me parler et décrire votre travail d'ergothérapeute au sein d'une U.H.S.A. ?

- a. Quelles activités avez-vous mis en place ?
- b. Réalisez-vous des bilans pour évalués les capacités et incapacités des patients ?
- c. Utilisez-vous des modèles conceptuels ?
- d. Est-ce que vous accompagnez dans la reprise de l'autonomie des patients ?
Comment faites-vous ?
- e. Est-ce que vous travaillez en collaboration avec d'autres professionnels ?

Question 3 : Comment l'enfermement impacte et influe sur les symptômes des patients ?

- a. Que pensez-vous de l'adhésion aux soins des patients ?
- b. Quels effets à l'enfermement sur les comportements des patients ?
- c. Est-ce que l'enfermement augmente les symptômes des troubles psychiatriques ?
- d. Quelles sont les conséquences de l'enfermement sur l'image de soi des patients ? Selon vous, quelle conscience les patients ont-ils d'eux ?
- e. Quelles sont les conséquences de l'enfermement sur les relations avec autrui ?

Annexe III : Retranscription des entretiens

Entretien avec l'ergothérapeute A

Moi : Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ?

EA : Oui je suis ergothérapeute à l'UHSA, je travaille à peu près depuis l'ouverture de cette UHSA qui a ouvert en avril 2013. Moi j'y travaille depuis septembre 2013. Je ne sais pas s'il y a d'autres choses que vous vouliez que je précise ?

Moi : Vous êtes diplômée depuis quand ?

EA : Je suis diplômée depuis, si je ne dis pas de bêtises, 2007.

Moi : OK. Vous avez travaillé ou avant l'UHSA ?

EA : J'ai travaillé un an en clinique psychiatrique en hôpital de jour. Ensuite, j'ai travaillé dans un service intra hospitalier, avec un petit temps en extra hospitalier, dans un autre service du même hôpital que celui de l'UHSA.

Moi : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de la particularité de l'accompagnement des patients au sein d'une UHSA par rapport à une unité psychiatrique dite classique ?

EA : Je dirais que la particularité se situe essentiellement, non pas à un niveau clinique mais à un niveau architectural et contextuel associé à la situation judiciaire des patients. Côté clinique cela va être assez similaire finalement à un fonctionnement de service classique avec des prescriptions médicales et nos rencontres avec les patients et leurs problématiques psychiatriques. Par contre tout ce qui va être déplacement au sein de la structure, devenir des objets cela va être encadré aussi par un fonctionnement pénitentiaire ; c'est là que se situerait essentiellement la différence. Après on peut voir aussi quelques choses dans l'histoire de vie des patients qui revient avec un passage en détention pour la plupart, mais on ne pourrait pas en faire une généralisation d'autant plus qu'ils ne sont pas tous passés par le milieu carcéral. Ils ont tous en commun d'avoir un numéro d'écrou, d'être écroué, mais sinon il n'y a pas grand-chose en commun dans les histoires. Même s'il peut y avoir des répétitions, des choses qui se retrouvent.

Moi : Ok. Donc oui ça serait plus au niveau de l'architecture. Au niveau clinique, il n'y a pas trop de différences entre, enfin pour les patients, vous ne trouvez pas trop de différences entre l'UHSA et les unités plus classiques.

EA : Oui je défends cette idée-là. La clinique est à peu près similaire.

Moi : Est-ce que beaucoup de patient ont récidivé ? Est-ce que vous les voyez souvent ? Est-ce qu'ils sont sortis et ils reviennent ?

EA : Récidiver est un terme pénitentiaire donc la récidive moi je ne sais pas ce que vous entendez par là. Si vous parlez de la chronicité de la maladie, du fait qu'il y ait des ré hospitalisations ou si vous parlez de la récidive judiciaire ce qui moi m'intéresse peu entre guillemets.

Moi : D'accord. Et bien plus au niveau de la chronicité, est ce que vous les voyez souvent ? Est-ce qu'ils reviennent souvent en UHSA ?

EA : Je dirais quand même à peu près comme en service de secteur qu'il y a des patients qui reviennent, qui en sont à leur deuxième, troisième hospitalisation. Mais contrairement à une clinique de secteur, une fois que le patient a fini avec son parcours judiciaire le plus souvent quand même il n'est pas forcément reconfronté à la justice. Et du coup il va continuer les soins dans son service de secteurs au besoin. Il est arrivé que des patients se reretrouvent en détention et reviennent à l'UHSA c'est vrai.

Une petite chose par rapport à la question précédente. Quand même quelque chose que j'ai pu observer dans la patientèle qu'on reçoit dans cette UHSA par rapport à celle du secteur où j'ai travaillé avant, c'est une moyenne d'âge plus jeune et des gens qui sont issus de l'immigration, première ou deuxième génération, aussi plus fréquemment.

Moi : D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire, me parler de votre travail d'ergothérapeute au sein d'une UHSA ?

EA : Euh... Le travail d'ergo ... Ce que je disais c'est finalement un travail d'ergothérapie en psychiatrie assez classique. Moi je fonctionne beaucoup en séance individuelle ; on coanime aussi des groupes avec mon collègue ergothérapeute et ma collègue psychomotricienne. J'ai un collègue ergothérapeute qui lui coanime aussi un groupe avec des collègues infirmiers. Donc il y a des groupes mais en ce moment pour différentes raisons c'est essentiellement des suivis individuels que je mène avec les patients. Dans l'UHSA dans laquelle je travaille, il y a un fonctionnement séquentiel avec trois unités qui... cela a un peu changé récemment. Mais initialement, l'idée était que les patients arrivent à l'unité une et une fois qu'ils sont un petit peu plus stabilisé cliniquement ils passent ou non à l'unité 2, certains patients pouvant sortir directement de l'unité 1. Et ainsi de suite jusqu'à l'unité 3,

où ce sont des patients un peu plus stabilisés, où l'on fait un travail à plus long terme autour de la maladie. Et du coup en tant qu'ergothérapeute, j'interviens aujourd'hui à l'unité 2 et à l'unité 3. Du fait d'un choix de la cheffe de pôle qui jusqu'ici a estimé que l'ergothérapeute n'avait pas à intervenir en unité 1, et donc l'unité où les patients allaient le plus mal cliniquement. Mais c'est en train de changer avec le chef de service qui nous a proposé récemment une intervention des ergothérapeutes sur l'unité 1. Donc on est en train de réfléchir avec mon collègue comment proposer quelque chose et là cela serait probablement plus une proposition groupale dans un premier temps. Sinon le travail d'ergothérapeute à l'UHSA c'est ... limité temporairement par les emplois du temps assez fixes des patients. Parce qu'il y a un fonctionnement dans notre UHSA en douze heures pour les infirmiers/aides-soignants qui fait que quand j'arrive à l'UHSA les patients sont encore en train de petit déjeuner. Donc finalement j'ai un temps de travail un petit peu restreint à cause de ces impératifs de vie qui débordent un petit peu ... Enfin, le petit déjeuner se fait un peu tard et le dîner un petit peu tôt donc cela limite un petit peu les temps où je peux rencontrer les patients. Je ne sais pas si vous voulez que je développe.

Moi : Si par exemple, quelles activités faites-vous et que vous avez mis en place ?

EA : En séance individuelle, au cours d'une première rencontre avec le patient, je leur propose de choisir parmi les différentes médiations présentes à l'atelier, de ce qu'ils ont pu observer, quelque chose qu'ils auraient envie de faire. Je travaille à partir du désir du patient. Sauf grosse contre-indication ou quelque chose que je ne trouve pas du tout adapté et qui mettrait le patient trop en difficulté, je m'adapte vraiment à ce qui va émerger d'une demande du patient. Et donc les médiations que je propose sont des médiations assez classiques qu'on retrouve en psychiatrie : dessin, peinture, modelage, mosaïque, un petit peu de travail du bois, travail du cuir, pyrogravure... Voilà. Après je leurs propose aussi, s'ils ont une idée particulière de la dire et qu'on voit comment on pourrait essayer de la mettre en œuvre ce qu'il fait qu'il m'est arrivé de fabriquer des objets différents, de faire rentrer du matériel spécialement pour certaines demandes ; mais sinon on utilise ces médiations assez classiques. Et donc je rencontre les patients généralement une fois par semaine. Beaucoup parce que je n'ai pas plus de temps pour les voir, mais il m'arrive pour certains patients à des moments de les rencontrer plus fréquemment quand cela me semble nécessaire. Les durées de séance varient un petit peu. Il y a des séances un peu courtes, pour des patients qui ne doivent pas forcément rester très longtemps en séance, j'adapte la durée de la séance, à des séances de 45-50 minutes.

Moi : D'accord. Combien il y a de patient par unité du coup ?

EA : Il y en a environ 18. Il y a 20 lits, mais il n'y a jamais 20 patients pour des questions un peu techniques.

Moi : D'accord. Du coup les activités que vous faites c'est dans quel(s) objectif(s) ? Vous faites en fonction de ce que veut le patient mais est-ce que c'est à visée... qu'ils parlent de leurs émotions ou il y a d'autres objectifs ?

EA : Alors le médecin fait une prescription avec en général une orientation globale de la prescription. La demande du médecin peut être soit une aide à l'évaluation du diagnostic, soit de participer à la réduction symptomatique, soit stimulation... Cela va être les trois grosses orientations que l'on va avoir. En général c'est ça. Après dans la rencontre avec le patient, moi je leur présente généralement ça comme un lieu de soin et d'expression. L'idée c'est qu'il puisse exprimer quelque chose au travers de ce qu'il va faire. Et donc après ça va être en fonction de la clinique du patient, je vais adapter mon cadre et mon positionnement dans la séance. Si je vois que le patient a besoin d'être contenu, d'être étayé ou alors au contraire d'être stimulé, d'être dynamisé, je vais adapter la proposition et surtout mon positionnement et le cadre de la rencontre. Mais après, les médiations vont rester globalement les mêmes. Il n'y a pas une médiation qui va travailler telle chose ou telle chose. C'est pour ça que je laisse le choix de la médiation parce que je trouve plus intéressant de partir du désir du patient, de la personne, et à partir de là de travailler autour d'objectifs cliniques qui pourront de toute façon toujours être travaillés à partir de ce que le patient souhaite. Parce qu'en général oui, le plus gros objectif, c'est qu'il puisse exprimer et élaborer quelque chose de ce qu'il vit.

Moi : Vous disiez que vous participez à l'évaluation du diagnostic, vous utilisez des bilans ?

EA : Non

Moi : Et des modèles conceptuels ?

EA : Ce n'est pas vraiment un modèle conceptuel mais l'orientation de mon travail est psychanalytique. La théorie sur laquelle je base ma pratique est analytique. Mais non je n'utilise pas de bilan particulier et je n'ai pas non plus un modèle conceptuel. Mais je crois que ça se rapprocherait plus du modèle psycho-dynamique je pense. Je ne sais pas s'il existe un modèle dit psychanalytique mais je pense que cela se rapproche.

Moi : C'est ça. Donc vous n'utilisez pas de bilans pour évaluer les capacités et incapacités du patient. Vous faites en fonction de vos observations ?

EA : Oui oui

Moi : Vous faites parfois des mises en situation ? En chambre par exemple

EA : Non

Moi : Est-ce que vous accompagnez les patients dans la reprise de l'autonomie ?

EA : La reprise de l'autonomie passe par une amélioration clinique ; donc en ce sens oui. A partir du moment où le patient va mieux, il va pouvoir être plus autonome. Après on ne va pas travailler spécifiquement l'autonomie, cela fait partie de ce qui va mieux quand la clinique du patient s'améliore.

Moi : D'accord. Donc c'est tout un ensemble, vous ne faites pas quelque chose spécifiquement pour l'autonomie ?

EA : Non. Par exemple, un patient qui a besoin de d'étayage pour arriver à faire quelque chose, au fur et à mesure, l'idée ça va être qu'il puisse se passer de cet étayage. Autre exemple d'un patient qui a besoin d'être extrêmement stimulé pour exprimer quelque chose, l'idée c'est qu'il puisse arriver à l'exprimer. Cela fait partie de l'autonomisation. Un patient qui va être complètement éclaté, l'idée ça va être de lui permettre de se centrer sur quelque chose pour être plus autonome dans son activité et dans sa relation aux autres. C'est un peu comme ça que je pourrais concevoir l'autonomisation dans les séances que je propose aux patients.

Moi : Ok. Du coup, vous me disiez aussi que vous travaillez en groupe avec l'autre ergothérapeute et vous travaillez aussi avec d'autres professionnels ?

EA : La psychomotricienne

Moi : Et donc, vous faites quoi avec eux ?

EA : Avec mon collègue ergothérapeute ont coanime 2 groupes. Un groupe qu'on appelle atelier d'écriture. On propose aux patients chacun d'écrire un texte à partir d'un thème commun en général et ensuite il y a un temps d'échange autour de ce qui a été écrit par les uns les autres. Il y a un autre groupe qui s'appelle Contes d'ici et d'ailleurs. On part d'un conte. C'est des groupes fermés à chaque fois. Ecriture c'est sur 5 séances et le groupe conte

est autour de 3 contes et sur chaque conte on travaille 2 séances. Au cours de ces 2 séances on va raconter un conte et l'idée est que chaque patient se saisisse de quelque chose du conte pour fabriquer un objet et après il y a un échange autour de ces objets. Donc l'idée c'est de toujours passer par une médiation pour qu'il puisse y avoir de l'élaboration derrière mais en groupe. Et avec la psychomotricienne, il y a 2 groupes aussi qu'on coanime. Un atelier écoute musical, où la médiation qui va susciter l'échange c'est l'écoute de la musique choisie par les patients. Les patients dans l'UHSA n'ont pas accès à un internet ou à des CD de musique. Du coup ce qui fait un peu l'accroche de ce groupe là aussi c'est qu'on leur propose de choisir sur Youtube n'importe quelle musique qu'ils aient envie d'écouter et chacun peut partager une musique de leur choix dans ce petit groupe.

Moi : Ils n'ont pas du tout accès à des CD ou une radio ?

EA : A l'atelier d'ergothérapie on doit avoir une quarantaine de CD. On a choisi pour qu'il y ait des choses un peu variées et en fonction des demandes des patients. Et en psychomotricité, elle a un accès à Youtube. Et cela se passe en salle de psychomotricité ce groupe-là. Et le deuxième groupe que je coanime avec elle c'est un groupe autour d'une médiation théâtrale. Cela s'appelle jeu d'improvisation.

Moi : D'accord. Vous disiez que c'était en salle de psychomotricité. Vous avez aussi votre salle ?

EA : Oui on a un atelier d'ergothérapie qui est extérieur aux unités. En fait les patients des différentes unités viennent dans cet atelier.

Moi : D'accord. Est-ce que vous prenez l'entourage en compte dans l'accompagnement ?

EA : Alors on le prend en compte au travers de ce que nous dit le patient et au travers de ce qui est échangé lors des réunions hebdomadaires, parce que l'assistante sociale est beaucoup en lien avec les familles, les médecins le sont aussi pas mal. Mais après nous ne rencontrons pas les familles.

Moi : Comment l'enfermement impacte et influe sur les symptômes des patients selon vous ?

EA : Alors l'enfermement psychiatrique ou l'enfermement en milieu carcéral ?

Moi : Plutôt l'aspect carcéral en UHSA mais les deux m'intéressent

EA : Après là c'est compliqué parce que le service dans lequel je travaillais avant était un service de secteur « classique », c'était un secteur fermé aussi et du coup les patients se retrouvaient confrontés à un enfermement aussi. Et il y avait aussi des barreaux aux fenêtres, peut-être moins serrés, mais je veux dire c'était fermé. Alors, là ce qui change à l'UHSA, si quand même architecturalement ça change un peu, les cours de promenade sont plus fermées, on voit qu'il y a des fils électriques autour, il y a une enceinte, un mur autour des grilles des unités. Mais ce qui change le plus c'est qu'il y a la présence de la pénitencière auxquelles les patients sont confrontés pour aller et venir en salle d'ergothérapie. Quand ils sortent de salle d'ergothérapie, il y a un passage au détecteur de métaux par un surveillant pénitencière. Pour sortir les objets, c'est la pénitencière qui gère tout ce qui est parler. Du coup quand un patient souhaite faire sortir un objet pour sa famille par le parler, il faut que cela passe par la pénitencière, faire des mots etc. Il faut que moi-même je fasse des mots aussi. Je dirais que là c'est plus présent.

Après l'enfermement peut plutôt être un facteur aggravant cliniquement avant l'hospitalisation en milieu carcéral. Il y a pas mal de patients que nous recevons qui font une première décompensation en arrivant en milieu carcéral. Il y a des patients dont la raison qui les conduit à être incarcérés est directement en lien avec leur état clinique. Mais il y a aussi pas mal de patients pour qui ce n'est pas directement le cas. Un des facteurs qui fait que la moyenne d'âge est plus basse dans le service où j'exerce est que la moyenne d'âge des gens incarcérés est assez basse (surtout dans la région où j'exerce, cela change peut-être dans les autres régions). Les patients sont le reflet de cette population carcérale aussi, mais c'est l'âge aussi des premières décompensations, en tout cas pour la schizophrénie. Donc il y a pas mal de patients qui se retrouvent incarcérés et qui, en détention, vont décompenser du fait d'un milieu qui est fragilisant et d'un milieu dans lequel il y a beaucoup de consommation de toxique. Ce n'est pas forcément leur première consommation toxique, mais il y a un milieu qui est quand même très fragilisant. Après c'est pareil, il ne faut pas faire de généralité parce qu'il y a aussi les patients que le milieu carcéral va contenir quelque part. Alors cela ne tient pas forcément, surtout s'ils se retrouvent à l'UHSA après, c'est que cela ne tient pas, mais ... J'ai 2 patients en tête que je vois actuellement qu'ils sont dans des incarcérations à répétition parce que la prison vient contenir quelque chose. Ils sortent, ils vont se faire réincarcérer quasiment de suite et il y en a un récemment qui m'a dit sa difficulté à être à l'extérieur qui est directement en lien avec sa pathologie.

**Moi : Quels effets pourrait avoir l'enfermement sur les comportements des patients ?
Avez-vous pu remarquer des comportements différents lié à l'enfermement ?**

EA : Il va avoir les habitudes carcérales qu'ont certains patients comme par exemple dans cours de promenade. Déjà qu'on l'appelle cours de promenade par automatisme et ce qui n'est pas forcément une bonne chose. Les patients vont avoir tendance à déambuler, à tourner en rond comme en détention, en sens anti-horaire. Cette marche qui se fait toujours en rond que je ne retrouvais pas forcément en secteur. Donc je me dis que ça doit être une habitude liée au milieu carcéral. Après il y a ... Je ne sais pas trop comment répondre à votre question. Je dirais même qu'il y a une certaine habitude à l'enfermement qui parfois rend un peu plus simple l'enfermement psychiatrique. Mais c'est sûr que l'enfermement a un effet mais il y a différent type d'enfermement. Les patients qui arrivent vont très mal donc il y a un enfermement aussi psychique dans la maladie.

Moi : Effectivement, quand je parle de l'enfermement il y a l'aspect carcéral mais aussi l'aspect psychiatrique. Et quelles sont les conséquences de l'enfermement sur l'image de soi des patients ?

EA : C'est un peu trop vaste comme question. Je suis désolée ... Pour essayer de répondre à cette question. J'ai des patients qui me parle d'isolement par rapport à leurs familles, leurs proches. Il y a des patients qui parlent de ça du coup il va y avoir un affect un peu dépressif lié à cet isolement qui est lié à l'enfermement. En tout cas qu'ils mettent en lien avec ça. Sans doute à prendre avec la question judiciaire et la place que ça peut avoir dans le lien social.

Moi : D'accord. L'enferment a des conséquences avec le lien avec les autres ? Avez-vous pu observer ça ?

EA : Je dirais ce qu'il a le plus d'impact sur le lien à l'autre, ça va être quand même la maladie en général.

Moi : D'accord, donc selon vous c'est plus la maladie que l'enfermement qui a des conséquences.

EA : Oui. J'ai plus l'impression que vos questions ... Que ça serait une étude sociétale à faire sur la prison en général mais là dans la clinique en psychiatrie c'est un peu compliqué de voir ce qui est lié à l'enfermement parce que l'enfermement peut être un des facteurs

aggravant de la maladie mais la première chose qui va venir parasiter le lien à l'autre c'est la maladie. Donc c'est un peu compliqué de répondre à votre question. Je suis désolée.

Moi : Ce n'est pas grave. Du coup c'est plus la pathologie qui fait qu'ils sont à l'écart ?

EA : Oui. En tout cas les personnes qu'on reçoit à l'UHSA c'est des gens qui ont décompensé en général donc cela va être la pathologie qui est au premier plan. Après si vous faites une étude sur les gens incarcérés en général. Ils vont peut-être pouvoir vous répondre sur la question de l'enfermement. Mais là, non seulement ce n'est pas vraiment ce qui est traité l'enfermement à l'UHSA. Mais en plus, l'UHSA ça va être un lieu d'enfermement encore plus stricte. Les patients ce dont ils se plaignent en arrivant à l'UHSA c'est des conditions de vie qui sont encore plus fermées qu'en détention. Ils n'ont pas de télévision en chambre. Il y a des contraintes horaires qui sont plus importante pour certaines choses. Il y a des limites en termes de consommation de cigarettes. Ils ne peuvent pas avoir accès à toutes les cantines auxquelles ils ont accès en détention. Donc finalement, ils sont plus enfermés à l'UHSA qu'en détention en exagérant un petit peu. Donc c'est pour ça que je suis un petit peu en difficulté pour vous parler de la question de l'enfermement parce que ... J'ai presque envie de vous dire que l'enfermement c'est une des manières qui a été trouvée, même si elle n'est pas forcément idéale, pour traiter la question psychiatrique. Quand vous avez quelqu'un qui ne va pas bien, n'importe où, ce qui va être choisi de faire c'est de le mettre en secteur fermé de psychiatrie quand il va très très mal, donc de l'enfermer. Donc du coup parler de l'enfermement là je trouve cela un peu délicat.

Moi : ... D'accord.... Vous avez peut-être quelque chose d'autre à rajouter ?

EA : J'ai l'impression que les questions que vous me posez... je n'ai pas suivi le processus d'élaboration de votre questionnaire mais j'ai l'impression que c'est très très vaste et je ne sais pas trop où vous allez pouvoir en venir.

Moi : Oui ... Après en fait mon questionnaire de base est assez vaste c'était voulue. Et après je vais rechercher sur la notion d'autonomie dans un contexte d'enferment. Comment l'ergothérapeute intervient avec les patients pour travailler l'autonomie dans un contexte d'enfermement qu'est l'UHSA.

EA : Donc l'enfermement ce serait celui de l'UHSA et pas du milieu carcéral... donc finalement cela ne changerait rien que ce soit l'UHSA ou un service de secteur... J'ai

l'impression que vous voulez parler de l'autonomie en milieu fermé à l'UHSA, mais que dans vos questions vous me parliez d'enfermement en milieu carcéral

Moi : ... Il y a l'enfermement carcéral qui est présent en UHSA par rapport à une unité de secteur.

EA : L'aspect carcéral est présent alors qu'en unité de secteur il n'y sera pas ; mais je ne vois pas en quoi la prise en charge de l'autonomie, si je mets ça comme objectif, va changer à l'UHSA plutôt qu'en unité de secteur. D'autant plus qu'on a pas mal de patient... Cela serait un petit peu comme si vous imaginiez que une fois que les patients vont mieux ils retournent en détention, qu'ils soient plus autonomes en détention ?

Moi : vu que l'enfermement, ils n'ont plus aucune autonomie c'est comment...

EA : Oui mais non. Il n'y a pas plus aucune autonomie. Evidemment l'enfermement en milieu carcéral limite les déplacements, cela limite le lien aux autres ... mais il n'y a pas plus d'autonomie. Il y a des patients qui sont au contraire incroyablement autonomes dans ce contexte-là. Il y a des personnes qui sont d'une créativité, d'une inventivité assez folle justement qui vont faire avec ce milieu-là donc ... Cela ne remet pas tellement en question l'autonomie. Après si, si des patients, si des détenus - parce que là on ne parle plus vraiment de patient - si des détenus sont incarcérés pendant les années ... Le fait de ressortir à l'extérieur va pouvoir être compliqué parce qu'il va y avoir une déshabituaiton à différentes choses. Le contexte carcéral est très compliqué, donc trouver le moyen de faire dans ce milieu-là va être aussi ... va se faire au détriment d'autre chose mais ... j'ai l'impression que c'est des concepts très très différents et un peu mélangé que vous ...

Moi : ... Je vois ce que vous voulez dire...Je n'arrive pas à trouver une autre façon ce que je veux dire ... Je suis désolée, je n'arrive pas à m'expliquer autrement ...

Entretien avec l'ergothérapeute B

Moi : Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ?

EB : Je suis ergothérapeute à l'UHSA depuis l'ouverture donc il y a maintenant 7 ans. Vous voulez que je vous raconte mon parcours professionnel ?

Moi : Oui je veux bien

EB : J'ai été diplômé en 2005. Mon premier emploi a été en UMD pendant quasiment 4 ans. Ensuite, j'ai travaillé en rééducation à mi-temps et j'avais un autre mi-temps dans une MAS. Et ensuite pendant un an, j'ai travaillé pendant ensuite deux ans dans une unité fermée du centre psychothérapique et ensuite j'ai intégré l'UHSA dès son ouverture. On a travaillé même en amont le projet.

Moi : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de la particularité de l'accompagnement des patients au sein de l'UHSA par rapport à une unité psychiatrique dite classique ?

EB : Euh ... C'est vaste. Il y a des particularités de par le fonctionnement d'unité qui est forcément un fonctionnement différent d'une unité classique. Il y a des consignes de sécurité, il y a des moments comme on a des consignes qui tournent autour de la sécurité. Après, la prise en charge des détenus est différente de par leur vécu, par le côté judiciaire qui finalement se met en place pour eux.

Moi : Du coup, vous voyez plus au niveau de l'histoire de vie des patients ?

EB : Alors l'histoire de vie, oui et non, parce que les patients que nous avons ici c'est des patients aussi qu'on retrouve en unité classique. Ils ont aussi un parcours qui a un moment donné les emmène devant la justice mais on peut avoir des patients typiquement qui ont un passage à l'acte, qui sont reconnus responsables et être suivi dans une unité classique donc au final le patient est le même mais la prise en charge du temps de l'incarcération n'est pas forcément la même. Il y a un impact de la détention sur les gens. Il y a un impact sur nous notre quotidien de prise en charge. Alors moi j'ai toujours travaillé dans des milieux assez euh où il y avait un côté sécurité quand même. L'UMD il y a la sécurité, les unités fermées ont un minimum de sécurité. Donc après je ne pourrais pas vous la comparer à un CMP ou autre chose parce que je n'y ai jamais travaillé. Moi cela me paraît, je ne vais pas vous dire que cela me paraît normal mais c'est mon quotidien depuis bien longtemps le côté sécuritaire. Mais effectivement cela a un impact sur notre prise en charge de même que la

journée des patients nous on a une trame dans les journées pour les prises en charges de nos patients qui est extrêmement rigide et les séances d'ergo viennent se caler dans cette trame qui finalement est rigide auxquelles on est obligé de tous se conformer.

Moi : Oui, en fonction des horaires de repas, en chambre ...

EB : C'est ça. Ça en fait parti

Moi : Est-ce que vous avez beaucoup de patient qui reviennent plusieurs fois à l'UHSA ?

EB : Oui, bien sûr. Il y a des patients que l'on connaît depuis 7 ans. Qu'on voit, qui partent, qui repartent en détention classique, qui repartent en SMPR. Qui parfois, navigue entre nous et la détention et le SMPR

Moi : Est-ce que vous avez une idée du pourquoi ?

EB : Alors, il y a plein de pourquoi. Parce que des fois ils reviennent mais ils ne reviennent pas avec la même clinique. Il peut y avoir plein de pourquoi. Il peut y avoir de nouveaux éléments. Cela peut être tout un tas de chose. Cela peut être des éléments dépressifs qui surviennent à un moment donné qui fait qu'ils reviennent. Cela peut être un arrêt de traitement. Cela peut être une modification de traitement par le médecin en détention qui fait que le patient à un moment donné, il était stable chez nous et les modifications de son traitement, il est moins stable donc il revient. Ou du coup il y a une réadaptation de son traitement cela peut être les psychotiques qui sont fluctuants, en rupture thérapeutique mais cela peut fluctuer donc il y a aussi eux qui reviennent. Cela peut être des fois le stress aussi des échéances judiciaires pour eux qui fait ressurgir certains symptômes. Donc ils sont réhospitalisés. Il y a de multiples raisons ... La prise de toxique, une des grandes causes que l'on peut citer qui fait que forcément il y a des décompensations. Cela peut être des patients qui ont des tendances suicidaires et qui passent à l'acte à de multiples reprises pour tout un tas de chose comme par exemple ils n'ont pas de parloirs ... Op on passe à l'acte. Des moments où ... dans leurs quotidiens, des fois cela ne tient pas à grand-chose. Et il suffit d'un petit élément qui change, qui les déstabilise, ils passent à l'acte et ils reviennent.

Moi : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler et me décrire votre travail d'ergothérapeute au sein d'une USHSA ?

EB : C'est vaste comme question. On va commencer par la composition de l'équipe. Il y a des infirmiers, des aides-soignants, une psychologue mais actuellement qui n'est pas en

poste, une assistante sociale. Après dans l'équipe qui travaillent comme moi en journée, il y a l'assistante sociale, un éducateur sportif APA, moi en tant qu'ergothérapeute. Dans le projet initial il devait avoir un psychomotricien que nous n'avons plus. Nous avons eu mais qui est parti et du coup c'était un peu compliqué à recruter donc on va très certainement avoir un 2^{ème} enseignant APA. Voilà. Donc nous on travaille autour du patient en fonction des prescriptions du médecin avec des objectifs qui sont fixés par le médecin qui peuvent être divers et variés. Ils sont adaptés en fonction de la clinique du patient. Après notre champ de compétence, il passe par différents biais. Au niveau des ateliers... C'est beaucoup des ateliers de groupe mais la prise en charge individuelle est possible aussi pour certains cas. On démarre toujours la prise en charge par un entretien d'accueil. Que ce soit moi ou l'enseignant APA, on a la même façon de fonctionner. On fait un entretien d'accueil avec le patient, une fois que les objectifs ont été fixés par son médecin. On le voit, on fixe des objectifs, on voit avec eux ce qu'ils attendent, on donne des explications. On définit avec eux un rythme de prise en charge. Il y a plusieurs types d'ateliers. Il y a l'atelier polyvalent, il y a pas mal d'activités manuelles, d'activités ergo assez classiques j'ai envie de dire. Des ateliers qu'on trouve souvent classiquement avec diverses médiations. Du coup la prise en charge est un peu individualisée. Chacun peut travailler sur ... à partir d'une médiation. Le travail est sur plusieurs séances. Ce n'est pas forcément la même médiation pour tout le monde, chacun peut travailler à son rythme sur différentes choses. On choisit les médiations en fonction des patients, des capacités... On travaille aussi sur un atelier de remédiation cognitive plutôt en individuel mais cela peut être en groupe c'est déjà arrivé. On peut pour plusieurs patients, suivant leurs objectifs avoir un groupe homogène ou pas. On travaille avec des exercices papier crayon ou des logiciels sur informatique. On a un jeu de conversation le dixiludo. Il y a un atelier cuisine qui fonctionne, qui du coup est plus à viser bilan ou réhabilitation. Cela dépend un peu des indications. On ne le fait pas toujours fonctionner de la même façon parce que si c'est plutôt des bilans, on fera un atelier plus court avec des recettes particulières vraiment pour évaluer la personne. Quand c'est à visée de réhabilitation, on travaille en 2 séances où on leur demande de gérer un budget, on demande de gérer du temps, des recettes enfin voilà toute la gestion du matériel avec un maximum d'autonomie.

Moi : Donc cet atelier est plus pour bilanter la personne ?

EB : oui enfin... C'est comme tout, on individualise la prise en charge parce qu'il peut avoir des objectifs d'évaluation cognitive, il peut avoir des objectifs de réhabilitation quand les

levées d'écrou sont proches, il peut avoir des objectifs d'évaluation d'autonomie de la personne quand on se pose des questions sur comment sera le quotidien des personnes au retour en détention ou à la maison ou au moment où on remplit un dossier MDPH. C'est des items particuliers qu'on remplit avec l'assistante sociale donc dans ce cadre-là des fois nous faisons des ateliers pour évaluer l'autonomie de la personne.

Moi : D'accord. Vous m'avez dit que vous utilisez la même trame d'entretien que l'enseignant APA pour les premiers entretiens. Du coup est ce que vous utilisez des modèles conceptuels ?

EB : On n'a pas de ... On ne travaille pas avec ce genre de chose. On n'a pas mis en place de bilans trop particulier en fait... On pourrait !

Moi : Du coup, les groupes que vous faites sont avec d'autres professionnels ?

EB : Alors oui, on coanime. Nous avons une règle à l'UHSA c'est que dès qu'il y a 2 patients, on coanime. Pour des raisons de sécurité et pour le côté ... Parce que des fois nous avons des gros groupes donc la raison principale reste la sécurité. Du coup on coanime avec infirmiers et aides-soignants. Ce n'est pas un soignant fixe sur les ateliers parce que mes collègues infirmiers et aides-soignants sont en 12 heures donc forcément ils ne sont pas toujours là, avec les nuits et les week-ends cela varie pas mal.

Moi : Est-ce que vous accompagnez les patients dans la reprise de l'autonomie ? Vous parlez tout à l'heure pour évaluer, vous faites parfois l'atelier cuisine mais est-ce que vous faites d'autres choses pour les accompagner dans cette reprise de l'autonomie.

EB : Alors il y a des choses, des actions qui sont menés pour certains. Mais ce n'est pas moi qui les faits. Par exemple, nous avons beaucoup de patient qui arrivent qui sont incuriques. C'est plutôt gérer par mes collègues infirmiers ou aides-soignants. Parce que nous en fait quand on arrive et qu'on prend notre travail, il est déjà 9h30 donc souvent l'étape habillage, douche ...est avant. Après on y contribue quand même avec des petites actions dans la journée. Quand on les a sur nos ateliers ...pour tout ce qui est objectifs de reprise en termes d'autonomie surtout le côté hygiène il y a les collègues qui agissent tous les jours quand ils font le tour des chambres pour donner les traitements. Et du coup, ils peuvent stimuler à la toilette. Il y a aussi le week-end des ateliers esthétiques. Ce sont des ateliers qui sont gérés par mes collègues infirmiers. Nous avons des collègues qui travaillent sur la coiffure avec des patients. Donc voilà, il y a des actions mais ce n'est pas moi qui les faits.

Moi : Dans les autres ... là c'était plus l'autonomie dans les soins personnels mais dans les autres domaines comme par exemple dans les activités vous Comment ça se passe ?

EB : Alors, je laisse une partie du choix aux patients parce qu'il y a une composante qui est très importante c'est la motivation. Si on leur donne, si on leur impose une activité qui ne les motive pas du tout même si c'est la plus adapté on n'arrivera pas à en tirer grand-chose. Donc moi j'essaye de travailler sur l'aspect motivation. Et bien sûr on indice et on les guide vers des activités qui seront plus en fonction de leurs capacités. Donc après on ne fait pas de réels bilans pour évaluer les capacités par contre on évalue, on réadapte, on rend possible l'activité. Pour ceux qui sont en difficultés on va essayer de trouver des petites adaptations pour qu'ils y arrivent... On essaye de pas mettre les gens en échec, on travaille plutôt avec la motivation et le côté positif en fait. Comme en remédiation en fait, on ne les met pas en échec.

Moi : Et du coup la remédiation cognitive vous la faite en coanimation ?

EB : Non comme c'est en individuel je le fais toute seule. C'est des patients que je vois en individuel donc après je suis toute seule avec

Moi : Et concernant les patients, j'ai oublié tout à l'heure, vous avez une population jeune, âgée, entre les 2 ?

EB : C'est fluctuant. Nous l'accueil de l'UHSA a pour vocation d'accueillir des hommes, des femmes et des mineurs. Des mineurs ont en a. Souvent ils ont au moins 16 ans.

Moi : Vous en avez souvent ?

EB : Pas trop. Il y en a quand même peu parce que finalement en détention ils ont pas mal de personnel pour les mineurs, il y a quand même tout un tas de personne qui gravite autour des mineurs. Ils ont des éducateurs. Ils ont pleins de trucs en détention. On en a qui arrive mais peu. Par contre, quand ils arrivent souvent ils ne sont pas bien. On en a eu quelques-uns où ça a été compliqué et assez long la prise en charge mais finalement on en a peu. Nous avons deux unités. Sur une unité, elle est plutôt à vocation à accueillir les patients décompensés, avec des cliniques plutôt bruyantes et vraiment plus décompensés. Et l'autre unité a vocation à accueillir ... on a qu'une unité où on a la dérogation pour accueillir les hommes, les femmes et les mineurs parce qu'en théorie en détention ils n'ont pas le droit de se croiser tous ces gens-là. Ils sont séparés, ils ont des quartiers différents. Les UHSA ont du personnel hospitaliers 24h sur 24h donc on a une dérogation. Donc nous avons des

patients qui sont mélangés. Des femmes on en a moins que des hommes car il y a une part moins importante dans la population. Après c'est fluctuant, parfois on en a pas du tout et on a des périodes où la moitié du service sont des femmes. C'est en fonction des demandes. Sinon parfois nous avons moitié jeune c'est-à-dire moins de 40 ans et moitié plus vieux. On a parfois des gens qui sont pas mal âgés. Comme on a des gens qui sont très jeunes. C'est assez variable.

Moi : Comment l'enfermement impacte et influe les symptômes des patients ? Quand je parle d'enfermement je parle entre les murs, physique et psychique aussi.

EB : Alors

Moi : Est-ce que vous voyez un impact sur les personnes en UHSA ?

EB : On parle de l'enfermement dû à la détention

Moi : Oui lié à la détention. L'enfermement à l'UHSA. Vous voulez que je reformule ?

EB : Ça dépend ce que vous attendez de l'enfermement à l'UHSA. C'est-à-dire ?

Moi : L'UHSA a un aspect carcéral même si un hôpital donc comment cet enfermement il influe et impact sur les patients ?

EB : Alors souvent les patients se trouvent mieux dans nos murs qu'en détention. Pour pleins de raisons. Ce n'est pas parce que ... Même si cela reste un enfermement, c'est sûr, ils ont conscience qu'ici ils ne peuvent pas sortir. Ils voient du personnel pénitentiaire mais de plus loin. Il y a quand même tout l'aspect ... il y a 2 unités de soins où les surveillants ne rentrent pas. Vous êtes en stage où vous ?

EB : Oui donc à C c'est encore différent. Je ne l'ai pas visité mais le service d'ergo n'est pas dans la salle de soin.

Moi : Si justement, elle a une salle dans chaque unité en fait.

EB : Ah donc c'est comme chez nous. Chez nous l'unité... les salles sont dans les unités. Que ce soit sport ou ergo. Donc, les patients voient moins les surveillants. Que pour l'aspect vie carcéral : courriers, cantines, linge ... Tout ce que nous on ne gère pas, ce qui ne dépend pas de l'hôpital. Après l'enfermement en détention a un fort impact sur nos patients. L'essor des symptômes pour certains. Il y a beaucoup de patient qui ont des symptômes plutôt paranos parce qu'il y a pleins de choses qui sont faits pour éveiller ça en fait. Alors après

faire la part du réel et du délirant parfois c'est un peu difficile. Et puis l'enfermement souvent ce n'est pas terrible pour nos patients psychotiques. Certains ça leurs va le cadre mais d'autres cela fait complètement flamber les symptômes. Après cela accentue ... on a des patients où l'enfermement provoque plutôt des aspects dépressifs. C'est assez délétère au niveau des symptômes.

Moi : Est-ce que vous avez remarqué des conséquences sur l'image de soi qu'ils ont ou sur les relations avec les autres ?

EB : Oui. Alors nous c'est un objectif qu'il est très récurrent de travailler c'est tout ce qui est relationnel avec les patients, les interactions. Le dixiludo en fait bien parti. On fait l'atelier cuisine. Je me suis retrouvée à manger avec un monsieur un jour, qui était en maison centrales depuis je ne sais plus combien d'années mais cela se compte en plusieurs dizaines, et qui m'a dit c'est la première fois où je m'assois à table depuis longtemps. Une table avec des assiettes, des serviettes... Il n'avait pas manger comme ça à table avec des gens depuis des dizaines d'années. Donc il y a l'aspect socialisation finalement qui est vachement mis à mal. Il y a un effet de dépersonnalisation auprès de nos patients parce qu'en détention ils ont un nombre, ils sont un numéro. Ils ont un numéro d'écrou. Ils sont appelés ... personne les appelle monsieur ou madame. Chez nous cela leur fait bizarre quand on les appelle monsieur ou madame. Voilà ... les relations classiques c'est voilà ... Les interactions, la dépersonnalisation c'est quand même quelque chose que l'on rencontre assez fréquemment. Les patients qui sont complètement isolés, qui restent dans leurs chambres, qui dorment pour oublier c'est des comportements qu'on voit beaucoup.

Moi : Oui, la notion d'espace et de temps est changé en fait

EB : Ah oui oui oui. On a des patients qui ont des rythmes complètement inversés, le sommeil, jour, nuit, manger ... Voilà c'est des choses qui ne sont pas tout à fait ce qu'on a l'habitude. Les clés et les portes ils ne savent plus. On leurs laisse plus beaucoup de choix en détention, ils n'ont plus le loisir de choisir beaucoup de chose.

Moi : Et du coup pour vous sur quoi ils peuvent choisir en UHSA ? Quelles sont les possibilités pour les patients de faire leurs choix, de décider pour eux ?

EB : Je ne sais pas ... Ils ont des choix dans leur quotidien quand même. Alors on essaye de travailler en collaboration avec nos patients pour arriver à de meilleurs résultats. Après il y a des choses qui leur sont imposés. Cela dépend de leurs raisons d'hospitalisation. S'ils

sont en soins libres ou en soins sous contrainte. Nous avons des patients qui viennent en soins libres. En théorie en SDRE, ils prennent leurs traitements, ils n'ont pas trop le choix mais bon en soins libres ils ont plus le choix. Mais comme le travail est fait en collaboration avec le médecin on essaye d'avoir une adhésion du patient dans sa prise en charge. Si l'adhésion est bonne, ils ne sont pas forcés. Après nous on travaille pas mal... ils ont des parloirs chez nous, ils ont quand même des choses dans la journée. Ils ont des moments de libre dans la journée où ils peuvent choisir ce qu'ils font. On ne leur impose pas un planning ferme et rigide, ils ont des moments où des fois les après-midis où ils peuvent faire ce qu'ils veulent. Je leur laisse un minimum de choix aussi dans leurs prises en charge. Je ne les contraints pas. Je fais un planning avec eux des activités. Et c'est déjà arrivé que des patients reprennent leurs plannings avec plus ou moins de séance. Ils peuvent modifier certaines médiations et on le fait ensemble.

Moi : Vous les voyez en moyenne une fois par semaine les patients ou plus ?

EB : Plus. 2 ou 3 fois. Après il y a des patients qui demandent qu'une séance dans la semaine donc si j'arrive à avoir leurs adhésions que pour une séance et bien c'est que pour une

Moi : D'accord. Et les séances durent combien de temps environs ?

EB : Les séances de 45 minutes chez nous

Moi : J'ai fait le tour de toutes mes questions, est ce que vous voulez rajoutez quelques choses ?

EB : Vous ne m'avez pas dit l'intitulé exacte de votre mémoire

Moi : Comment l'ergothérapeute accompagne, au sein d'une UHSA, le détenu dans la reprise de l'autonomie en lien avec l'enfermement ?

EB : D'accord.

Entretien avec l'ergothérapeute C

Moi : Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ?

EC : Je suis ergothérapeute depuis 2010. Et je travaille à l'UHSA depuis son ouverture c'est-à-dire depuis maintenant 1 an. Les premiers patients ont été accueillis en février 2018.

Moi : D'accord. Du coup avant de commencer à l'UHSA, vous avez travaillé où ?

EC : Avant de travailler à l'UHSA, j'étais pas du tout dans le domaine de la psychiatrie. J'ai travaillé en SSR gériatrique pendant 4-5 ans et j'ai également travaillé dans un hôpital de jour de MPR qui faisait du suivi au long court de patient pour de la réadaptation, de l'orientation.

Moi : Donc c'est votre première expérience en psychiatrie et milieu carcéral du coup.

EC : Exactement

Moi : Est-ce que vous parlez de la particularité d'une UHSA par rapport à une unité psychiatrique dite classique bien que vous n'avez jamais travaillé en psychiatrie avant ?

EC : Alors moi j'aurais tendance à dire qu'il y a plusieurs choses. D'une part, il a effectivement le lien avec le carcéral donc des contraintes auxquelles on est obligé de s'adapter. Les patients eux même sont confrontés à certaines contraintes par rapport aux parloirs, aux cantines, ce qu'ils peuvent commander ou pas, du coup le lien avec les familles et autres. Après ce que je dirais qui est particulier, c'est que du coup, nous dans les ateliers il y a quand même une vigilance particulière en termes de matériel. On est quand même un peu limité et du coup les travaux qui peuvent être réalisés en ergothérapie, ils ne peuvent pas être intégrés en chambre aussi facilement je pense que dans le conventionnel. Du coup il y a une petite limite par rapport à ça. Après les objets et la valeur des objets est un petit peu modifiée. Et même, nous la politique à l'UHSA c'est au cas par cas au fait qu'ils puissent récupérer leurs objets ou pas. Mais dans tous les cas enfin le plus souvent on attend la sortie quand même selon le type d'objet. Ils les emmènent avec eux à la sortie et à ce moment-là c'est la détention qui décidera s'ils peuvent le garder en cellule ou s'ils doivent le laisser aux vestiaires. Je pense que, bon il y a des services comme ça mais les UHSA en tout cas le mien, on accueille des cas assez lourds je trouve. On a un condensé en tout cas de pathologies assez lourdes. On a beaucoup de schizophrénies relativement graves. Je pense que c'est moins homogène en termes de degré de pathologie qu'une unité plus standard. Après j'imagine que

dans les unités fermées c'est aussi très lourd mais voilà. Je pense que le profil des patients doit être un petit peu différent, enfin c'est ce que j'imagine.

Moi : D'accord. Quand vous dites les pathologies un peu plus lourdes c'est dans le sens où les personnes ont des symptômes plus graves ?

EC : Oui je pense. La symptomatologie est plus grave. Et potentiellement aussi des pathologies plus anciennes. On a un certain nombre de profil comme ça où les pathologies sont anciennes et sont un peu enkystées en fait parce qu'il y a eu une absence de traitements précoces finalement. C'est une population qui est relativement fragile, isolée. Est-ce que c'est lié à notre ville je ne sais pas. Mais en tout cas c'est vrai, nous avons un certain nombre de profil où la pathologie n'a pas été décelée à temps. Et qui du coup aboutit à un passage à l'acte qui a donné lieu à l'incarcération.

Moi : D'accord. Est-ce que vous avez beaucoup de patients qui reviennent plusieurs fois à l'UHSA ?

EC : Alors oui. En fait on a la possibilité de faire du séquentiel. On a donc des patients qui reviennent en séquentiel donc c'est programmé. Ça c'est plutôt positif cela permet de maintenir une stabilité et faire un accompagnement plutôt au long court. Et après on a quand même des patients oui qu'on renvoi en détention où il n'y a pas de retour programmé en séquentiel mais qu'on doute qui reviendront et effectivement reviennent suite à des complications psychiatriques.

Moi : Quel est l'âge moyen de vos patients ? Avez-vous des mineurs ?

EC : Alors la plupart des patients ont entre 20 et 30 ans, c'est la moyenne en général. Après, nous avons eu quelques mineurs mais cela n'a pas été des prises en charge très longues. C'est assez marginal comme prise en charge.

Moi : Vous avez beaucoup de patient dans l'UHSA ?

EC : Actuellement, l'UHSA compte 3 unités mais seulement 2 sont ouvertes. La troisième tarde à ouvrir pour cause de recrutement. Et dans chaque unité, il y a 18 patients au maximum. Enfin 20 en théorie mais dans la pratique liée aux chambres doubles, nous en avons que 18.

Moi : Est-ce que vous avez un système de placement en unité selon leurs cliniques ?

EC : Non, les unités sont identiques. Enfin il y a des influences médicales qui font que les médecins choisissent leurs patients. Mais en théorie elles sont identiques et il n'y a pas de palier. Donc une fois que le patient est accueilli dans une unité parce qu'il y a de la place ou parce que les médecins ont sélectionné le dossier. Il y reste et en général quand ils reviennent ils vont dans la même unité.

Moi : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler et me décrire votre travail d'ergothérapeute au sein de l'UHSA ?

EC : Alors ... Comme je te l'ai dit la psychiatrie est un peu nouveau pour moi donc je suis encore en train de prendre mes marques. Mon idée générale c'est de vraiment composer un accompagnement alternatif aux entretiens médicaux et psycho. On a aussi une mission attribuée par les chefs de services en termes d'activités de groupe. Alors ce n'est pas forcément moi qui les anime à chaque fois mais en tout cas on est un peu considéré comme moteurs, la psychomotricienne et moi, pour accompagner les équipes dans la mise en place d'activité de groupe. Donc il y a un travail qui est fait là-dessus. Et après concrètement dans mes séances je vais essayer de fixer des objectifs un peu individuels en fonction du profil du patient aussi de la conscience qu'il a de sa pathologie et de sa problématique et de créer un accompagnement. Alors c'est vrai que la détention apporte un contexte de vie particulier donc le travail sur l'autonomisation est à moindre échelle je pense. Il faut essayer de remettre de mouvement chez des patients qui ont par le fait carcéral sont relativement passifs et dépendants d'un tiers à longueur de temps donc essayer de remettre un petit peu de l'initiative et de l'autonomisation.

Moi : Et du coup comment faites-vous pour redonner de l'autonomie ?

EC : Alors ... Moi je ne travaille pas tant que ça sur le quotidien. L'idée c'est d'essayer de l'autonomiser par rapport aux horaires des RDV. J'essaye un petit peu de les responsabiliser par rapport à ça. Et après autonomiser dans l'atelier donc la prise de repères, prise d'initiative dans les mouvements dans l'intégration de l'atelier. Et après dans les activités qui vont réaliser. Essayer de pousser vers la prise de choix, la réflexion, bon après en travaillant un petit peu sur les fonctions supérieures aussi. L'élaboration des étapes, du travail qu'ils vont entreprendre. De leurs redonner un petit peu de l'envie, de recréer du mouvement psychique et physique.

Moi : Vous avez parlé des activités en groupes, vous avez des ateliers spécifiques ? Que vous avez mis en place ?

EC : Que moi j'anime ?

Moi : Oui

EC : Moi actuellement, j'anime, je participe aux activités sport. Qui sont 3 fois par semaine. Il y a une fois par Week end où je ne suis pas présente mais sinon en semaine je suis présente. Soit moi soit la psychomotricienne.

Moi : C'est vous qui menez cette activité ou vous avez aussi un prof APA ?

EC : Pas pleinement. On est en coanimation avec mes infirmiers. Pour le sport, c'est une activité qui se fait avec les 2 unités. Et donc il y a un infirmier de chaque unité qui est présent et moi ou la psychomotricienne. Nous avons une activité jardinage sur laquelle j'interviens un petit peu selon leurs besoins et pour travailler sur l'élaboration de l'activité en tant que telle parce que le personnel n'est pas toujours habitué à l'utilisation d'activité thérapeutique. Du coup essayer de les accompagner sur qu'est-ce qu'un cadre, quel est l'intérêt d'une activité, quelles sont les indications à cette activité. Et après concrètement j'interviens en général le mercredi où je suis présente avec eux.

Moi : Et du coup quand vous faites des prises en charge individuelle vous faites quoi avec les patients ?

EC : Alors les prises en charge individuelles cela m'arrive en fonction du cas clinique. Souvent pour les patients plutôt en phase maniaque, qui ont besoin d'être canalisé, qui ont besoin d'une attention un peu plus proche. Et sinon le reste des prises charges c'est effectivement pour la majorité avec 2 à 3 patients qui travaillent sur leurs projets individuellement mais pour lesquelles la séance est en groupe.

Moi : Vous utilisez de la matière ?

EC : Oui on est plutôt sur des activités créatives effectivement. J'utilise pas mal la mosaïque, j'utilise beaucoup le carton et du coup la fabrication à base de carton pour faire toute chose. Et après oui tout ce qui est un peu graphique avec de la peinture, aquarelle. Et il y a de l'argile aussi.

Moi : Est-ce que vous évaluez les capacités et incapacités à travers des bilans ou des évaluations ?

EC : Non pas vraiment. C'est vrai que pour l'instant je n'ai pas trop axé là-dessus et du coup c'est plus de l'observation clinique.

Moi : Et vous utilisez des modèles conceptuels ?

EC : Je ne structure pas ma prise en charge en fonction d'un modèle après ... je pense que dans le fond notre regard est un peu formé et formaté par les modèles qu'on a pu travailler et auxquelles on s'identifie plus ou moins mais concrètement je ne structure pas mon analyse en fonction des modèles

Moi : Du coup vous travaillez en collaboration principalement avec les infirmiers ?

EC : Alors avec les infirmiers oui. C'est vrai qu'à l'UHSA nous avons un travail je trouve interprofessionnel qui est assez riche donc avec les infirmiers, la psychomotricienne, avec les psychologues aussi beaucoup. Les psychiatres sont très présents aussi et très intéressés par les prises en charge que l'on peut faire donc voilà. Après concrètement, le travail conjoint dans des moments auprès du patient oui c'est beaucoup les infirmiers et parfois psychomotricienne

Moi : D'accord. Comment vous pensez que l'enfermement impacte et influe sur les symptômes des patients ? Quand je parle d'enfermement c'est à l'UHSA entre les murs, physique et psychique par la maladie.

EC : A l'UHSA ?

Moi : Oui c'est ça. L'UHSA qui est un hôpital mais dans un contexte carcéral avec l'administration pénitentiaire et le reste.

EC : Moi ce que je peux observer c'est qu'il y a parfois une confusion entre le soignant et l'administration pénitentiaire. Donc là-dessus il y a un gros travail à faire et je pense que tout le monde a à cœur de marquer la différence. Mais c'est vrai que les patients au début surtout après ça se calme, les patients ont tendance à assimiler les 2 et du coup à utiliser le même langage qu'en détention. Et le fait qu'il y ait la pénitentiaire en périphérie, qu'ils ont quand même affaire à eux ne serait ce que pour les pécules, les cantines, les parloirs, pour les demandes de cet ordre-là. Des fois il peut avoir un flou et aussi quand il y a des agitations et que nous faisons appel à la pénitentiaire pour intervenir parce que l'agitation est trop importante du coup là aussi il y a aussi un peu un mélange des gens entre le sanitaire et le pénitentiaire. Donc il y a une certaine influence. Après ... Il y a aussi le fait que le lien avec les familles je pense est modifié. Pour nous par rapport à notre prise en charge parce que du coup nous n'avons pas le même rapport aux familles. Les assistantes sociales sont plus en lien avec les familles, les psychiatres également mais nous on travaille plutôt en interne. Du

coup, nous n'avons pas le lien avec l'entourage. Ce travail-là d'éducation de la famille, de prise d'information n'est pas forcément très faisable.

Moi : Est-ce que vous pensez que l'enfermement a des effets sur le comportement des patients ?

EC : Toujours à l'UHSA ?

Moi : Oui

EC : ... Bah en fait, je trouve que la difficulté par rapport à la question c'est qu'ils sont tellement habitués à l'enfermement en détention que l'enfermement à l'UHSA est quand même plus souple que l'enfermement en détention. Donc finalement cela fait plus une soupape. Après forcément, nous on voit qu'il y a un impact fort quand ... En fait le terrain de sport est à l'étage en plein air et avec des grilles qui donnent sur l'extérieur, sur la ville en fait. Sur le parking, il y a l'autoroute qui passe, en bas il y a un jardin d'un autre hôpital psychiatrique avec de la population. Et dès que l'on monte, il y a une grosse part des patients qui va directement regarder à travers les grilles la vie extérieures. Donc c'est bien qu'il y a un gros impact de l'enfermement sur eux et un manque d'extérieur, de grands espaces ouverts. Après l'enfermement à l'UHSA ... je ne saurais pas trop dire. En tout cas en parallèle à l'enfermement en détention. J'ai un peu l'impression que pour eux c'est assez similaire si ce n'est mieux.

Moi : D'accord, pour la plupart c'est mieux à l'UHSA

EA : Après, il y a quand même des moments de fermeture en chambre. Alors chaque UHSA a des horaires de fermetures différentes mais ici c'est relativement restreint par rapport aux autres UHSA, ils ont la nuit évidemment, le soir c'est à partir de 22h jusqu'à 7h le matin et après dans la journée ils ont $\frac{3}{4}$ d'heure d'enfermement en chambre de 13h30 à 14h15. Du coup, là c'est l'enfermement en chambre où ils sont vraiment dans un espace limité. Et ces moments-là peuvent avoir un effet anxiogène assez fort parfois selon les patients. Il y en a qui le verbalise et il y en a qui ont une recrudescence délirante dans ces moments de fermeture où ils vont avoir tendance à sonner, à taper, à crier, à appeler. Après cela reste assez marginal.

Moi : Et du coup, ils ont juste ces temps d'enfermement. Sinon ils peuvent rester dans l'unité comme ils le souhaitent ?

EC : C'est ouvert oui. Après il y a un extérieur, un patio où les horaires sont un peu plus restreints que l'horaire d'ouverture du service.

Moi : Et tout est au même niveau, les chambres et les espaces communs sont au même niveau ?

EC : Alors les unités oui. Dans chaque unité, les chambres et les espaces de vie sont au même niveau et après il y a des salles d'activités qui sont au deuxième étage, la salle de sport et une salle polyvalente où on peut faire des activités que l'on veut et une cuisine qui n'est pas encore aménagée mais qui à terme permettra de faire des ateliers cuisine. Et ainsi que les machines à laver. Donc eux ils ont accès aux machines à laver accompagné de soignant en fonction du tour (1 fois par semaine). Donc là ils sortent de l'unité. Pour les activités sports et certaines activités qui sont en salle mutualisée, ils sortent de l'unité sinon tout le reste se passe dans l'unité.

Moi : Donc leurs chambres sont ouvertes ?

EC : Donc la chambre est ouverte en dehors des temps de fermeture sinon le reste du temps elles sont ouvertes.

Moi : D'accord, c'est intéressant comme système. Actuellement, je suis en stage en UHSA et les chambres sont à l'étage donc ils n'ont pas accès aux chambres et ont plusieurs temps d'enfermement dans la journée.

EC : D'accord. Et le reste du temps, ils ne peuvent pas accéder à leurs chambres ?

Moi : Non, en fait ils plusieurs temps en service et en chambre étaler sur la journée. Les petits déjeuner et déjeuner sont en commun dans le réfectoire par exemple et ils ont des temps d'enfermement en chambre après le petit déjeuner, après le déjeuner et à partir de 18h30.

EC : D'accord. Du coup cela laisse le temps pour les soins en ergo et tout ça ?

Moi : Oui souvent les soins sont entre 10h30 et 12h et 14h30 jusqu'à 17h ou 18h.

EC : Donc cela laisse peu de temps ... Quand ils sont enfermés en chambre, il n'y a pas moyen de les prendre en charge ?

Moi : Non souvent ils se reposent en fait.

EC : D'accord. Après moi aussi j'ai relativement peu de temps. Pour les activités en général on a de 9h30 à 11h30, nous avons 2h le matin en gros et 2h l'après-midi.

Moi : Donc comme ils peuvent accéder comme ils le souhaite dans leurs chambres, au niveau de l'autonomie, ils peuvent plus faire ce qu'ils veulent.

EC : Oui après il y a un accompagnement qui est fait en général par les équipes aussi en globalité de gestion de la fatigue, de mouvement de retrait quand la surstimulation fait que cela créer de l'énerverment et après il y a un travail à l'inverse à faire de stimulation pour les patients qui ont tendance à rester dans leurs chambres. Parce qu'effectivement, il y en a qui reste toute la matinée dans leurs chambres et qui faut aller stimuler ++ pour qu'ils sortent et pour qu'ils viennent participer à la vie.

Moi : Et du coup l'enfermement aussi, il y a moins d'effet, ils ont du coup moins cet aspect d'enfermement à l'UHSA par l'ouverture des chambres.

EC : Oui, c'est vrai que du coup, en comparaison avec ce que tu relèves, cela leurs créer plus une autonomie de mouvement, d'initiative dans le groupe.

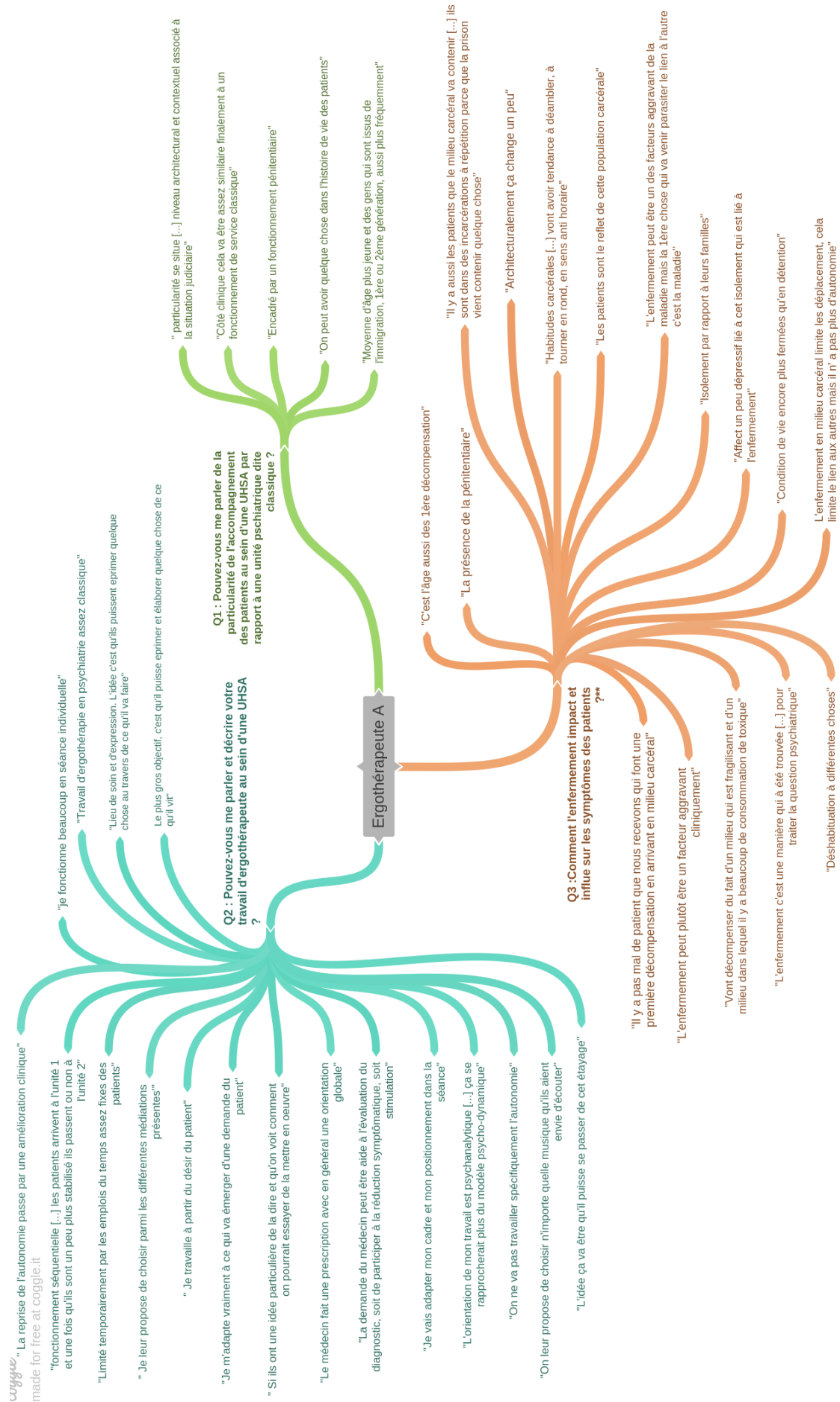
Moi : Est-ce que vous avez remarqué des conséquences de l'enfermement par rapport à l'image de soi qu'ils ont ?

EC : ... J'aurais tendance à dire par rapport au public que nous accueillons, ce qui influe le plus sur l'image de soi c'est quand même le passage à l'acte pour un grand nombre de cas avec une prise de conscience de la pathologie parfois. C'est quelque chose que l'on rencontre quand même qui du coup dans un moments de décompensation, ils sont passés à l'acte qui sont graves. Et qui maintenant, qui sont plus ou moins traité et que la crise commence à passer, ils se confrontent à une réalité difficile. Donc ça cela joue beaucoup sur l'image. Après je ne saurais pas dire si c'est l'enfermement en soit ou la population accueillie qui fait qu'on a quand même de l'incurie ou des patients qui d'un point de vue d'éducation à la santé, hygiène de vie sont quand même en difficulté. Je ne saurais pas faire la part des choses entre ce que la détention créée ou l'enfermement créé et ce qui est là au fond dans le profil et l'histoire de vie du patient et la catégorie socioculturelle et éducatif. On a quand même beaucoup beaucoup de patient qui ont un niveau scolaire très bas, un environnement familial très compliqué avec beaucoup de carences. Je fais le lien par rapport au soin qui s'apporte à eux même donc ce n'est pas forcément l'image de soi, c'est qu'une partie.

Moi : C'est donc plus en lien avec la clinique qu'avec l'enfermement

EC : Oui

Annexe IV : cartes conceptuelles de l'analyse longitudinale



1940

"On travaille autour du patient en fonction des prescriptions du médecin
"Après on y contribue quand même avec des petites actions dans la journée. Quand on les a sur nos ateliers"

"Beaucoup des ateliers de groupe"

"On voit avec eux ce qu'ils attendent"

"On définit avec eux un rythme de prise en charge"

"Objectifs d'évaluation d'autonomie de la personne quand on se pose des questions sur comment sera le quotidien des personnes"

"[concernant l'autonomie] Il y a des choses, actions qui sont menés pour certains mais c'est pas moi qui les fais."

"Je laisse une partie du choix aux patients parce qu'il y a une composante qui est très importante c'est la motivation"

"On indice et on les guide vers des activités qui seront plus en fonction de leurs capacités"

"Nous faisons des ateliers pour évaluer l'autonomie de la personne"

Q1 : Pouvez-vous me parler de la particularité de l'accompagnement des patients au sein d'une UHSA par rapport à une unité psychiatrique dite classique ?

"Par le fonctionnement d'unité"

"Prise en charge des détenus est différentes de par leur vécu, par le côté judiciaire"

"Les séances d'ergo viennent se caler dans cette trame qui finalement est rigide auxquelles on est obligé de tous se conformer"

"Il y a un impact de la détention sur les gens. Il y a un impact sur notre quotidien de prise en charge"

"Il suffit d'un petit élément qui change, qui les déstabilise, ils passent à l'acte et ils reviennent"

Q2 : Pouvez-vous me parler et décrire votre travail d'ergothérapeute au sein d'une UHSA ?

Ergothérapeute B

"Souvent les patients se trouvent mieux dans nos murs qu'en détention"

"L'enfermement a un fort impact sur nos patients. L'essor des symptômes pour certains"

"Beaucoup de patient ont des symptômes plutôt parano parce qu'il y a pleins de choses qui sont faits pour éveiller ça"

"L'enfermement provoque plutôt des aspects dépressifs. C'est assez délétère au niveau des symptômes"

"Un objectif qu'il est très récurrent de travailler c'est tout ce qui est relationnel avec les patients, les interactions"

"Il y a l'aspect socialisation finalement qui est vachement mis à mal. Il y a un effet de dépersonnalisation auprès de nos patients parce qu'en détention ils un nombre, ils sont un numéro"

"Les patients sont complètement isolés"

"Je leur laisse un minimum de choix dans leur prise en charge"

"On ne leur impose pas un planning ferme et rigide"

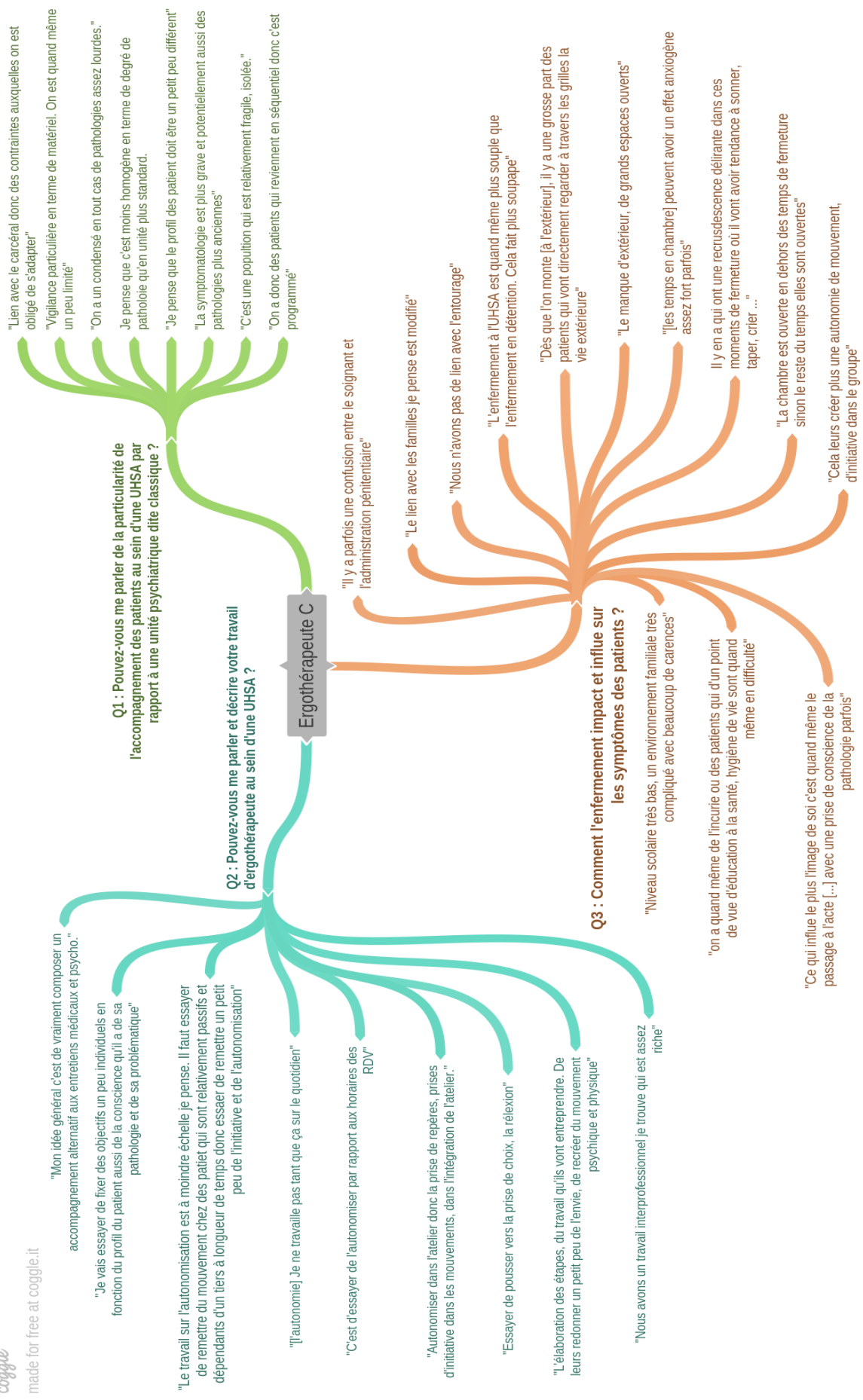
Q3 : Comment l'enfermement impact et influe sur les symptômes des patients ?

"L'enfermement souvent ce n'est pas terrible pour nos patients psychotiques. Certains ça leur va le cadre mais d'autres cela fait complètement flamber les symptômes"

"On leur laisse plus beaucoup de choix"

"Ont des rythmes complètement inversés"

"Je fais un planning avec eux des activités"



ABSTRACT Occupational therapy care in the recovery of autonomy for prisoners in U.H.S.A.

Introduction: The "U.H.S.A." (specially adapted hospital units) are recent structures where there has been little occupational therapy research. Imprisonment leads to occupational deprivation among prisoners. This study aimed to investigate occupational therapy practice in the recovery of patient autonomy in "U.H.S.A."

Method: Using a clinical and qualitative method, three occupational therapists working in "U.H.S.A." were interviewed during semi-structured discussions. Verbatim records were analysed regarding the theories of autonomy, of imprisonment and the KAWA model.

Results: The interviewed occupational therapists said that the "U.H.S.A." had a structure and a functioning different to from a standard unit. It was linked with the prison administration. Concerning the role of occupational therapy, it was a place of expression place where patients could express their emotions through different mediations. The recovery of autonomy revolved around mediation choices. Imprisonment had many consequences for the patients which are generally detrimental to them.

Conclusion: Despite its specificity in autonomy, occupational therapists work on the recovery of autonomy mainly through the choice of mediations and not with ADL. continuing to interview question the professionals to achieve data saturation would be relevant. Research perspectives may focus on the collaborating of nurses and occupational therapists within the "U.H.S.A".

Key words: occupational therapy – autonomy – imprisonment – prisoners – U.H.S.A. – psychiatry

RESUME L'accompagnement ergothérapique dans la reprise de l'autonomie des détenus en U.H.S.A.

Introduction : Les U.H.S.A. (unités hospitalières spécialement aménagées) sont des structures récentes où il y a eu peu de recherche en ergothérapie. L'enfermement carcéral entraîne une privation occupationnelle chez les détenus. Le but de cette étude est de questionner la pratique ergothérapique dans la reprise de l'autonomie des patients en U.H.S.A.

Méthode : En utilisant une méthode clinique et qualitative, trois ergothérapeutes exerçant en U.H.S.A. ont été interrogées suivant des entretiens semi-structurés. Les verbatims ont été analysés au regard des théories de l'autonomie, de l'enfermement et du modèle KAWA.

Résultats : Les ergothérapeutes interrogées disaient que l'U.H.S.A. avait une structure et un fonctionnement différent d'une unité classique en raison de la présence de l'administration pénitentiaire. Concernant le rôle de l'ergothérapie, c'était un lieu d'expression pour les patients pour qu'ils puissent exprimer leurs émotions à travers les différentes médiations. La reprise de l'autonomie est autour des choix de médiation. L'enfermement a des conséquences pour les patients qui sont généralement délétère pour eux.

Conclusion : Malgré sa spécificité dans l'autonomie, les ergothérapeutes travaillent la reprise de cette dernière principalement dans le choix des médiations et non dans les AVQ. Continuer d'interroger les professionnels pour atteindre le stade de saturation des données serait pertinent. Les perspectives de recherche peuvent être autour de la collaboration entre infirmiers et ergothérapeutes au sein des U.H.S.A.

Mots clés : ergothérapie– autonomie – enfermement – détenus – U.H.S.A. – psychiatrie