



HAL
open science

Ergothérapie et engagement occupationnel de personnes psychotiques en unité hospitalière spécialement aménagée

Soundes Boulabed

► **To cite this version:**

Soundes Boulabed. Ergothérapie et engagement occupationnel de personnes psychotiques en unité hospitalière spécialement aménagée. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03693955

HAL Id: dumas-03693955

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03693955v1>

Submitted on 13 Jun 2022

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

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



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

Soundes BOULABED

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation
à la recherche
23 mai 2022

Ergothérapie et Engagement Occupationnel
auprès de personnes souffrant de troubles
psychotiques en Unité Hospitalière
Spécialement Aménagée (U.H.S.A).

Sous la direction de Catheline BLANC, directrice de mémoire
et Laurence FOURNIER, référente professionnelle

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

Remerciements

« Il ne peut y avoir de plus grand don que celui de donner son temps et son énergie pour aider les autres sans rien attendre en retour. »

Nelson Mandela

Je remercie Catheline BLANC, ma directrice de mémoire, de m'avoir conseillée et accompagnée durant mon travail de recherche ainsi que pendant mes trois années de formation.

Je souhaite remercier également Laurence FOUNIER, ma référente professionnelle, pour le temps et les relectures qu'elle m'a consacré.

Merci également à mon groupe de mémoire, je n'oublierai jamais toutes ces heures passées à réfléchir ensemble à des formulations.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de m'avoir accompagnée durant ces trois années de formations en présentiel et à distance. Je vous remercie de toute l'énergie fournie, de tout votre temps et votre écoute accordée.

Je tiens également à remercier mes proches de m'avoir aidée, encouragée, guidée et soutenue durant mon travail de recherche, notamment ma mère à qui je dois tout.

Enfin, un grand merci à Lova, Ilihame et Manon pour avoir été là et pour m'avoir supporté ces trois années.

Merci à tous

Sommaire

1. Introduction.....	1
1.1 Émergence du thème.....	1
1.1.1 Contexte et point de rupture.....	1
1.2 Définition du thème.....	2
1.3 Définition des termes	2
1.2 La résonance du thème.....	5
1.3 La revue de littérature.....	6
1.3.1 Les champs disciplinaires et les bases de données.....	7
1.3.2 Équation de recherche.....	7
1.4 Analyse critique de la revue de littérature.....	8
1.4.1 L’ergothérapie en justice pénale et en santé mentale.....	9
1.4.2 Les occupations.....	10
1.4.3 L’engagement occupationnel.....	11
1.5 Problématisation pratique.....	14
1.6 Enquête exploratoire.....	14
1.6.1 Objectifs généraux et spécifiques.....	14
1.6.2 Population cible et site d’exploration.....	15
1.6.3 L’outil de recueil de donnée.....	15
1.6.4 Biais et stratégies d’atténuation.....	16
1.6.5 Déroulé de l’enquête exploratoire.....	16
1.6.6 Construction de l’outil de recueil de données.....	17
1.6.7 Traitement des données.....	17
1.7 Résultats de l’enquête exploratoire.....	18
1.7.1 L’ergothérapie en U.H.S.A est un soin avec des activités médiatisées.....	18
1.7.2 Les impacts des séances d’ergothérapie pour les personnes psychotiques.....	18

1.7.3 Les occupations et l'engagement occupationnel en U.H.S.A des personnes psychotiques sont variables.....	18
1.7.4 Problématisation pratique.....	19
1.8 Cadre conceptuel.....	20
1.8.1 Champs disciplinaires.....	20
1.8.2 Concepts et auteurs.....	20
1.8.3 L'engagement occupationnel.....	21
1.8.4 L'activité thérapeutique.....	22
1.8.5 Lien entre l'engagement occupationnel et l'activité thérapeutique.....	25
2 Matériel et méthode.....	26
2.1 Choix de la méthode de recherche.....	26
2.2 Population ciblée et site d'exploration.....	26
2.3 Choix de l'outil théorisé de recueil de données.....	27
2.3.1 L'outil théorisé de recueil de données.....	27
2.3.2 Biais et stratégies d'atténuation.....	28
2.4 Construction de l'outil théorisé de recueil des données.....	28
2.4.1 Cadre d'écoute.....	29
2.4.2 Profils types issues de la théorie.....	29
2.4.3 Guide d'entretien.....	29
2.4.4 Principes éthiques et réglementations obligatoires.....	30
2.5 Déroulement de la recherche.....	30
2.5.1 Test du dispositif de recherche.....	30
2.5.2 Passation des entretiens.....	30
2.6 Outil d'analyse des résultats.....	31
3 Résultats.....	31
3.1 Présentation des personnes interrogées.....	32
3.2 Commentaires initiaux et mise en lien des thèmes de l'entretien 1.....	32

3.3 Commentaires initiaux et mise en lien des thèmes de l'entretien 2.....	34
3.4 Analyse des thèmes de l'ensemble des cas.....	36
4. Discussion.....	40
4.1 Interprétation des résultats.....	40
4.2 Éléments de réponses à la question de recherche.....	42
4.3 Critique du dispositif de recherche.....	43
4.3.1 Biais et limites.....	43
4.4 Apports pour la pratique professionnelle et perspectives.....	43
Bibliographie.....	45
Sommaire des Annexes.....	48
Annexes.....	49
Résumé.....	93

Abréviations

A.M.U : Aix-Marseille Université

A.N.F.E : Association nationale française des ergothérapeutes

C.C.T.E : Le cadre conceptuel du groupe terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie

MOHO : Model of Human Occupation

PEOP : Person Environment Occupation Performance

S.M.P.R : Service médico-psychologique régional

U.H.S.A : Unité hospitalière spécialement aménagée

1. Introduction

1.1 Émergence du thème

1.1.1 Contexte et point de rupture

Lors de différents stages, j'ai été témoin d'actes agressifs et violents de patients souffrant de troubles psychiatriques. Ces actes étaient dirigés vers le personnel soignant ainsi que d'autres patients. Je me suis alors demandée : lors de situations de violences, est-ce que les sanctions auprès des patients sont-elles les mêmes que pour d'autres citoyens de la société ? Ainsi, quels parcours suivent les patients souffrant de troubles psychiatriques ayant commis des délits ou des crimes ?

En France, « Le taux de maladies psychiatriques est 20 fois plus élevé en prison que dans le reste de la population : dépression, anxiété, addiction et troubles psychotiques. » (1). Selon l'enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral de 2004, plus de la moitié des détenus souffre d'un ou plusieurs troubles anxieux. Un tiers des détenus présente également une dépendance (substances et/ou alcool) et 24% ont un trouble psychotique (2). Les troubles psychiatriques sont nombreux au sein du milieu carcéral.

Cependant, pour prendre en soin ces personnes souffrant de troubles psychiatriques en détention, il existe en France des services dédiés comme les S.M.P.R : Services Médico-Psychologiques Régionaux, créés en 1986 ainsi que des U.H.S.A : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées, créés suite à la loi de programmation et d'orientation de la justice du 9 septembre 2002 (3). Il existe également d'autres dispositifs. Au sein de ces services mis en place par le gouvernement, l'ergothérapie se développe de plus en plus au fil des années. En effet, l'ergothérapie, s'articulant autour du soin psychique et de la réhabilitation psycho-sociale, trouve une place en santé mentale. (4). Par ailleurs, l'offre de soins en psychiatrie reste encore « insuffisante dans les prisons françaises. » (5). Des questionnements me sont apparus : comment les interventions en ergothérapie sont menées dans les environnements carcéraux ? Ainsi, est-ce réalisable de pratiquer auprès de personnes psychotiques en détention ? Je me suis alors intéressée à la pratique de l'ergothérapie dans une structure telle que l'U.H.S.A auprès de personnes psychotiques.

Ainsi, une problématique professionnelle se pose : comment allier la pratique de l'ergothérapie en santé mentale avec des personnes psychotiques en U.H.S.A ? Cette problématique fait émerger le thème de la recherche qui est :

La place de l'ergothérapie auprès de personnes psychotiques en U.H.S.A.

1.2 Définition du thème

Pour définir les termes employés dans le thème de la recherche, les champs disciplinaires de la santé, de la psychologie, de la sociologie et du droit sont choisis. En effet, le droit fait référence à la justice pénale, l'accès aux soins dans les milieux pénitentiaires ainsi que les réglementations en U.H.S.A. De plus, le champ de la psychologie amène des connaissances sur les faits psychiques liés aux troubles psychotiques et le champ de la sociologie apporte une compréhension sociale du phénomène. Enfin, la santé est sélectionnée car le thème est axé sur l'ergothérapie (profession paramédicale) ainsi que la prise en soin et les interventions.

1.3 Définition des termes

- Troubles psychotiques

Le DSM-5 est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition, de l'Association Américaine de Psychiatrie (6). Il définit les troubles mentaux et psychiatriques dont les troubles psychotiques. Ce manuel, connu à l'international, est une référence dans le domaine de la psychiatrie. Selon le DSM-5, les troubles psychotiques sont définis par une anomalie dans un ou plusieurs de ces 5 domaines :

- Les idées délirantes,
- Les hallucinations,
- La pensée désorganisée (discours),
- Les symptômes négatifs,
- Les comportements anormaux (6).

Les idées délirantes se définissent comme « des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent. » (6). Elles peuvent être de divers thèmes comme : la persécution, l'érotomanie, le grandiose, le somatique, etc (6). De plus, il est parfois difficile « de faire la distinction entre une idée délirante et une croyance fortement ancrée ». (6).

Les hallucinations sont des « des expériences de type perceptif qui surviennent sans stimulus externe » (6). Elles sont « saisissantes et claires, avec la force et l'impact des perceptions normales, et elles ne sont pas sous le contrôle de la volonté » (6). Elles peuvent concerner différentes modalités sensorielles. Cependant, les hallucinations auditives sont les plus fréquentes (6). Pour être considérées comme des hallucinations, les perceptions doivent « survenir dans le contexte d'une conscience claire » (6). C'est-à-dire, les hallucinations pendant le sommeil ou le réveil sont considérées comme des expériences normales (6). Par ailleurs, certaines hallucinations peuvent faire partie « d'une expérience religieuse normale dans certains contextes culturels » (6).

La pensée désorganisée est observable à travers le discours de la personne (7). Cette dernière peut passer d'un sujet à un autre, répondre de manière indirecte aux questions posées ou bien parler de sujets non liés entre eux (6). De plus, le discours peut être tellement désorganisé qu'il est « pratiquement incompréhensible » pour autrui (6).

Les symptômes négatifs se définissent comme : « une expression émotionnelle diminuée » (7). La personne peut présenter une « réduction de l'expression émotionnelle du visage, du contact visuel, de l'intonation du discours (prosodie), des mouvements des mains, de la tête et du visage qui transmettent habituellement les accents émotionnels du discours » (6). Elle peut également manifester une avolition ou aboulie qui se traduisent par « une diminution de la motivation pour des activités auto initiées et dirigées vers un but. La personne peut rester assise pendant de longues périodes de temps et montrer peu d'intérêt pour la participation aux activités professionnelles ou sociales » (6). Cependant, d'autres symptômes négatifs peuvent être présents comme l'alogie (diminution de la production du discours), l'anhédonie (diminution des capacités à éprouver du plaisir à partir de stimuli positifs ou à se rappeler de plaisirs antérieurement éprouvés) et l'asociabilité (manque d'intérêt pour les interactions sociales) (6). Enfin, les comportements anormaux peuvent se manifester sous différentes formes, allant de la niaiserie puérile à une agitation imprévisible (6). Des complications peuvent être révélées « dans toute forme de comportement dirigé vers un but, conduisant à des difficultés à réaliser les activités » (6).

Ainsi, les troubles psychotiques non traités peuvent entraîner des difficultés dans la vie quotidienne des personnes (8). Ils impactent les relations sociales (isolement), l'entourage familial (détresse, non compréhension), l'estime de soi et augmentent l'exposition à certains risques pour la personne (addictions, pauvreté). Ces difficultés rencontrées amènent de la souffrance, de la dépression, à penser au suicide et à adopter des comportements risqués envers

les autres (8). Cependant, les risques peuvent être diminués, prévenus ou évités par une hospitalisation (8).

- L'ergothérapie en psychiatrie et en justice pénale

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (A.N.F.E) définit l'ergothérapie comme une profession exerçant dans divers champs : sanitaire, médico-social et social. L'objectif de l'ergothérapeute est « d'aider les personnes à mener une vie satisfaisante à travers des activités porteuses de sens pour elles, et qui seront le support de leur participation sociale » (9).

En psychiatrie, l'intervention ergothérapique s'articule autour du soin psychique. La prise en soin débute souvent durant une hospitalisation ou une phase aiguë. Ce sont alors les médiations thérapeutiques qui vont être le plus souvent utilisées pour le soin psychique (dessin, peinture, collage, argile...). Elles vont permettre l'expression de souffrances psychiques internes qui vont être extériorisées à travers un objet (4). Par la suite, l'intervention ergothérapique est plutôt axée sur de la réhabilitation psychosociale avec un travail sur l'autonomie et un retour à domicile (4). La réhabilitation psychosociale mobilise des activités de loisir, de productivité ou de soin personnel dans le but que la personne s'engage dans des activités significatives pour elle. De plus, des habiletés sociales peuvent être travaillées afin de retrouver des capacités relationnelles pour pouvoir s'insérer dans un groupe par exemple (4).

Selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes, l'ergothérapie, en justice pénale, est une profession exerçant aussi bien auprès des individus qu'avec les autres professionnels de santé et le personnel des établissements correctionnels (10). Les ergothérapeutes évaluent les habiletés, les forces, les valeurs ainsi que les difficultés des personnes afin de les aider par la suite à participer aux activités dont ils ont besoin (10). Ils aident les personnes à se fixer des objectifs réalistes à court et long terme. De plus, les ergothérapeutes réalisent de l'éducation avec l'enseignement d'habiletés professionnelles, sociales et pratiques au quotidien ainsi que des méthodes non pharmaceutiques pour faire face aux symptômes désagréables de la maladie (10). Ils aident les personnes à remplacer leurs activités néfastes (fumer, boire de l'alcool, etc.) par des activités significatives. Les ergothérapeutes travaillent aussi bien avec les personnes, qu'avec leur entourage (10). Enfin, ils prennent en compte la privation occupationnelle et tentent de faciliter la transition vers la communauté, en limitant les risques de récidives (10).

- Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (U.H.S.A)

Il existe en France, trois niveaux de soins psychiatriques en détention, depuis le plan d'action stratégique de 2010 (11).

Le 1er niveau concerne les soins ambulatoires incluant des activités ambulatoires au sein des établissements pénitentiaires.

Le 2ème niveau correspond à l'activité d'hospitalisation de jour au sein des services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R). Ce sont des unités de soins en santé mentale au sein des établissements pénitentiaires (12). À ce jour, il y a 26 S.M.P.R en France et sont rattachés à un établissement de santé. Ces services réalisent des diagnostics et des soins en détention. De plus, les S.M.P.R ont une mission « de coordination régionale et d'information auprès des unités sanitaires » (12) pour permettre une organisation au niveau régional des soins prodigués des personnes

Le 3ème niveau concerne les hospitalisations à temps complet avec et sans consentement, en milieu hospitalier au sein des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (U.H.S.A) (13). Ces unités sont des établissements publics de santé. Elles ont émergé suite à la loi de programmation et d'orientation de la justice en 2002 (13). Elles complètent les dispositifs de soins psychiatriques des S.M.P.R. Il en existe actuellement 9 en France (13). Elles accueillent « des hommes, des femmes et des mineurs sans principe pénitentiaire de séparation des détenues » (13). Il y a une collaboration entre l'équipe médicale et l'administration pénitentiaire. Toutefois, l'administration pénitentiaire n'est pas présente dans l'unité de soins sauf en cas de demande du personnel soignant (13).

1.2 La résonance du thème

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), au 1er janvier 2022, la population française était estimée à 67 813 396 personnes (14). Au 1er décembre 2021, les personnes écrouées détenues représentaient 69 992 personnes, selon le Ministère de la Justice (15). Ainsi, les personnes détenues représentent une infime part de la population française. Cependant, la société met en place des mesures considérables pour prendre en charge ces détenues. En effet, il existe des établissements pénitentiaires, des lois, des réformes, du personnel est mobilisé, des procédures de sécurités sont créées, etc. De plus, des services d'accès aux soins en détention sont mis en place. Ainsi, tous ces moyens représentent des enjeux socio-économiques importants.

Selon le Ministère de la Justice, l'Etat aurait dépensé « 3,3 milliard d'euros de budget pour l'administration pénitentiaire en 2021 » (16). A cela vient s'ajouter les dépenses de soins de santé des personnes détenues. Lors de la Commission du 26 juillet 2017, les dépenses de cette année-là ont été consignées dans un rapport par M. Lefèvre. Ce rapport précise que les dépenses de santé en milieu carcéral sont prises en charge par l'Assurance Maladie pour la part obligatoire et par l'administration pénitentiaire pour la part complémentaire (17). Il est également décrit que la dépense moyenne pour une personne écrouée détenue est en moyenne de 5 000€ par an. Ce montant s'expliquerait par « les surcoûts des dispositifs de prise en charge spécifiques avec l'hôpital en prison, l'hospitalisation dans des unités spécifiques sécurisées et dans des chambres d'hôpitaux sécurisées. » (17). Concernant les U.H.S.A, les investissements sont conséquents. En effet, il y a eu un programme d'investissement immobilier s'élevant à plus de 135 millions d'euros pour la construction de la première tranche d'U.H.S.A (18). A cela s'ajoutent près de 7 millions d'euros de frais de fonctionnement annuel par établissement.

Il y a également des enjeux conséquents en matière de santé mentale et psychologique. En effet, la grande majorité des détenus cumulent des troubles anxieux, dépressifs, psychotiques, bipolaires, etc. (19). Ainsi, les prisons françaises font face à des taux de suicide élevés (20). L'urgence est alors d'éviter les passages à l'acte et de permettre l'accès aux soins aux détenus. Selon l'association BAN PUBLIC, la « rupture familiale, la rupture amicale et le suicide interviennent dans les premiers temps de l'emprisonnement » (21). Ces enjeux de santé au sein des prisons ont amené une mutation du champ de la psychiatrie et de la santé mentale (22). Cependant, les interventions des ergothérapeutes en santé mentale ne sont « pas encore suffisamment identifiées dans les différentes structures. » (22). Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer auprès des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques. Ainsi, il est pertinent d'établir des connaissances de la pratique ergothérapique au sein des U.H.S.A qui sont peu nombreuses et peu connues.

1.3 La revue de littérature

La revue de littérature permet de faire un état des lieux des savoirs scientifiques sur le thème de cette recherche qui aborde la place de l'ergothérapie auprès des personnes psychotiques en U.H.S.A.

1.3.1 Les champs disciplinaire et les bases de données

Pour aborder le thème étudié, ce sont les champs disciplinaires précédemment choisis qui ont été sélectionnés : la psychologie, la sociologie, la santé et le droit. En effet le thème aborde l'ergothérapie dans un milieu sécurisé avec des personnes détenues, souffrant de troubles psychotiques.

Suite à l'identification des champs disciplinaires, des bases de données ont été désignées pour trouver des articles en lien avec le thème de la recherche. Les bases de données sélectionnées sont : Wiley Online Library, Cairn, Pubmed et SUMMON.

Wiley Online Library met à disposition des études en lien avec les sciences humaines et sociales ainsi que des études dans le domaine de la santé. Elle permet de faire des recherches avancées et propose des opérateurs booléens.

Cairn propose des revues, magazines et ouvrages relatifs à la sociologie, au droit, à la santé publique et à la psychologie. Cette base de données propose une recherche avancée, une aide à la recherche et est gratuite avec une connexion d'Aix-Marseille Université (A.M.U).

Pubmed est une base de données concernant la littérature biomédicale. Elle comprend des articles, des livres ainsi que des revues de sciences. Certains articles sont payants avec un accès restreint et d'autres sont accessibles gratuitement. Cependant, avec une connexion A.M.U, il est possible d'obtenir des articles. Cette base de données permet de faire des recherches avancées avec la possibilité de sélectionner des filtres.

Enfin, pour accéder à tous les champs disciplinaires sélectionnés, la base de données de SUMMON a été choisie. Elle donne un accès gratuit à des études, des articles et des revues avec une connexion d'Aix-Marseille Université (A.M.U). Elle permet d'appliquer de nombreux filtres et opérateurs booléens. Cette base de données permet d'obtenir des articles en ligne ainsi qu'avoir des versions papiers. Son interface est facile d'utilisation, ce qui facilite la recherche et permet d'avoir un large choix d'articles.

1.3.2 Équation de recherche

Suite à la sélection des bases de données, une équation de recherche est déterminée afin de faire un état des lieux des savoirs et des connaissances. Cette équation vise à obtenir des articles pertinents ciblant le thème étudié. Suite à de nombreux essais, une équation de recherche est trouvée :

Prison* ET ergothérap* (en français)

Forensic AND occupational therap* (en anglais).

Les mots-clés en anglais sont déterminés grâce à l’outil HeTOP qui permet d’obtenir les MeSH terms qui correspondent aux mots français.

Des critères d’inclusions et d’exclusions sont définis afin de retenir certains articles et en éliminer d’autres. Les critères d’inclusions sont : détenu, troubles psychotiques, hommes et femmes. Ces critères sélectionnés ciblent la population étudiée du thème. Les critères d’exclusions sont : addiction et drogues. Ces critères visent à supprimer les articles axés uniquement sur l’addiction. Les filtres sélectionnés sur toutes les bases de données sont les suivants : article de revue ou critique de la littérature. Les articles sélectionnés sont recensés dans le tableau des résultats des bases de données en annexe 1.

1.4 Analyse critique de la revue de littérature

Suite à la lecture des articles et des études sélectionnés, une synthèse en annexe 2 et une analyse des résultats est réalisée.

La revue de littérature comprend cinq articles extraits des bases de données précédemment sélectionnées. Un premier article est une critique de la littérature datant de 2015 réalisée à l’international. Quatre autres articles sont tirés des revues suivantes : BMC psychiatry, le Mental health Nursing, le Australian Occupational Therapy Journal et l’Occupational Therapy International. Parmi ces articles de revues, il y a deux études qualitatives, une étude mixte se déroulant aux Etats-Unis et une étude transversale/observationnelle. S’ajoutent également deux lectures opportunistes, dont un article d’opinion datant de 2019 et un livre de l’auteure Ann A. Wilckok, datant de 2006. Les trois sous-thématiques qui émanent de la revue de littérature sont l’ergothérapie en justice pénale et en santé mentale, les occupations ainsi que l’engagement occupationnel.

Selon Jaime P. Muñoz et al., une grande partie de la population carcérale mondiale est composée de personnes qui sont pauvres, vivent dans des logements insalubres, dans des quartiers défavorisés ou sont sans abri. Ils peuvent souffrir de violence domestique et de toxicomanie (23). Ses personnes présentent souvent des troubles de l’attention, sensoriels ou neurologiques, ainsi que des maladies mentales sévères et persistantes (23).

1.4.1 L'ergothérapie en justice pénale et en santé mentale

Selon Jaime P. Muñoz et al, les ergothérapeutes jouent un rôle important lorsqu'ils interviennent au sein du système de justice pénal (23). L'ergothérapie cherche « à maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. » (23). Ainsi, selon Albuquerque S, Danielle Hitch, QK Hii , Ian Davey, Jaime P. Muñoz et al., les ergothérapeutes évaluent les besoins individuels et interviennent en proposant des activités significatives et significatives dans de tels environnements (23,24). De plus, ils proposent des interventions individualisées et adaptées afin d'habiliter les personnes à participer aux activités de la vie quotidienne, restaurer la santé et favoriser un changement social dans leur communauté (23,24).

Selon Albuquerque S, Danielle Hitch, QK Hii , Ian Davey, Jaime P. Muñoz et al., les ergothérapeutes ont lutté afin de définir leur rôle et d'établir des lignes directrices de leur pratique ergothérapique au sein du système de justice pénal (23,25). Les ergothérapeutes sont devenus des membres à part entière des équipes pluridisciplinaires, dans des milieux de détention tels que les prisons, les unités hospitalières de soins aménagés (U.H.S.A) et les services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R). Ainsi, les interventions en ergothérapie se réalisent grâce au partenariat avec les acteurs de la communauté, les pouvoirs associatifs/publics et les entreprises. Les personnes prises en soin sont remises au centre de leur projet de vie afin de faire émerger et de trouver des solutions durables (23–25).

Selon Jaime P. Muñoz et al, 37,5% des ergothérapeutes participant à l'étude, n'utilisent pas de modèle conceptuel dans leur pratique (23). Pour les ergothérapeutes utilisant des modèles, ce sont les modèles tels que le Model of Human Occupation (MOHO), le Person Environment Occupation Performance (PEOP) et Person Environment Occupation (PEO), le modèle Kawa ainsi que d'autres modèles qui sont utilisés (les modèles d'écologie de la performance humaine (EHP), l'intégration sensorielle, etc) (23). Danielle Hitch, QK Hii et Ian Davey complètent ces informations en décrivant que les ergothérapeutes participants utilisent dans leur pratique des outils spécifiques d'évaluation tirés de modèles conceptuels, tels que le AMPS (l'évaluation des compétences motrices et de processus) ou bien le MOHOST (25). De plus, les ergothérapeutes indiquent ne pas avoir la nécessité de créer des outils spécifiques répondant à l'environnement de la détention car ils peuvent utiliser les outils existants. L'utilisation d'outils existants permet selon les ergothérapeutes de faciliter la continuité des informations dans le parcours de soins des personnes dans d'autres services (25).

Les approches de soins et les interventions en ergothérapie sont variées et émergent de différentes croyances professionnelles, selon Danielle Hitch, QK Hii, Ian Davey et Padraic O' Flynn et al, (25).

Danielle Hitch, QK Hii et Ian Davey décrivent différentes interventions ainsi que leurs effets auprès des personnes (25). L'utilisation d'une approche de formation professionnelle, avec des modules tels que l'utilisation du téléphone et de la bibliothèque montre une amélioration de la capacité des personnes à participer à des activités de loisirs (25). L'utilisation d'un dispositif tel que la Wii Fit permet aux personnes de modifier positivement leurs attitudes vis-à-vis de l'exercice physique. De plus, la mise en place d'un projet artistique communautaire a permis aux personnes de percevoir les ateliers de manière positive. Or, le personnel a noté une amélioration de l'humeur et du sentiment d'accomplissement des personnes (25). Un programme d'ateliers protégés en ergothérapie, axé sur le développement de l'auto-responsabilité (hypothèse qu'une grande responsabilité personnelle réduit la récurrence) a montré une amélioration des compétences sociales des personnes (25). De plus, les partenariats avec d'autres organisations (telles que les prestataires de formation professionnelle et les programmes d'art) et l'intégration communautaire permettaient d'améliorer la participation des personnes (25).

Selon Padraic O' Flynn et al., une intervention psychosociale permet une amélioration de la qualité de vie des personnes dans les activités de la vie quotidienne significatives avec une amélioration des perceptions de contrôle et de maîtrise (26). Par ailleurs, selon Jaime P. Muñoz et al, malgré l'identification de certains résultats tels que de meilleures compétences en résolution de problème, de compétences de vie en communauté, de compétences de travail..., les personnes restent mal préparées à maintenir des occupations après leur libération (23).

Des questionnements ressortent. En effet, quelles sont les interventions réalisées par les ergothérapeutes dans les U.H.S.A auprès des personnes psychotiques en France ? Les ergothérapeutes basent-ils leur pratique sur des modèles et outils conceptuels ? Ainsi, comment fondent-ils leur pratique professionnelle ? Par ailleurs, quels sont les effets des interventions ergothérapeutiques sur la santé des personnes psychotiques ?

1.4.2 Les occupations

Selon Danielle Hitch, QK Hii et Ian Davey, l'engagement des personnes est centré dans des loisirs passif et de repos (25). Ces loisirs peuvent être spécifiques ou non des environnements

hospitaliers sécurisés. Christine Craik et al. complètent et précisent ces informations en décrivant des domaines d'occupations réalisés par les participants (27).

« L'environnement de la salle », c'est-à-dire la salle commune, permet aux personnes d'avoir une gamme d'occupations telle que rêvasser, boire du thé, fumer et écouter la radio (27). De plus, les personnes ont accès à d'autres activités telles que l'éducation, l'informatique, la musique, la pantomime, la gym, l'actualité, l'écriture créative et la rééducation au travail (comme le jardinage), l'encadrement et l'impression ainsi que des séances organisées d'ergothérapie (27).

Par ailleurs, les participants ont identifié que certaines occupations étaient inutiles ou enfantines (comme la poterie pour hommes adultes, peinture au doigt...) et que les occupations étaient ennuyeuses, manquaient de défis ou n'étaient pas au bon niveau (comme commencer les bases de la cuisine : faire bouillir un œuf,...) (27). Ainsi les personnes ne trouvaient pas d'occupations signifiantes, il étaient ennuyés, frustrés et aliénés sur le plan professionnel (27). Cependant, d'autres participants ont estimé que l'éventail des activités à leur disposition était plus large et plus réaliste lorsqu'ils étaient en prison (par exemple : des opportunités d'étudier pour obtenir des qualifications formelles,...) (27).

Néanmoins, les participants ont exprimé l'importance de la présence d'un calendrier d'activités pour permettre de structurer le temps. L'inactivité était considérée comme un facteur de mauvaise santé, ainsi les participants avaient besoin d'entretenir leur santé en étant actif et productif (27).

Des questionnements émergent. D'une part, quelles sont les occupations réalisées par les personnes psychotiques en U.H.S.A en France ? D'autre part, en quoi les personnes choisissent de réaliser une occupation plutôt qu'une autre ? En effet, qu'est-ce qui motive les personnes à participer à une occupation ? Par ailleurs, quels sont les facteurs facilitateurs ou obstacles à la réalisation d'une occupation en U.H.S.A ?

1.4.3 L'engagement occupationnel

Selon Danielle Hitch, QK Hii et Ian Davey, s'engager dans des activités qui sont personnellement signifiantes favorisent la santé et le bien-être (25). De même, l'engagement dans une activité signifiante apporte une contribution au domaine de la santé psychologique, de la qualité de vie et au domaine des relations sociales des personnes (25).

Dans les études de Danielle Hitch, QK Hii et Ian Davey, Christine Craik et al. et Ann Allart Wilcock, l'engagement occupationnel est décrit comme étant amélioré par certains facteurs

comme le choix, la nature de l'occupation significative, la compétence perçue, la valeur, le plaisir, la confiance, la liberté, la responsabilité, etc. (25).

Par ailleurs, selon Christine Craik et al., il y aurait trois principaux facteurs faisant obstacles à l'engagement dans des occupations significatives et agréables aux personnes en détention. Il y a la nature des occupations, les autres personnes détenues et le personnel. (27). Par exemple, les opportunités d'engagement peuvent être « éclipsées et limitées par la crainte que les personnes détenues présentent des comportements antisociaux (lésions corporelles, abus...) » (27). De plus, les procédures de sécurité limitent l'engagement social et occupationnel, incitant les personnes à abandonner leurs efforts pour s'engager (27). De plus, les études de Padraic O' Flynn et al., Christine Craik et al. définissent d'autres facteurs obstacles à l'engagement des personnes dans des occupations. L'environnement confiné d'un service d'hospitalisation sécurisé diminue les opportunités d'engagement des participants dans des activités significatives réduisant ainsi leur autonomie (26). Un autre facteur décrit par les participants concerne « des niveaux élevés de médicaments qui causaient de la somnolence et une mauvaise concentration » (27). Ainsi, les effets des traitements impactent l'implication des personnes dans les activités proposées et dans leur engagement occupationnel.

Des questionnements apparaissent. En effet, les personnes psychotiques en U.H.S.A parviennent-elles à s'engager dans des occupations ? Or, quels peuvent être les obstacles ou facilitateurs à leur engagement occupationnel ? Ainsi, les personnes trouvent-elles du sens aux occupations réalisées en U.H.S.A ?

Synthèse de la revue de littérature

La pratique de l'ergothérapie au sein du système de justice pénale et notamment en U.H.S.A est encore mal définie. Cependant, depuis le développement de cette pratique dans un tel environnement, l'importance de son rôle est mise en avant. Les ergothérapeutes deviennent des membres à part entière des équipes pluridisciplinaires. Ils proposent des interventions individualisées en évaluant les besoins des personnes et en proposant des activités signifiantes.

Plus de la moitié des ergothérapeutes expriment utiliser des modèles conceptuels tels que le MOHO, PEOP ou encore le modèle KAWA.

Les interventions proposées en ergothérapie sont de différentes natures : des interventions psychosociales, des formations professionnelles, l'utilisation de dispositifs comme la Wii Fit, des projets artistiques, des programmes d'auto-responsabilité ainsi que des partenariats avec des prestataires extérieurs. Ces interventions montrent des améliorations auprès des personnes comme une meilleure humeur, un sentiment d'accomplissement, de meilleures capacités sociales et de participation ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie. Cependant, les personnes restent mal préparées à maintenir des occupations après leur libération.

Les personnes détenues s'adonnent le plus souvent à des occupations passives telles que boire du thé, fumer et écouter la radio. Elles peuvent avoir accès à des activités comme l'informatique, la gym, etc, ou encore à des séances d'ergothérapie. Selon les personnes, les occupations sont perçues comme inutiles, ennuyeuses ou encore enfantines. Cependant, certains pensent que l'éventail des activités proposées est plus large en détention qu'à l'extérieur de la prison.

L'engagement dans des occupations et/ou activités favorisent le bien-être et la santé. De même, s'engager dans une activité signifiante améliore certains facteurs comme le choix, la responsabilité, la confiance, le plaisir, ect. Cependant, en détention il existe des obstacles à l'engagement occupationnel. Selon la nature de l'occupation, elle peut être plus ou moins réalisable. De plus, il y a des obstacles tels que : les traitements médicamenteux provoquant des somnolences et des difficultés de concentration, la présence des autres détenues ayant des comportements antisociaux, les procédures freinant les efforts d'engagement de certaines personnes ainsi que la présence du personnel.

1.5 Problématisation pratique

Cette revue de la littérature a permis de mettre en avant que les ergothérapeutes ont une place importante dans les U.H.S.A et l'importance d'être engagé dans des occupations significatives vectrices de santé, qui en milieu pénitentiaire est difficilement réalisable. Suite à la lecture des différents articles, de nombreuses questions surgissent. En effet, voici une synthèse de ces questionnements :

Quelles peuvent être les missions des ergothérapeutes dans les U.H.S.A en France ? Quelles sont les interventions proposées en ergothérapie auprès de personnes psychotiques ainsi que les objectifs thérapeutiques travaillés ? Est-ce que les ergothérapeutes en France s'inspirent de modèles conceptuels dans leur pratique ? Par ailleurs, quels sont les effets des interventions ergothérapeutiques auprès de personnes psychotiques ? Y a-t-il un impact sur la santé, le bien-être et/ou la qualité de vie de ces personnes ? De plus, quelles sont les occupations quotidiennes que peuvent avoir les personnes dans une U.H.S.A ? Quelles sont les activités mobilisant leur engagement ? Ainsi, peut-on identifier le concept d'engagement occupationnel pour des personnes psychotiques au sein des U.H.S.A ? Quels sont les facteurs facilitant ou obstacle à l'engagement des personnes dans des occupations et/ou activités ? De par le contexte de détention, y a-t-il la présence des concepts de privation et d'injustice occupationnelle ? Cependant, est-ce que les ergothérapeutes connaissent ces concepts ?

1.6 Enquête exploratoire

L'enquête exploratoire va permettre de confronter les savoirs obtenus dans la revue de littérature avec la pratique quotidienne des ergothérapeutes.

1.6.1 Objectifs généraux et spécifiques

L'objectif général de cette enquête exploratoire est de confronter l'état des lieux de littérature à l'état des lieux des pratiques des ergothérapeutes. Les objectifs spécifiques sont d' :

- Identifier la nature des interventions réalisées en ergothérapie dans une U.H.S.A.
- Identifier si l'ergothérapie en milieu pénitentiaire est fondée sur des données probantes et/ou des modèles conceptuels

- Identifier les effets des interventions auprès des personnes psychotiques
- Identifier les occupations des personnes psychotiques en U.H.S.A.
- Identifier les sources de privation occupationnelle en U.H.S.A.
- Identifier la présence du concept de justice occupationnelle en U.H.S.A.

1.6.2 Population cible et site d'exploration

L'enquête exploratoire s'adresse aux ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (U.H.S.A). Ainsi, les participants doivent être des ergothérapeutes diplômés d'État. De plus, ils doivent avoir travaillé ou travailler actuellement auprès de personnes psychotiques en U.H.S.A pour correspondre à la recherche. Il est sélectionné des ergothérapeutes de toute la France. En effet, il existe peu d'U.H.S.A, ainsi il est pertinent d'élargir le nombre de participants. Les professionnels de santé n'ayant pas de diplôme d'État en ergothérapie ou n'ayant pas travaillé en U.H.S.A ne sont pas inclus. En effet, ils n'ont pas d'expérience dans la pratique ergothérapique dans une U.H.S.A. Suite à la définition des objectifs généraux et spécifiques, au choix de la population cible et du site d'exploration, un outil de recueil de données est sélectionné.

1.6.3 L'outil de recueil de donnée

L'observation n'a pas été choisie de par la spécificité du site d'exploration qui est un milieu pénitentiaire. Ainsi, un questionnaire en ligne a été choisi pour l'enquête exploratoire. En effet, il permet d'obtenir les réponses d'ergothérapeutes proches ou éloignées géographiquement ainsi que de respecter l'anonymat des répondants. Le temps de réponse est souvent inférieur à 45 minutes et incite plus facilement les ergothérapeutes à y consacrer un moment. De plus, les ergothérapeutes peuvent prendre le temps de réfléchir à ce qu'ils souhaitent dire et peuvent revenir sur leur réponse. Par ailleurs, le questionnaire présente des inconvénients. Il ne garantit pas la spontanéité des réponses par les ergothérapeutes. Il ne permet pas d'approfondir et de creuser les questions posées afin d'obtenir plus d'informations. Il nécessite un travail en amont d'élaboration et de formulation afin d'être compréhensible par tous. Enfin, le questionnaire nécessite un grand nombre de réponses pour que celles-ci soient exploitables. Cependant, le questionnaire est l'outil de recueil de données le plus pertinent pour réaliser cette enquête

exploratoire auprès d'ergothérapeutes de toute la France travaillant ou ayant travaillé en U.H.S.A avec des personnes psychotiques.

1.6.4 Biais et stratégies d'atténuation

Le questionnaire comprend certains biais qui peuvent être de différentes natures : des biais méthodologiques, cognitifs et de désirabilité sociale.

Les biais méthodologiques peuvent se traduire par un recueil insuffisant ou incomplet d'information, ne reflétant pas la réalité de la pratique ergothérapique. De plus, la non-cohérence du questionnaire ainsi qu'une mauvaise formulation des questions peut entraîner un comportement d'évitement ou de négligence par les ergothérapeutes face à des questions. Les moyens possibles pour atténuer ces biais sont d'élaborer le questionnaire en amont ainsi que de faire des relectures. Tester le questionnaire est également une stratégie pour pouvoir y ajouter par la suite des modifications.

Concernant les biais cognitifs possibles, ils peuvent se manifester chez tous les ergothérapeutes participants en fonction de leur l'attention, leurs capacités cognitives ainsi que leur raisonnement. La perception qu'à chaque répondant au questionnaire est différente. Ainsi, pour atténuer ces différents biais, le temps de passation du questionnaire doit être réduit avec des questions sélectionnées et ciblées sur une idée. De plus, le vocabulaire doit être simple, clair et adapté pour tous. La présence d'un fil conducteur ainsi qu'une cohérence dans l'enchaînement des questions permet d'être facilement lisible.

Enfin, le biais de désirabilité sociale qui se traduit par le comportement de se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé ou observé dans sa pratique (28), ne peut pas être atténué car il dépend des ergothérapeutes. Cependant, une solution peut être de rester objectif vis à vis de l'analyse des réponses obtenues par les répondants.

1.6.5 Déroulé de l'enquête exploratoire

Le déroulé de l'enquête exploratoire est le suivant :

- 1) Construction du questionnaire à travers une matrice de questionnement,
- 2) Valider le questionnaire par le directeur de mémoire et le référent professionnel,
- 3) Tester le questionnaire sur la population ciblée (ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé en U.H.S.A)

- 4) Revoir le questionnaire si besoin,
- 5) Faire valider le questionnaire modifié par le directeur de mémoire et le référent professionnel,
- 6) Envoyer le questionnaire à la population ciblée (autres personnes que les répondants au test),
- 7) Traiter les données obtenues : organisation d'une banque de données
- 8) Exploiter les résultats

1.6.6 Construction de l'outil de recueil de données

Pour construire le questionnaire, une matrice de questionnement en annexe 3 est réalisée afin de répondre aux objectifs spécifiques précédemment définis. Le questionnaire en ligne est construit à partir du site Google Forms® (cf annexe 4).

En description est présenté un résumé du travail de recherche ainsi qu'une demande d'accord pour l'utilisation des réponses recueillies. Suite à cela, une partie est dédiée à sélectionner uniquement des ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant actuellement en U.H.S.A avec des personnes psychotiques afin de correspondre à la population ciblée. Concernant la suite du questionnaire, les questions posées sont majoritairement ouvertes. En effet, elles laissent l'ergothérapeute répondre librement dans un paragraphe court ou long. Chacune des questions fait référence à une seule idée. La formulation des questions a été travaillée en amont afin qu'elle soit simple, claire et compréhensible par tous. Suite à la construction de l'outil de recueil de données, un test est réalisé afin d'améliorer le questionnaire notamment dans la formulation des questions et l'ordre de celles-ci. Le questionnaire définitif est envoyé par mail à des ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale. Leurs contacts ont été récupérés via l'institut de formation. Parallèlement à cela, le questionnaire est publié dans des groupes d'ergothérapie sur des réseaux sociaux.

1.6.7 Traitement des données

Les réponses au questionnaire en ligne sont stockées sur le Google Forms® et peuvent être automatiquement regroupées par le site dans un document Excel®. Les données recueillies sont de nature qualitative. Ainsi, une analyse thématique a été choisie afin de procéder « au repérage,

au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (29).

1.7 Résultats de l'enquête exploratoire

Le questionnaire a eu 2 réponses (cf annexe 5). Parmi ces deux réponses, une n'est pas exploitable car ce n'est pas un(e) ergothérapeute. Le seul répondant a donné son accord pour l'utilisation des données. Une analyse thématique est réalisée.

1.7.1 L'ergothérapie en U.H.S.A est un soin avec des activités médiatisées.

La principale mission rapportée par l'ergothérapeute est de proposer des soins médiatisés par une activité. Les activités sont souvent des activités créatrices. Les suivis sont décrits comme étant hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, en individuel ou en groupe (« proposer des soins en ergothérapie, médiatisés par l'activité. », « animer et co animer des activités thérapeutiques groupales », « suivis hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, en séances individuelle ou groupale autour d'un média (activité créative le plus souvent) »).

L'ergothérapeute exprime que les objectifs de ces interventions sont de favoriser l'expression des personnes, de les accompagner dans l'ancrage à la réalité et dans la temporalité, de les replacer en position d'acteur ou de décideur ainsi que de leur permettre un travail d'élaboration et de sollicitation de leurs fonctions cognitives (fonctions exécutives, travail mnésique, orientation temporelle...).

L'ergothérapeute dit ne pas utiliser de modèle conceptuel dans sa pratique.

1.7.2 Les impacts des séances d'ergothérapie pour les personnes psychotiques.

Selon l'ergothérapeute, les séances ont pour effet de créer un espace dans lequel le patient prend une place active. Il est soutenu dans ses initiatives, accompagné dans la réalisation d'un projet choisi et accompagné dans la pratique d'une activité qui lui procure du plaisir et le valorise. Il y a un effet sur le bien-être de la personne.

1.7.3 Les occupations et l'engagement occupationnel en U.H.S.A des personnes psychotiques sont variables.

Selon l'ergothérapeute, les principales occupations des personnes sont la peinture, le jardinage, la cuisine et écouter la musique. L'ergothérapeute exprime que l'engagement dans des

occupations est variable selon les personnes et que cet engagement est marqué dans les activités cuisine et écoute de musique (« très variable selon les patients, la cuisine et la musique restent des activités qui ont souvent l'unanimité »).

Concernant les facteurs personnels qui entravent l'accès aux occupations, selon l'ergothérapeute c'est la la symptomatologie psychiatrique des personnes qui perturbe le plus souvent leur profil occupationnel. Par ailleurs, selon l'ergothérapeute, l'environnement du milieu carcéral place la personne en grande dépendance vis à vis d'un tiers.

De plus, selon l'ergothérapeute, le retrait du milieu de vie ordinaire engendre une rupture occupationnelle. Les routines qui étaient facilitatrices dans le quotidien ne sont plus maintenues. L'isolement social et familial sont également des facteurs qui entravent l'occupation des personnes. L'ergothérapeute dit avoir permis aux personnes d'accéder à des occupations vectrices de santé.

Enfin, l'ergothérapeute exprime ne pas connaître le principe de justice occupationnelle et dit connaître le principe de privation occupationnelle.

1.7.4 Problématisation pratique

Les résultats obtenus du questionnaire en ligne soulève des questionnements. En effet, quelles sont les activités créatrices proposées en ergothérapie, en U.H.S.A, auprès des personnes souffrant de troubles psychotiques ? Est-ce les personnes peuvent choisir les activités auxquelles elles participent ? Or, les personnes psychotiques, considèrent-elles l'ergothérapie comme une occupation au sein d'une U.H.S.A ? Ainsi, quelle signification attribuent-elles à leur venue ? Quel sens ont les activités thérapeutiques pour elles ?

D'ailleurs, dans quelles mesures les personnes identifient-elles un effet sur leur santé lorsqu'elles participent aux activités thérapeutiques ? Qu'est-ce qu'apportent les activités proposées en ergothérapie aux personnes psychotiques, au sein d'une U.H.S.A ?

Par ailleurs, qu'est-ce que c'est que de s'engager pour une personne souffrant de troubles psychotiques ? Quels sont les éléments impactant l'engagement des personnes ? De plus, en quoi la symptomatologie psychiatrique impacte-t-elle l'engagement occupationnel des personnes ? Ainsi, comment l'occupation de venir en ergothérapie suscite-t-elle de l'engagement occupationnel de la part des personnes psychotiques en U.H.S.A ?

L'enquête exploratoire et les questionnements amènent une question initiale de recherche qui est :

Comment l'engagement occupationnel dans des activités thérapeutiques en ergothérapie contribue-t-il au bien-être des personnes psychotiques en U.H.S.A ?

1.8 Cadre conceptuel

1.8.1 Champs disciplinaires

Pour éclairer la question initiale de recherche, des champs disciplinaires sont sélectionnés afin de définir des concepts clés. Le champ disciplinaire des sciences de l'occupation a été choisi car la question porte sur l'ergothérapie, l'engagement occupationnel et l'occupation. La sociologie et la psychologie ont également été sélectionnées car le site d'exploration est celui des U.H.S.A qui sont des milieux spécifiques avec l'aspect médical, psychiatrique et pénitentiaire. De plus, la psychologie renvoie à la population ciblée qui sont les personnes psychotiques.

1.8.2 Concepts et auteurs

Les concepts qui ressortent de la question initiale de recherche en lien avec l'enquête exploratoire sont les concepts d'engagement occupationnel et d'activité thérapeutique.

Pour étudier le concept de l'engagement occupationnel, les auteurs choisis sont :

- Polatajko, H. et Al. avec l'ouvrage *Faciliter l'occupation: l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, écrit en 2008 (30),
- Kielhofner, G. avec son ouvrage *Model of Human Occupation*, écrit en 1985 (31),
- Marie-chantal Morel-Bracq, auteure de *Les modèles conceptuels en ergothérapie*, en 2017 (32).

Pour l'étude du concept d'activité thérapeutique, les auteures sélectionnés sont les suivants :

- Hélène Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie*, 2007 (33),

- Muriel Launois, créatrice du site *ergopsy.com*, ergothérapeute en psychiatrie (34).

1.8.3 L'engagement occupationnel

Les différents éléments du concept d'engagement occupationnel sont regroupés dans une matrice conceptuelle (cf annexe 6).

L'engagement occupationnel est un concept qui comprend les notions d'engagement et d'occupation. L'engagement est selon Pierre Reboul, un « acte de volonté dans le cadre d'une liberté » (35). La personne s'allie librement par « une parole, une promesse, un pacte, un serment, un contrat » (35). Selon Polatajko, s'engager représente « tout ce que nous faisons pour nous impliquer ou devenir occupé, participer » (30). C'est également le « sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (32). Ainsi, comment les personnes psychotiques en U.H.S.A se sont-elles engagées à venir en ergothérapie initialement ? Quelles étaient leurs motivations ?

L'occupation est définie comme un groupe d'activité et de tâches avec une hiérarchie (tâche-activité-occupation) (32). Selon le Cadre Conceptuel du groupe Terminologique du réseau Européen des écoles d'ergothérapie (CCTE), les occupations ont une valeur « personnelle et socioculturelle » et sont « le support de la participation à la société » (32). Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité ou loisir (32). Ainsi, les occupations recouvrent « toutes les activités humaines signifiantes et significatives de l'humain qui en a besoin pour pouvoir vivre et être en relation » (32). « Elles affectent donc la santé et le bien-être des personnes, donnent un cadre temporel et structurant, donnant un sens à la vie » (32). Par conséquent, quelle est la signification de l'occupation de venir en ergothérapie pour les personnes psychotiques, en U.H.S.A ? Quels sont les impacts de cette occupation sur la santé des personnes ? Et les activités thérapeutiques, ont-elles un sens également ?

Les individus s'engagent dans des occupations afin de « répondre à leurs besoins d'expression et de réalisation de soi » (32). Dans le livre, Les modèles conceptuels en ergothérapie de Marie-chantal Morel-bracq, l'engagement occupationnel est défini sous différentes formes par différentes personnes, modèles conceptuels ou organismes.

Le Cadre Conceptuel du groupe Terminologique du réseau Européen des écoles d'ergothérapie (CCTE) classe le concept d'engagement dans « le monde interne du faire de la personne, dans

la famille « énergie », qui comprend également la motivation et la volition » (32). Ainsi, qu'en est-il pour une personne souffrant de troubles psychotiques ?

Anne G. Fisher considère que « l'engagement dans l'occupation inclus à la fois le sens (meaning), c'est-à-dire la signification personnelle qu'une personne donne à l'occupation et qui est source de motivation pour agir, et l'intention qui renvoie aux buts personnels, aux raisons, objectif pour lesquelles une personne s'engage dans l'occupation et qui organise sa façon d'agir » (32). Ainsi, les deux notions de sens et d'intention sont « inextricablement inter relier et profondément inscrite individuellement dans tout engagement occupationnel » (32). Donc, quels peuvent être les motivations et le sens attribué aux activités thérapeutiques proposées en ergothérapie, pour des personnes psychotiques en U.H.S.A ?

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) ajoute que l'engagement dans l'activité prend en compte la participation autant psychologique que physique (32). Ainsi, comment observe-t-on qu'une personne psychotique est engagée dans une activité ? Quels éléments témoignent de l'engagement occupationnel ?

De plus, Zoé Garceau-Tremblay et al., explique que l'engagement occupationnel c'est « d'effectuer une activité, de son étape d'initiation jusqu'à son accomplissement [...] ce qui implique de se mettre en action et de se fixer des objectifs » (32).

Enfin, G. Kielhofner exprime que l'engagement occupationnel se manifeste « lorsque les clients s'investissent dans l'occupation [...] s'ouvrent à vivre des émotions nouvelles et différentes » (31) apportant du changement dans leur vie. Par conséquent, quels sont les impacts d'un engagement occupationnel pour des personnes psychotiques en U.H.S.A ?

1.8.4 L'activité thérapeutique

Les différents éléments du concept de l'activité thérapeutique sont regroupés dans une matrice conceptuelle (cf annexe 7).

Selon l'Ergothérapie en psychiatrie, les activités peuvent entraîner fatigue, usure, ou même être privées de sens (33). Depuis l'Antiquité l'activité a été reconnue et utilisée pour ses effets thérapeutiques ainsi l'histoire du soin par l'activité est ancienne.

Au cours de son histoire à l'hôpital, l'utilisation de l'activité a connu des orientations très diverses :

- visée d'occupation humanisante ou de mise à l'écart,
- visée de travail souvent punitif,
- visée rééducative et réadaptative,

- visée thérapeutique.

La visée thérapeutique prend forme en France depuis la naissance de la psychiatrie, au début du XIX^{ème} siècle, sous l'impulsion de P. Pinel (33). A ce moment-là, les effets bénéfiques d'une activité mesurée sur le plan somatique avec un retentissement sur les plans intellectuels et psychiques ont été constatés (33).

Au fil des années, différents auteurs abordent l'activité en psychiatrie. C'est en 1809 que P. Pinel promeut l'activité mesurée aux possibilités de chacun. Il exprime que « dérivant les ennuis, l'activité permet une meilleure irrigation du cerveau, un mouvement récréatif ou un travail pénible arrête les divagations insensées des aliénés, prévient les congestions de la tête, la circulation plus uniforme et prépare un sommeil tranquille » (33). F. Tosquelles, psychiatre et psychanalyste, s'appuie sur l'ensemble des expériences de ses prédécesseurs pour centrer les effets thérapeutiques de l'activité dans les enjeux de relations interhumaines, soutenant le travail et le langage (33).

Ainsi, une ergothérapie « réfléchie et de pensée voit le jour » (33). Il ne s'agit plus d'occuper les malades en vue d'une tranquillité sociale. Il s'agit de réveiller ses capacités, de le mettre en mouvement physique, intellectuel et psychique. L'ergothérapeute se doit d'être suffisamment actif pour accueillir, soutenir et conduire les intentions du patient. Les pratiques de l'ergothérapie vont ainsi prendre des formes variables en fonction des diverses histoires des patients et leurs symptômes. Ainsi, au sein d'une U.H.S.A, quelles peuvent être les activités proposées en ergothérapie ?

Selon Muriel Launois, ergothérapeute en psychiatrie et addictologie, formatrice à l'institut de formation en ergothérapie de Nancy, créatrice du site ergopsy.com en 2005, l'ergothérapeute est définie comme étant « un spécialiste de l'activité et plus précisément de la personne en activité. » (34). Ainsi, l'ergothérapie propose « d'utiliser les activités pour inscrire les patients dans le faire, dans une démarche active. » (34).

Le concept d'activité thérapeutique définit l'activité comme un objectif en soi. C'est-à-dire que l'ergothérapeutes va « chercher à aider la personne à redevenir autonome dans ses propres activités » (34). Cependant, l'ergothérapeute ne peut pas proposer toutes les activités réalisées par la personne. Ainsi, il utilise des activités « de type manuelles ou ludiques pour permettre à la personne d'entrer dans des situations concrètes, favorisant des expériences de type perceptivo-sensorielles, gestuelles et motrices, cognitives, mais aussi relationnelles. » (34). L'utilisation de ces activités semblent « plus aisées pour les patients, car elles se rapprochent des occupations humaines habituelles » (34). Or, les activités thérapeutiques peuvent concerner

« de nouvelles activités découvertes ainsi que d'anciennes activités retrouvées » (34) et sont « déclinables presque à l'infini, en fonction des possibilités des institutions et des besoins des patients. » (34). Le choix de l'activité thérapeutique se décide en équipe en fonction du projet individuel du patient (36). Ainsi, quels sont les moyens utilisés en ergothérapie en U.H.S.A ? Or, est-ce que les personnes psychotiques connaissent déjà les activités thérapeutiques ou les découvrent-elles lorsqu'elles sont en U.H.S.A ?

Lorsque la pratique d'une activité est « efficace et bien ciblée dans ses intentions thérapeutiques » (34), elle aura des effets de changements pour la personne, une amélioration de sa qualité de vie. Les transformations peuvent se voir « dans une éventuelle modification de l'utilisation de ses activités de vie quotidienne, de loisirs ou d'hygiène de vie ou dans une nouvelle façon de gérer les activités dites productives » (34). De plus, les objectifs d'une activité thérapeutique sont de « proposer un lieu d'expression pour le patient et de permettre l'expression de sa souffrance, ses émotions, ses sensations ainsi que son histoire de vie à travers différents médiateurs » (36). Par conséquent, retrouve-t-on ses transformations auprès des personnes souffrant de troubles psychotiques ? Quels sont les effets sur la santé et/ou le bien-être des personnes en U.H.S.A ? Ainsi, est-ce qu'une activité en ergothérapie continue d'être thérapeutique en milieu carcéral ? Qu'est-ce que l'activité mobilise chez des personnes psychotiques au sein d'une U.H.S.A ?

Selon Muriel Launois, les termes de « médiation et d'activités ne recouvrent pas tout à fait les mêmes réalités selon les lieux, les pratiques, les modèles conceptuels auxquels les ergothérapeutes se réfèrent » (34). La médiation va venir s'inscrire comme un moyen d'expression. En effet, ce sont les patients eux-mêmes qui vont utiliser l'activité comme but ou une médiation comme moyen d'expression, en fonction de leurs choix, besoins, demandes, désirs (34). C'est « en fonction de leurs capacités personnelles que les personnes vont entrer dans le faire et l'action, ou interroger leur espace psychique intérieur, dans l'expression, l'introspection, l'élaboration psychique » (34). Ainsi, la distinction entre ces deux niveaux de thérapie dépend également des capacités des ergothérapeutes à accompagner le patient dans une action, une valorisation ou une expression médiatisée.

Tout comme les activités thérapeutiques, les médiations vont permettre des expériences significatives. Ces expériences seront plutôt des expériences identitaires, créatives, projectives (34). Ainsi, comment les personnes souffrant de troubles psychotiques s'engagent-elles à venir en ergothérapie et à participer à des activités thérapeutiques, au sein d'une U.H.S.A ?

1.8.5 Lien entre l'engagement occupationnel et l'activité thérapeutique

L'engagement occupationnel traduit la disposition de la personne à vouloir s'engager ainsi que participer mentalement et physiquement à une occupation qui lui fait sens. La personne est motivée à agir et elle s'implique tout au long d'une réalisation qui lui est signifiante. L'activité thérapeutique est utilisée en psychiatrie car elle se rapproche des activités de la vie quotidienne. Les personnes peuvent durant celles-ci, s'exprimer et produire une création, en utilisant des capacités intellectuelles, cognitives et psychiques. L'engagement occupationnel et l'activité thérapeutique ont tous deux un effet sur la santé et le bien-être. S'engager permet l'expression et la réalisation de soi tout comme l'activité thérapeutique qui incarne le lieu où la personne s'exprime, produit et mobilise ses capacités.

Une question de recherche est alors soulevée : **comment les personnes psychotiques en U.H.S.A s'engagent-elles dans les activités thérapeutiques en ergothérapie ?**

Un objet de recherche est définie :

L'étude de l'engagement occupationnel des personnes psychotiques en U.H.S.A dans les activités thérapeutiques proposées en ergothérapie.

2 Matériel et méthode

2.1 Choix de la méthode de recherche

Pour étudier l'engagement occupationnel des personnes psychotiques en U.H.S.A dans les activités thérapeutiques proposées en ergothérapie, c'est la méthode qualitative qui a été choisie pour étudier ce phénomène. En effet, les méthodes qualitatives « visent à comprendre en profondeur des phénomènes complexes dans leur milieu naturel, habituellement à partir des expériences et des points de vue des personnes ou des groupes de personnes, en les interviewant, en les observant et/ou analysant des traces de leur activité. » (37).

Il en découle le choix d'adopter une méthode clinique qui privilégie l'humanisme et la subjectivité. Cette méthode permet au sujet de s'exprimer librement sur la dynamique de sa vie (38).

2.2 Population ciblée et site d'exploration

Pour répondre à l'objet de recherche, les populations ciblées sont les ergothérapeutes ainsi que les personnes psychotiques en U.H.S.A. En effet, les ergothérapeutes sont interrogées afin qu'ils puissent apporter des éléments complémentaires à la compréhension du phénomène d'engagement occupationnel étudié. Les ergothérapeutes doivent être diplômés d'État et intervenir à ce jour en U.H.S.A auprès de personnes psychotiques. Ils peuvent provenir de toutes villes, géographiquement plus ou moins proches. Aucune durée d'expérience en U.H.S.A et d'ancienneté n'est demandée. Les étudiants en ergothérapie et les autres professionnels de santé sont exclus.

La recherche cible également les personnes psychotiques en U.H.S.A car l'objet de recherche les concernent directement. L'objet porte sur leur engagement occupationnel. Cependant, ce sont les ergothérapeutes qui sélectionnent les participants aux entretiens. En effet, ils connaissent leurs patients ainsi que leur possibilité ou non de participer à la recherche. Il est demandé aux ergothérapeutes de réaliser des entretiens avec minimum trois participants et maximum cinq.

Ainsi, ce double choix de population cible permet d'étudier l'objet de recherche de manière globale. Il en découle ainsi un site d'exploration qui est celui des U.H.S.A. Les critères d'inclusions définissent tous les U.H.S.A en France ayant des ergothérapeutes qui y travaillent.

2.3 Choix de l'outil théorisé de recueil de données

L'outil théorisé de recueil de données choisi pour répondre à l'objet de recherche est pensé de façon à être réalisable au sein d'une U.H.S.A ainsi que adapté à la population ciblée.

2.3.1 L'outil théorisé de recueil de données

L'observation est exclue car il n'y a pas la possibilité d'entrer dans les U.H.S.A pour cette recherche. Le questionnaire est également exclu. En effet, il faut prendre en compte la spécificité de la population cible. Les personnes ne savent pas tous lire et écrire, ils ont des capacités cognitives restreintes. De plus, les questionnaires ne seraient pas représentatifs car la population ciblée est peu nombreuse. Ainsi, le choix s'est porté sur des entretiens directifs réalisés par les ergothérapeutes auprès de leurs patients psychotiques. Les ergothérapeutes sont sur leur lieu de travail, ils disposent de locaux pour faire passer les entretiens et sont en contact avec la population ciblée. L'entretien directif a également été choisi car il facilite le recueil d'expériences à travers des questions/réponses, il permet de poser des questions ouvertes et/ou fermées, invitant la personne à s'exprimer sur une thématique donnée. De plus, l'ergothérapeute peut utiliser des techniques de relances et de reformulation pour approfondir le récit de la personne. La nature directive de l'entretien a été choisie d'une part pour permettre des échanges ciblés sur des thématiques prédéfinies et d'autre part pour s'adapter à la population ciblée. En effet, la population ciblée concerne les personnes psychotiques : l'entretien doit être structuré et contenant. Par ailleurs, l'entretien directif réalisé par l'ergothérapeute possède certains inconvénients. Il guide les réponses de l'interviewé et introduit un biais par la présence du thérapeute. Il peut durer plus ou moins longtemps et entraîner une lassitude de l'interviewé. De plus, l'entretien nécessite des autorisations pour respecter l'éthique de la recherche. Concernant le recueil de données auprès des ergothérapeutes, un entretien téléphonique non directif avant la passation des entretiens est pensé. L'entretien téléphonique est facilement réalisable, il peut se dérouler pendant ou après les horaires de travail des ergothérapeutes. Cet échange permet d'introduire l'objet de recherche, de présenter le rôle de l'ergothérapeute durant l'entretien ainsi que de discuter autour du guide d'entretien qui sera envoyé. De plus, l'échange vise à demander des informations supplémentaires sur les personnes qui seront interviewées ainsi qu'à répondre aux questions de l'ergothérapeute.

2.3.2 Biais et stratégies d'atténuation

L'outil de recueil de données de l'entretien directif comporte de nombreux biais. Des biais cognitifs peuvent apparaître auprès des personnes psychotiques. En effet, elles peuvent souffrir de troubles cognitifs ce qui restreint leur compréhension. Les réponses peuvent être biaisées. Ainsi, la formulation des questions est réalisée de manière simple, claire et adaptée aux personnes.

Cependant, il y a des biais qui peuvent apparaître lors d'éventuelles reformulations de l'ergothérapeute durant l'entretien. En effet, dans sa nouvelle question, il peut y avoir la perte du sens de la question initiale. Idéalement, il serait préférable que l'ergothérapeute n'ait pas à reformuler de questions. Cependant, il faut prendre en considération les différents troubles cognitifs et psychiatriques des personnes. L'ergothérapeute peut tenter de réduire ce biais en lisant le guide d'entretien en amont afin de comprendre le sens de chacune des questions et poser des questions au chercheur si nécessaire.

Un biais de sélection est présent. L'ergothérapeute choisit les personnes avec lesquelles il va réaliser les entretiens. Un biais affectif peut influencer le choix de participants à travers la relation thérapeutique déjà pré-établie. Pour réduire ces biais, l'ergothérapeute peut réaliser un tirage au sort des personnes à interviewer. Cependant, les personnes n'ont pas toutes la possibilité de participer à un entretien.

Un dernier biais est introduit par la présence de l'ergothérapeute. En effet, les personnes peuvent se restreindre à dire certaines informations car c'est leur thérapeute qui réalise l'entretien. Idéalement, il aurait été préférable que ce soit le chercheur qui réalise les entretiens. Cependant, de par la spécificité de l'environnement de l'U.H.S.A (médical et pénitentiaire), il est difficile d'entrer dans la structure et réaliser les entretiens. Or, la présence d'un chercheur peut également introduire un biais. Les personnes auront peut-être du mal à se livrer à un inconnu.

2.4 Construction de l'outil théorisé de recueil des données

Suite au choix d'une méthode de recherche et d'un outil théorisé de recueil de données, la construction de l'entretien directif est réalisée.

2.4.1 Cadre d'écoute

Élaborer un cadre d'écoute permet de structurer l'entretien et ne pas oublier des questions importantes (37). Il permet de mettre en lien les questions avec le cadre théorique préétabli dans les annexes 6 et 7. Ainsi, le cadre d'écoute en annexe 8 est élaboré en quatre colonnes : les objectifs, les questions à poser, les liens avec le cadre théorique et les thèmes émanants.

2.4.2 Profils types issues de la théorie

Selon les matrices conceptuelles des annexes 6 et 7 ainsi que le cadre d'écoute en annexe 8, deux profils types de personnes ressortent. Le premier profil (type 1) est celui de la personne engagée se traduisant par de la volonté ou une motivation, par une participation totale ou partielle, par des prises de décision ou encore la présence d'une intention et/ou d'un sens attribué à l'activité. Le deuxième profil (type 2) de personne issu de la théorie est celui de la personne non-engagée. Il y peut y avoir une absence mentale et/ou physique, une non-action de la personne ou encore l'identification d'une contrainte et/ou d'un manque de sens. Ces profils types sont consignés en annexe 9.

2.4.3 Guide d'entretien

Pour étudier l'engagement occupationnel des personnes psychotiques à participer aux activités thérapeutiques proposées en ergothérapie, le guide d'entretien en annexe 10 a été rédigé. En effet, le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble des questions à poser ou les thèmes à aborder lors de l'entretien (39). Il prend la forme d'une succession de questions (39), De par la spécificité du site d'exploration que sont les U.H.S.A, aucun matériel d'enregistrement n'est possible durant les entretiens. Ainsi, le guide d'entretien est conçu de sorte à être envoyé par mail aux ergothérapeutes afin qu'ils puissent inscrire les réponses sous chacune des questions posées.

Une partie du guide est destinée aux ergothérapeutes. Elle rappelle l'objectif de l'entretien et les encourage à utiliser des techniques de relances si besoin. Il contient également deux parties : proposition d'introduction et proposition de fin à l'entretien. Ce choix de proposition est justifié par le fait que les ergothérapeutes connaissent davantage la population cible. Ils pourront s'adapter à celle-ci, c'est pourquoi il n'a pas été rédigé un texte fixe pour introduire et terminer l'entretien. De plus, chaque ergothérapeute est différent et se sent plus ou moins en confiance dans une formulation plutôt qu'une autre. Par ailleurs, ces propositions introduisent

des biais car les entretiens n'auront pas les mêmes déroulés d'un ergothérapeute à un autre. Cependant, il y a la nécessité de prendre en compte la population cible et le site d'exploration. Prendre conscience de ce biais permet d'être objectif dans la suite de la recherche ainsi que dans l'analyse des résultats.

2.4.4 Principes éthiques et réglementations obligatoires

Lorsqu'une étude est réalisée, tout ne peut pas se faire (37). C'est pour cela que les chercheurs doivent prendre en compte la loi Jardé de 2012 afin de garantir et respecter le bien-être des participants (37). Ainsi, les entretiens sont anonymes, aucun lien ne peut être fait entre la personne interviewée et ses réponses (37). Seul l'ergothérapeute connaît l'identité de la personne interviewée. De plus, un formulaire d'autorisation d'utilisation et de traitement des données recueillies a été élaboré en annexe 11. Il vise à obtenir l'accord de la personne interviewée pour que ses réponses soient utilisées dans cette recherche. Le formulaire d'autorisation est adressé à tous les participants interviewés. Les personnes sous curatelle ou tutelle sont également comprises.

2.5 Déroulement de la recherche

2.5.1 Test du dispositif de recherche

Suite à la construction du guide d'entretien ainsi que du formulaire d'autorisation d'utilisation et de traitement des données recueillies, l'outil de recherche est testé auprès de personnes psychotiques. L'objectif est d'identifier si le guide d'entretien est adapté, qu'il ne met pas en danger les participants et qu'il convient aux ergothérapeutes.

Suite à la passation d'un test, la formulation de certaines questions a été simplifiée. Les questions de relance ont été travaillées.

2.5.2 Passation des entretiens

Des emails ont été envoyés afin de solliciter la participation d'ergothérapeutes pour cette recherche. Un entretien téléphonique a été mené avec l'ergothérapeute ayant répondu favorablement. Le guide d'entretien en annexe 10, le formulaire d'autorisation en annexe 11 ainsi que les fiches de renseignement en annexes 12 et 13 ont été envoyés par mail à l'ergothérapeute participant. Une date limite a été définie en commun afin d'avoir le temps de récupérer les entretiens menés et les analyser.

2.6 Outil d'analyse des résultats

Pour traiter les résultats obtenus, l'analyse phénoménologique interprétative (A.P.I) a été choisie. En effet, c'est l'une des principales approches qualitatives en psychologie clinique et psychologie de la santé. Contrairement à une analyse de contenu thématique qui « repère dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (29), l'A.P.I consiste en « l'étude minutieuse de l'expérience vécue telle qu'elle est exprimée » (40). De plus, elle permet de « se concentrer, de façon détaillée et en profondeur, sur un phénomène particulier, tel qu'il est vécu et compris par une ou des personnes uniques dans un contexte donné » (40).

L'A.P.I a débuté par une lecture des réponses des entretiens afin de se familiariser avec les résultats (40). Une retranscription dans un tableau question/réponse et données complémentaires, a été réalisée pour le premier entretien afin de classer les résultats. Une colonne a été ajoutée afin d'inscrire des commentaires initiaux (cf annexe 14) (40). Des thèmes ont émergé et ont été mis en lien grâce à une représentation schématique (cf annexe 15). La même analyse a été faite pour l'entretien de la personne 2 dans le tableau annexe 16 et l'annexe 17 (40). Suite à cela, les commentaires initiaux et les thèmes de l'ensemble des entretiens ont été analysés.

Durant l'analyse des résultats, une posture ouverte a été gardée et un principe de circularité a été maintenu (aller-retours entre les réponses) (40).

3 Résultats

Afin de respecter l'anonymat des participants à cette recherche, l'ergothérapeute est nommé E. Les personnes interrogées sont nommées P1 (personne 1) et P2 (personne 2).

3.1 Présentation des personnes interrogées

L'ergothérapeute (E) est une femme de 25 ans, ayant obtenu son diplôme d'état d'ergothérapie en 2019. Elle exerce au sein de l'U.H.S.A depuis 6 mois.

P1 est un homme de 35 ans entré en U.H.S.A en mars 2022. Il vient une fois par semaine en ergothérapie et participe à ce jour à l'activité mosaïque.

P2 est un homme âgé de 23 ans. Il est entré en U.H.S.A en mai 2020. Il vient une fois par semaine en ergothérapie et a participé aux activités dessin, peinture ainsi que mosaïque. Il réalise à ce jour une maquette en carton.

3.2 Commentaires initiaux et mise en lien des thèmes de l'entretien 1

Les résultats sont présentés schématiquement dans l'annexe 15 .

- L'ergothérapie en U.H.S.A est un soin psychiatrique utilisant l'activité thérapeutique.

En psychiatrie, les **activités thérapeutiques** sont utilisées à des fins de **soins** (« je sais pas si c'était de l'ergothérapie mais j'avais un atelier peinture/gravure/dessin quand j'étais hospitalisé en psychiatrie » R7).

Au sein de l'U.H.S.A, l'**ergothérapie** est considérée par P1 comme un **soin** (« entrevoir d'autres côtés du soins, et voir qu'il n'y a pas que les cachets » R8). Certaines activités thérapeutiques qui sont proposées s'inspirent et utilisent l'**art** (« mosaïque » R5, « de la peinture » R5, « moyens d'expressions, autre que le dessin et la peinture. » R4).

L'occupation de venir en ergothérapie est considérée comme importante pour P1 («10/10 j'adore ça » R11). En effet, les moyens d'expressions utilisés lors des séances reflètent les **préférences** de P1 (« j'aime les activités artistiques » R3, « je suis attiré par l'art » R6, « j'aimerais bien faire aussi si j'ai le temps de la peinture, des maquettes en carton parce...j'aimerais bien en faire aussi pour ranger mes crayons » R5). Ainsi, l'occupation de venir en ergothérapie peut être considérée comme importante pour une personne, lorsque les activités qui y sont proposées reflètent les **attraits** de celle-ci («10/10 j'adore ça » R11, « j'aimerais bien faire aussi si j'ai le temps de la peinture, des maquettes en carton parce...j'aimerais bien en faire

aussi pour ranger mes crayons » R5, « j'aime les activités artistiques » R3, « je suis attiré par l'art » R6).

Pour que P1 puisse venir en ergothérapie en U.H.S.A, il a eu un **accord médical** (« c'est vous qui m'avez contacté, en lien avec le médecin » R3). Cependant, l'ergothérapie est un soin qui reste **complémentaire** à la prise d'un traitement (« entrevoir d'autres côtés du soins, et voir qu'il n'y a pas que les cachets » R8, « mais je sais qu'il faut un traitement à côté » R10).

Enfin, parallèlement à la participation de P1 dans les activités thérapeutiques, une **relation thérapeutique** avec l'ergothérapeute est créée (« établir une collaboration avec vous. » R9).

➤ L'activité thérapeutique permet de se repérer, d'être contenu et de produire.

Pour P1, les activités thérapeutiques proposées en ergothérapie sont importantes car elles lui permettent d'avoir un **repère temporo-spatial** (« ça crée un rythme dans mes semaines » R10) et amènent un **contenant** (« ça me permet de me poser », « ça cadre mon énergie » R10).

De plus, les activités permettent à P1 de **produire une création** (« mosaïque » R5, « un autre patient a fait une boîte en carton pour ranger son tabac, j'aimerais bien en faire aussi pour ranger mes crayons. » R5). L'objet créé durant les activités thérapeutiques peut répondre à un besoin (« pour ranger mes crayons » R5).

La création mobilise les **capacités cognitives et manuelles** de P1 (« j'ai découvert d'autres activités et moyens d'expressions » R4, « j'aimerais bien faire aussi... » R5, « de produire quelque chose de mes mains » R6).

Les activités prennent une signification pour P1 car elles l'amènent à ressentir des **affects** (« ça me permet de m'évader et de pas penser à la détention » R6, « comme j'ai dit ça permet l'évasion R8 »). Par ailleurs, la création elle-même fait ressentir à P1 des **émotions** (« je ressens de la joie, de l'engouement par rapport au travail que j'effectuais » R9). Ainsi, les activités sont thérapeutiques pour P1 (« c'est valorisant » R6, « gagner confiance en moi » R8).

➤ Le concept d'engagement défini et vécu par P1.

Selon P1, l'engagement est différent pour chaque personne. C'est une **valeur personnelle** (« une valeur propre à un individu » R1) ainsi que **sociale** (« un contrat de mariage par exemple » R1). L'engagement est observable et se mobilise en permanence dans le **quotidien** (« pour respecter des délais, des horaires, des règles notamment pour une activité, un emploi » R1).

L'engagement de P1 lorsqu'il a commencé à venir en ergothérapie était lié à la **croissance** qu'il attribuait à cette occupation (« ouais je sais que ça marche l'art-thérapie » R4). P1 parle d'art-thérapie dans le contexte de sa venue en ergothérapie.

Les **expériences antérieures** qu'à pu avoir P1 impact également son engagement occupationnel. En effet, P1 retrouve une occupation déjà réalisée en dehors de l'U.H.S.A (« je sais pas si c'était de l'ergothérapie mais j'avais un atelier peinture/gravure/dessin quand j'étais hospitalisé en psychiatrie » R7, « aussi parce que j'aime les activités artistiques » R3). Parallèlement à cela, la **découverte** d'activités renforce l'engagement de P1 à venir en ergothérapie (« ce qui est bien c'est que j'ai découvert d'autres activités et moyens d'expressions, autre que le dessin et la peinture. » R4).

De plus, l'engagement occupationnel de P1 s'observe à travers sa venue une fois par semaine, en séance d'ergothérapie, dans la salle d'ergothérapie (« 1 fois par semaine » R2, « salle d'ergothérapie » R17). Or, l'**expression de la réponse** de P1 témoigne d'un engagement qui se veut être plus fréquent (« 1 fois par semaine, mais 2 ou 3 fois ce serait top » R2).

Enfin, le fait que P1 ressent du **positif** dans l'occupation de venir en ergothérapie permet de renforcer et maintenir son engagement à participer (« c'est positif, sinon je serai pas aussi assidu », « je ressens de la joie, de l'engouement » R9).

➤ Les motivations permettent la participation.

Les **préférences** et les **intérêts** de P1 influencent ses agissements ainsi que sa participation (« aussi parce que j'aime les activités artistiques » R3, « je suis attiré par l'art » R6, « c'est positif, sinon je serai pas aussi assidu » R9).

Par ailleurs, la **découverte** d'activités différentes de ce qu'il a pu faire en dehors de l'U.H.S.A incite également P1 à participer («...ce qui est bien c'est que j'ai découvert d'autres activités et moyens d'expressions, autre que le dessin et la peinture » R4).

Enfin, une des raisons pour laquelle P1 participe aux activités est liée à la **relation thérapeutique** avec l'ergothérapeute (« on est bien entouré, ça se passe bien avec vous » R6). P1 est comparable avec le profil 1 des types de profils de l'annexe 9.

3.3 Commentaires initiaux et mise en lien des thèmes de l'entretien 2

Les résultats sont présentés schématiquement dans l'annexe 17.

➤ L'engagement occupationnel de P2 en U.H.S.A.

Venir en ergothérapie est possible pour P2 mais cela **dépend** d'une tierce personne (« prescription médicale, le médecin m'a dit que si je voulais faire de l'ergo je pouvais » R3).

Par ailleurs, P2 peut participer aux activités sous certaines conditions. Il doit avoir suffisamment **d'énergie physique, mentale et psychique** pour venir en ergothérapie (« si j'ai assez d'énergie je pourrai venir, sinon je pourrais pas venir » R1). Ainsi, l'engagement occupationnel de P2 dépend à la fois du pôle médical et de son état de santé.

L'ergothérapie est considéré par P2 comme une occupation relevant du **soin** (« parce que ça fait partie du soin » R6). P2 est **présent** physiquement en salle d'ergothérapie et participe une fois par semaine aux séances (« j'essaie de venir 1 fois par semaine » R2, « salle d'ergothérapie » R17). Cependant, **l'expression** de sa réponse témoigne d'un **effort** pour maintenir sa venue (« j'essaie de venir » R2). Le fait que P2 donne un **sens** à l'occupation de venir en ergothérapie et **participe** aux activités témoignent d'un **engagement occupationnel**.

Enfin, P2 mobilise son engagement lorsqu'il attribue un **devenir** à une **création** et la **termine** (« j'ai toujours terminé ce que je commençais. » R9, « oui je peux donner à mon père ce que je fais et il sera content » R10).

➤ L'activité thérapeutique mobilise l'intérêt et permet la production.

P2 dit ne pas avoir réalisé d'activités thérapeutiques en dehors de l'U.H.S.A (« non » R7).

P2 a besoin de **participer** pour pouvoir donner une **signification** à ce qu'il fait et à une occupation (« je m'y investis et puis ça m'intéresse » R4). **L'attrait** qu'il porte aux activités dépend également de **l'ergothérapeute** qui mène celle-ci (« c'est très intéressant mais ça dépend avec quel ergothérapeute. » R14).

De plus, la présence de quelque chose qu'il **aime** comme la musique, peut contribuer à ce qu'il s'engage (« la musique qu'on entend c'est important aussi. » R14).

Pour P2, participer à une activité thérapeutique permet de **produire** quelque chose (« que je suis capable de faire quelque chose avec mes mains » R8, « un char d'assaut en carton » R5, « dessin, peinture, mosaïque, maquette en carton » R16). Les **moyens** d'expression utilisés influencent également l'attrait portée à celle-ci (« un char d'assaut en carton il faudra le peindre en militaire après » R5, « dessin, peinture, mosaïque, maquette en carton » R16).

➤ L'ergothérapie est un lieu de création et de soin.

La **création** motive P2 à **agir** (« de faire des squales, un aigle. Je m'y investis et puis ça m'intéresse » R4, « je suis fier de moi dès que j'arrive à faire quelque chose » R9, « je peux donner à mon père ce que je fais et il sera content » R10, « ceux qui disent qu'ils sont bons en rien c'est très bien l'ergo » R14).

Lorsque P2 crée quelque chose, il mobilise des **capacités cognitives et manuelles** (« ça a du sens de voir ce que je suis capable de faire avec mes mains, mon cerveau, mes capacités motrices, mes cellules grises. » R10).

Une création réalisée du début à la fin, crée un sentiment de **fierté** que pour P1 (« de la fierté, je suis fier de moi dès que j'arrive à faire quelque chose » R9, « j'ai toujours terminé ce que je commençais » R9). Ainsi, créer quelque chose amène à ressentir des **affects** (« de la fierté, je suis fier de moi » R9, « oui c'est positif » R9, « la fierté de mon père c'est le plus important » R10). La création est pour P2 un moyen **d'être valoriser**.

P2 est comparable avec le profil 1 des types de profils de l'annexe 9.

3.4 Analyse des thèmes de l'ensemble des cas

➤ L'ergothérapie en U.H.S.A est un soin auprès des personnes psychotiques.

Venir en ergothérapie en U.H.S.A est une occupation de **soin** (« parce que ça fait partie du soin » P2R6, « entrevoir d'autres côtés du soins, et voir qu'il n'y a pas que les cachets » P1R8). Cependant pour qu'une personne puisse participer aux séances d'ergothérapie, il y a la nécessité d'avoir un **accord médical** (« c'est vous qui m'avez contacté, en lien avec le médecin » P1R3, « le médecin m'a dit que si je voulais faire de l'ergo je pouvais » P2R3).

En U.H.S.A, l'ergothérapie est un soin **complémentaire** à la prise d'un traitement (« entrevoir d'autres côtés du soins, et voir qu'il n'y a pas que les cachets » P1R8, « mais je sais qu'il faut un traitement à côté » P1R10).

Cette occupation peut être considérée comme **importante** pour les personnes psychotiques («10/10 j'adore ça » P1R11, « 8/10 » P2R11). En effet, les séances peuvent **symboliser** un **repère temporo-spatial** (« ça crée un rythme dans mes semaines » R10), représenter un **lieu contenant** (« ça me permet de me poser », « ça cadre mon énergie » R10) ainsi que désigner un **espace de possibilités** (« j'aimerais bien faire aussi si j'ai le temps de la peinture, des maquettes en carton parce...j'aimerais bien en faire aussi pour ranger mes crayons » P1R5).

De plus, venir en ergothérapie permet de créer une **relation thérapeutique** avec l'ergothérapeute. Cependant, cette relation diffère d'une personne à une autre et d'un ergothérapeute à l'autre (« établir une collaboration avec vous. » P1R9, « c'est très intéressant mais ça dépend avec quel ergothérapeute. » P2R14)

- L'activité thérapeutique est un moyen utilisé différemment par chaque personne.

L'activité thérapeutique est utilisée comme un **moyen de soin** en psychiatrie (« je sais pas si c'était de l'ergothérapie mais j'avais un atelier peinture/gravure/dessin quand j'étais hospitalisé en psychiatrie » P1R7, « entrevoir d'autres côtés du soins, et voir qu'il n'y a pas que les cachets » P1R8, « ceux qui disent qu'ils sont bons en rien c'est très bien l'ergo » P2R14).

En U.H.S.A, les activités thérapeutiques proposées peuvent utiliser **l'art** (« mosaïque » P1R5, « dessin, peinture, mosaïque, maquette en carton » P2R16). Elles peuvent refléter pour certaines personnes leurs **préférences** (« j'aime les activités artistiques » P1R3, « je suis attiré par l'art » P1R6, « mosaïque » P1R5). Par ailleurs, pour d'autres c'est à travers la **participation** et **l'investissement** que **l'intérêt** porté aux activités se crée (« je m'y investis et puis ça m'intéresse » P2R4). Les **moyens** utilisés dans les activités dépendent ainsi des personnes (« un char d'assaut en carton il faudra le peindre en militaire après » P2R5, « dessin, peinture, mosaïque, maquette en carton » P2R16).

Enfin, l'intérêt porté par les personnes et leur participation aux activités est impacté selon **l'ergothérapeute** présent lors de l'activité (« c'est très intéressant mais ça dépend avec quel ergothérapeute. » P2R14), « d'établir une collaboration avec vous » P1R9).

- La création impacte les personnes psychotiques en U.H.S.A.

L'ergothérapie en U.H.S.A est un lieu qui permet aux personnes psychotiques de **produire** quelque chose (« mosaïque » P1R5, « un char d'assaut en carton, il faudra le peindre en militaire après » P2R5, « ce que je suis capable de faire quelque chose avec mes mains » P2R8, « voir ce que je suis capable de faire avec mes mains, mon cerveau, mes capacités motrices, mes cellules grises. » P2R10).

C'est également un lieu qui permet aux personnes de pouvoir **agir** (« je m'y investis et puis ça m'intéresse » P2R4, « ceux qui disent qu'ils sont bons en rien c'est très bien l'ergo » P2R14, « de produire quelque chose de mes mains » P1R6, « je peux donner à mon père ce que je fais et il sera content » P2R10).

Durant la création d'un objet, les personnes sont amenées à **ressentir des émotions positives** (« de la fierté, je suis fier de moi » P2R9, « oui c'est positif » P2R9, « la fierté de mon père c'est le plus important » P2R10, « ça me permet de m'évader et de pas penser à la détention » P1R6, « je ressens de la joie, de l'engouement par rapport au travail que j'effectuais » P1R9, « c'est valorisant » P1R6, « gagner confiance en moi » P1R8).

Pour certains, une création réalisée du **début à la fin**, crée un **sentiment d'accomplissement** (« de la fierté, je suis fier de moi dès que j'arrive à faire quelque chose » P2R9, « j'ai toujours terminé ce que je commençais » P2R9).

Pour d'autres l'objet créé peut répondre à un **besoin** (« pour ranger mes crayons » P1R5).

Cependant, pour toutes les personnes, la création mobilise des **capacités cognitives et manuelles** (« j'aimerais bien faire aussi... » R5, « de produire quelque chose de mes mains » P1R6, « je suis capable de faire avec mes mains, mon cerveau, mes capacités motrices, mes cellules grises. » P2R10).

➤ L'engagement occupationnel est un concept qui s'observe.

L'engagement occupationnel est décrit comme un **élément du quotidien** (« pour respecter des délais, des horaires, des règles notamment pour une activité, un emploi, ou même un contrat de mariage par exemple » P1R1). C'est une **valeur personnelle** qui **varie** d'une personne à une autre et se traduit différemment pour tous les individus (« une valeur propre à un individu » P1R1). Cependant, au sein de l'U.H.S.A, l'engagement occupationnel ne dépend pas uniquement des personnes. En effet, pour participer aux séances d'ergothérapie, un **accord médical est nécessaire** (« le médecin m'a dit que si je voulais faire de l'ergo je pouvais » P2R3, « c'est vous qui m'avez contacté, en lien avec le médecin » R3).

L'engagement occupationnel s'observe à travers différents éléments qui sont parfois communs entre les personnes psychotiques. En effet, la **présence physique** aux séances en témoigne (« salle d'ergothérapie » P1R17 et P2R17). Le maintien d'une **fréquence** à laquelle les personnes sont tenues de venir le démontre également (« j'essaie de venir » P2R2, « 1 fois par semaine, mais 2 ou 3 fois ce serait top » P1R2). Par ailleurs pour certaines personnes, l'engagement occupationnel peut mobiliser de **l'énergie physique et psychique** (« si j'ai assez d'énergie je pourrai venir, sinon je pourrais pas venir » P2R1).

Attribuer un **sens** ou une **croissance** à l'occupation de venir en ergothérapie en U.H.S.A, permet une participation des personnes psychotiques aux activités proposées (« parce que ça fait partie du soin » P2R6, « ouais je sais que ça marche l'art-thérapie » P1R4). Pour certains, une

signification peut être donnée après un **investissement** initial (« je m'y investis et puis ça m'intéresse » P2R4) ou encore à la suite d'un choix pour le devenir de la création (« je peux donner à mon père ce que je fais et il sera content » P2R10).

De plus, les **expériences antérieures** influencent l'engagement porté à venir en ergothérapie en U.H.S.A. Certaines personnes ont déjà réalisé des activités thérapeutiques en dehors de l'U.H.S.A, d'autres pas (« je sais pas si c'était de l'ergothérapie mais j'avais un atelier peinture/gravure/dessin quand j'étais hospitalisé en psychiatrie » P1R7, « aussi parce que j'aime les activités artistiques » P1R3, « non » R7). Par ailleurs, certaines personnes se viennent **découvrir** de nouvelles activités (« ce qui est bien c'est que j'ai découvert d'autres activités et moyens d'expressions, autre que le dessin et la peinture » P1R4, « je m'y investis et puis ça m'intéresse » P2R4).

4. Discussion

Les résultats sont discutés au regard de la revue de littérature, de l'enquête exploratoire et de la théorie. De plus, des éléments de réponse sont apportés pour répondre à la question de recherche. Une critique est rédigée afin de faire ressortir les limites et les biais du dispositif de recherche ainsi que la validité et la qualité des résultats. Enfin, il sera discuté des apports pour la pratique professionnelle et réalisé une ouverture sur le thème de la recherche.

4.1 Interprétation des résultats

Selon la revue de littérature, les ergothérapeutes sont devenus des membres à part entière des équipes pluridisciplinaires dans les milieux de détention. Les résultats des entretiens confirment cela. **L'ergothérapeute travaille en lien avec les médecins.** Cependant, aucun résultat ne démontre si le choix d'activités thérapeutiques qui est proposé au patient est décidé en équipe pluridisciplinaire ou non.

L'enquête exploratoire a fait ressortir une des **missions** de l'ergothérapeute au sein de l'U.H.S.A. Il propose des **soins médiatisés par une activité créatrice**. Les personnes interrogées témoignent de cela en décrivant les activités thérapeutiques qu'elles réalisent (mosaïque, maquette en carton, peinture, etc). Cette réalité de pratique corrobore avec la théorie et la revue de littérature. En effet, les ergothérapeutes **évaluent** les besoins individuels et **interviennent** en proposant des **activités significatives et significatives** dans un tel environnement. Les résultats ont également démontré que les personnes psychotiques attribuent un **sens** à leur venue en ergothérapie, c'est un **lieu de soin**. Les patients sont motivés à participer car d'une part les activités reflètent des **préférences** et d'autre part cela leur permettent de l'apaisement et de **l'évasion** à travers une **création**.

Selon le cadre conceptuel, les activités thérapeutiques peuvent concerner de **nouvelles activités découvertes** ou **encore d'anciennes activités retrouvées**. Les histoires de vie des deux patients témoignent de ces deux situations. Cependant, l'ergothérapie incarne un lieu de **découverte** pour tous les patients, même s'ils ont déjà participé à des activités thérapeutiques en dehors de l'U.H.S.A. Cela s'explique par l'ergothérapeute qui compose avec son **institution** et les **moyens** mis à disposition, créant une large **variété d'activités thérapeutiques** à proposer.

Selon l'enquête exploratoire, les séances d'ergothérapie sont **hebdomadaires** ou **bihebdomadaires**. Les deux patients interrogés viennent tous les deux, une fois par semaine

en séance. Cependant, cette fréquence est suffisante pour l'un alors que l'autre souhaite davantage venir en ergothérapie dans la semaine. Ainsi, **l'engagement occupationnel est variable** selon les patients.

Selon Marie-Chantal Morel, **les occupations** peuvent être classées en **soins personnels, loisirs et productivité**. Elles donnent un **cadre temporel** et **affectent la santé ainsi que le bien-être**. Les résultats de la recherche ont démontré que s'engager et participer à des activités thérapeutiques en ergothérapie impacte la **santé** des personnes psychotiques. En effet, les patients sont dans un **lieu contenant** qui leur permet d'avoir un **repère spatio-temporel**. Ils sont également amenés à **ressentir** des affects tels que de la **joie**, de **l'évasion**, un sentiment **d'accomplissement** ainsi que de la **fierté** vis-à-vis de leurs créations. Les personnes sont **valorisées** et prennent **confiance** en elles. De plus, lors des séances d'ergothérapie, elles mobilisent leurs **capacités cognitives et manuelles** dans l'activité. Elles produisent quelque chose. Ces résultats corroborent avec la théorie selon laquelle l'ergothérapie crée un **lieu d'expression** dans lequel les patients prennent une **place active** et sont accompagnés dans la pratique d'une activité qui leur procure du **plaisir** et les **valorise**. À cela s'ajoute que les personnes sont accompagnées dans **l'ancrage à la réalité**. Ainsi, les **effets bénéfiques** des activités retentissent sur les plans **somatique, intellectuel et psychique** des patients.

L'ergothérapie est un lieu qui permet aux personnes psychotiques de créer une **relation thérapeutique**. En effet, une collaboration entre les patients et l'ergothérapeute s'instaure. Cette relation de confiance est un élément **favorisant** l'engagement occupationnel des personnes psychotiques au sein de l'U.H.S.A.

Par ailleurs, l'enquête exploratoire a fait ressortir que la symptomatologie psychiatrique des personnes **entrave l'accès à leurs occupations**. Les résultats d'un entretien corroborent avec cette information. En effet, pour pouvoir venir en ergothérapie et participer aux activités thérapeutiques, la personne doit avoir **l'énergie physique, mentale et psychique**. Ainsi, **l'état de santé** de la personne psychotique influence directement **son engagement et son profil occupationnel**.

La revue de littérature a identifié que les autres détenues sont un obstacle à l'engagement occupationnel. Cependant, les résultats de la recherche contredisent cela. En ergothérapie, la création d'un patient a motivé un autre à produire un objet similaire. La vision du travail d'un autre a permis un engagement occupationnel.

Les **procédures de sécurité** et **le personnel** sont également considérées comme des obstacles à l'engagement occupationnel. L'enquête exploratoire confirme cela en expliquant que milieu

carcéral place la personne en **grande dépendance** vis à vis d'un **tiers**. Les résultats de la recherche corroborent avec la théorie concernant l'occupation à venir en ergothérapie. Cette occupation dépend du **médecin** ainsi que de l'**ergothérapeute**. De plus, pour participer aux interventions ergothérapeutiques, une **prescription médicale** est nécessaire. Cependant, les résultats ne confirment pas la théorie pour d'autres occupations au sein de l'U.H.S.A.

Enfin, un autre obstacle identifié sont les **niveaux élevés de médicaments** entraînant somnolence et mauvaise concentration. Les résultats de la recherche ne confirment pas l'identification de cet obstacle. Cependant, certains patients ont conscience de l'importance de la prise de leur traitement et identifient l'ergothérapie comme un soin autre que les médicaments qu'ils peuvent ingérer.

4.2 Éléments de réponses à la question de recherche

Pour rappel, la question de recherche de ce mémoire est : *comment les personnes psychotiques en U.H.S.A s'engagent-elles dans les activités thérapeutiques en ergothérapie ?* Les résultats obtenus ont permis d'apporter des éléments de réponses à cette question de recherche.

Les personnes psychotiques en U.H.S.A s'engagent à venir en ergothérapie car elles y trouvent des **effets positifs** sur leur **santé** et leur **bien-être**. En effet, les patients sont amenés à ressentir des **émotions** comme de la **joie** et de la **fierté**. Ils peuvent **s'évader** mentalement et retrouver **confiance** en eux. L'ergothérapie crée un espace **contenant** et marque un **repère spatio-temporel** au sein de l'U.H.S.A.

L'engagement occupationnel des personnes psychotiques est mobilisé durant les activités. En effet, leur **présence**, leur **participation** ainsi que leurs **créations** ont une **signification personnelle**. L'ergothérapie est considérée comme une occupation de **soin** où les **préférences** et les **intérêts** de chacun sont pris en considération. De plus, les activités thérapeutiques mobilisent les **capacités mentales, manuelles et psychiques** des personnes. Elles produisent des **créations valorisantes**, amenant un **sentiment d'accomplissement** et **d'utilité**. Tout ceci contribue à ce que les personnes s'engagent malgré leurs histoires de vie, leur symptomatologie psychiatrique et l'environnement de l'U.H.S.A.

Cependant, bien que l'engagement occupationnel est une valeur personnelle et variable entre les individus, au sein de l'U.H.S.A, **il ne dépend pas uniquement des personnes**. En effet, les patients composent avec le milieu carcéral dont les **procédures de sécurités** ainsi que le **personnel soignant et pénitentiaire**. Les personnes sont dépendantes d'un tiers et leur

autonomie est diminuée. De plus, l'engagement occupationnel est directement influencé par les traitements médicamenteux qui rendent difficile la concentration par exemple.

4.3 Critique du dispositif de recherche

4.3.1 Biais et limites

Le dispositif de recherche mis en place présente des biais et des limites.

Un des premiers biais est méthodologique. En effet, les entretiens menés par l'ergothérapeute n'ont pas pu être enregistrés de par la spécificité du milieu pénitentiaire. Un téléphone ou un dictaphone n'est pas permis au sein de l'établissement. Ainsi, cela représente un recueil d'informations insuffisant et/ou incomplet. De plus, les résultats ne sont pas transférables à d'autres U.H.S.A. En effet, les résultats représentent uniquement deux personnes d'une seule U.H.S.A. S'ajoute à cela, un biais de sélection. L'ergothérapeute en lien avec le médecin a choisi les participants.

Un autre biais présent est celui de désirabilité sociale. En effet, l'ergothérapeute interroge ses patients, ce qui influence les réponses obtenues. Les participants se montrent sous une facette positive et n'osent peut-être pas dire ce qu'ils pensent réellement.

L'une des limites de cette recherche est le manque d'expérience du chercheur. Certains choix ont pu être complexes et non adaptés. De plus, influencé par la théorie, le chercheur n'a peut être pas toujours pris en compte la réalité du terrain et les spécificités de la population étudiée. Bien que des tests d'outils de recueil de données et un travail de reformulation ont été réalisés, le chercheur doit encore s'entraîner afin d'améliorer la méthodologie de recherche.

4.4 Apports pour la pratique professionnelle et perspectives

Cette recherche apporte des éléments pour la pratique professionnelle ergothérapique. Les résultats valident la théorie selon laquelle l'occupation contribue à la santé et au bien-être de l'Homme. Ainsi, le rôle des ergothérapeutes est de promouvoir l'occupation et l'engagement occupationnel, même dans des milieux spécifiques comme les milieux carcéraux. L'ergothérapeute propose des soins en s'adaptant à son institution et aux moyens mis à sa disposition, quand bien même ses possibilités sont restreintes.

De plus, la recherche contribue à ce que les ergothérapeutes prennent davantage en considération l'engagement occupationnel de leurs patients dans leurs interventions. En effet,

l'engagement des patients favorise la participation et la santé. Les patients s'investissent dans leurs soins et voient leur qualité de vie améliorée.

Enfin, cette recherche a permis aux ergothérapeutes d'envisager qu'un engagement occupationnel peut être impacté par des obstacles environnementaux (41). Dans les milieux carcéraux, ces obstacles sont évidents. Cependant, dans d'autres contextes, ces obstacles peuvent être masqués. Par conséquent, la recherche a permis aux ergothérapeutes de prendre en considération que les éléments de l'environnement peuvent être des sources de privations occupationnelles (41). Identifier ces sources est donc important pour les ergothérapeutes afin de permettre aux patients d'avoir accès aux occupations qui leur sont significatives.

Ainsi, une autre perspective de recherche peut être envisagée en étudiant la privation occupationnelle au sein d'une U.H.S.A ou encore dans un autre service que celui du milieu carcéral.

Bibliographie

1. Institut national de l'audiovisuel, Cornet Lavau G, Poirot R. La prise en charge de la santé mentale en prison | INA [En ligne]. INA. 2019 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/s835808_001/la-prise-en-charge-de-la-sante-mentale-en-prison
2. Collomb S, Bonte J, DUBURCQ A, (et al.). Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique) [En ligne]. 2010 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=8679&titre=enquete-de-prevalence-sur-les-troubles-psychiatriques-en-milieu-carceral-phase-1-de-l-etude-epidemiologique
3. Fovet T, Plancke L, Thomas P. Prévalence des troubles psychiatriques en prison. SANTÉ MENTALE. 2018 Apr 27;
4. C P N. Ergothérapie en santé mentale [En ligne]. 2018 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <http://cpn.rmi.fr/-338.html>
5. DEMEULEMEESTER E, SEBBANE D, THOMAS P, BELET B, BOUCHER F. Comment répondre à l'urgence psychiatrique en prison ? - Santé Mentale [En ligne]. 2021 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <https://www.santementale.fr/2021/01/comment-repondre-a-l-urgence-psychiatrique-en-prison/>
6. American Psychiatric Association. Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. In: ELSEVIER MASSON, editor. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux . 5th ed. 2015. p. 109.
7. Masson E, editor. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). 5th ed. 2013.
8. Gouvernement du Québec. Troubles psychotiques [En ligne]. 2018 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-psychotiques>
9. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. La profession [En ligne]. 2021 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <https://anfe.fr/la-profession/>
10. Association canadienne des ergothérapeutes. Criminal Justice - A Community Relations Approach [En ligne]. Canadian Association of Occupational Therapists. 1984 [Cité 2022 May 16]. Disponible : <https://sciwheel.com/work/item/12481927/resources/13738894/pdf>
11. Ministère De La Justice Et Des Libertés. Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Paris: Ministère de la Santé et des Sports; 2010.
12. Wikipédia. Service médico-psychologique régional [En ligne]. 2022 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/wiki/Service_m%C3%A9dicopsychologique_r%C3%A9gional

13. Wikipédia. Unité hospitalière spécialement aménagée [En ligne]. 2022 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/wiki/Unit%C3%A9_hospitali%C3%A8re_sp%C3%A9cialement_am%C3%A9nag%C3%A9e
14. Insee. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2022 [En ligne]. 2022 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
15. Ministère de la Justice. Mesure de l’incarcération au 1er décembre 2020 [En ligne]. Ministère de la Justice.gouv. 2020 [Cité 2020 Dec 1]. Disponible : https://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_incarceration_decembre_2020.pdf
16. Ministère de la Justice. Justice / Portail / Les chiffres clefs [En ligne]. 2022 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>
17. M. Antoine Lefèvre. Soigner les détenus : des dépenses sous observation [En ligne]. 2017 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <http://www.senat.fr/rap/r16-682/r16-6829.html>
18. MICOULEAU B, GIUDICELLI C, COHEN L. UHSA : construire pour soigner [En ligne]. Sénat un site au service des citoyens. 2017 [Cité 2022 Apr 19]. Disponible : http://www.senat.fr/rap/r16-612/r16-612_mono.html
19. Observatoire International des Prisons. Santé mentale [En ligne]. [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <https://oip.org/decrypter/thematiques/sante-mentale/>
20. Observatoire International des Prisons. Décès en détention et suicides [En ligne]. [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <https://oip.org/decrypter/thematiques/sante/decès-en-detention-et-suicides/>
21. Ban Public. Le portail d’information sur les prisons [En ligne]. 2012 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <http://prison.eu.org/4eme-proposition-assurer-une-aide>
22. Association nationale française des ergothérapeutes. Livre blanc [En ligne]. 2016 [Cité 2022 Fév 15]. Disponible : <https://anfe.fr/livre-blanc/>
23. Muñoz JP, Moreton EM, Sitterly AM. The scope of practice of occupational therapy in U.S. criminal justice settings. *Occup Ther Int*. 2016 Sep;23(3):241–54.
24. Albuquerque S. La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations - ergOTHérapies [En ligne]. 2019 [Cité 2022 Fév 16]. Disponible : <https://revue.anfe.fr/2019/05/21/la-promotion-de-la-sante-en-ergotherapie-au-coeur-des-occupations-des-populations/>
25. Hitch D, Hii QK, Davey I. Occupational therapy in forensic psychiatry: Recent developments in our understandings (2007–2013). *British Journal of Occupational Therapy*. 2016 Apr;79(4):197–205.
26. O’ Flynn P, O’ Regan R, O’ Reilly K, G Kennedy H. Predictors of quality of life among inpatients in forensic mental health: implications for occupational therapists. *BMC Psychiatry*. 2018 Jan 19;18(1):16.

27. Craik C, Bryant W, Ryan A, Barclay S, Brooke N, Mason A, et al. A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. *Aust Occup Ther J.* 2010 Oct;57(5):339–44.
28. Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information - CEDIP. Ministère de la Transition écologique; 2014 May.
29. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. In: Armand Colin, editor. *Les méthodes qualitatives.* Paris; 1991.
30. Polatajko, H. et Al. Faciliter l'occupation: l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. ON : CAOT Publications ACE; 2008.
31. Gary Kielhofner. *Model Of Human Occupation.* 4th ed. The point, editor. 1985.
32. Morel M-C. *Les modèles conceptuels en ergothérapie Introduction aux concepts fondamentaux.* 1st ed. Deboeck; 2017.
33. Hernandez H. *Ergothérapie en psychiatrie (ergothérapies) (french Edition).* SOLAL, editor. De Boeck Sup; 2007.
34. Launois M. *Activités et médiations : Activités thérapeutiques* [En ligne]. *Ergopsy.* 2015 [Cité 2022 Mar 2]. Disponible : <http://www.ergopsy.com/activites-therapeutiques-a404.html>
35. REBOUL P. *Ecouter pour accompagner : Fonder une pratique.* Chroniques Sociales, editor. 2013.
36. Wikipédia. *Activité thérapeutique* [En ligne]. 2018 [Cité 2022 Mar 2]. Disponible : https://fr.wikipedia.org/wiki/Activit%C3%A9_th%C3%A9rapeutique
37. PELACCIA T. *Comment réussir son mémoire ?* . Deboeck Supérieur, editor. 2019.
38. Eymard C. *Le travail de fin d'étude : s'initier à la recherche en soins et santé.* LAMARRE, editor. 2004.
39. Gaspard C. *Le guide d'entretien : caractéristiques et exemples* [En ligne]. 2019 [Cité 2022 Mar 15]. Disponible : <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-dentretien/>
40. Pascal A. *Chapitre 2. L'analyse interprétative phénoménologique . Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé.* Dunod; 2017. p. 33.
41. Whiteford G. *Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium.* *British Journal of Occupational Therapy.* 2000 May 1;63(5):200–4.

Sommaire des Annexes

Annexe 1 : Tableau des résultats des bases de données

Annexe 2 : Tableau de synthèse de la revue de littérature

Annexe 3 : Matrice de questionnaire pour les ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant en U.H.S.A avec des personnes psychotiques.

Annexe 4 : Questionnaire sur le site Google Forms®

Annexe 5 : Réponses au questionnaire

Annexe 6 : Matrice théorique du concept d'engagement occupationnel

Annexe 7 : Matrice théorique du concept d'activité thérapeutique

Annexe 8 : Cadre d'écoute

Annexe 9 : Profils types attendues lors des entretiens

Annexe 10 : Guide d'entretien

Annexe 11 : Formulaire d'autorisation vierge de l'utilisation et du traitement des données recueillis

Annexe 12 : Fiche de renseignement destinée aux ergothérapeutes

Annexe 13 : Fiche de renseignement concernant le patient

Annexe 14 : Retranscription et commentaires initiaux de l'entretien de P1

Annexe 15 : Mise en lien schématique des thèmes émergents de l'entretien de P1

Annexe 16 : Retranscription et commentaires initiaux de l'entretien de P2

Annexe 17 : Mise en lien schématique des thèmes émergents de l'entretien de P2

Annexes

Annexe 1 : Tableau des résultats des bases de données

Total à partir des mots clefs	Bases de données	Texte	Résumé	Titre	Sources retenues
	Cairn	5	0	0	0
	Wiley Online Library	4 054	0	0	1
	Summon	281	0	0	3
	Pubmed	333	105	6	1
	Lecture opportuniste				3
4 673					7

Annexe 2 : Tableau de synthèse

Source	Scientificité	Thème	Population	Méthode Utilisée	Approche théorique	Principaux résultats	Dimension non abordé Questions
<p>1 : SUMMON</p> <p>Ergothérapie en psychiatrie légale : développements récents de nos connaissances (2007-2013)</p> <p>Danielle Hitch</p> <p>QK Hii</p> <p>Ian Davey</p> <p>Publié pour la première fois le 8 septembre 2015</p>	++	Cette revue critique aborde la question suivante : quelles preuves ont été publiées sur l'ergothérapie en psychiatrie légale au cours des 7 dernières années ?	Articles publiés dans des revues à comité de lecture depuis 2007 et rédigés par au moins un ergothérapeute. 25 études ont été identifiées pour examen	<p>Critique de la littérature</p> <p>Une approche de méthodes mixtes a été adoptée, avec quatre bases de données et un moteur de recherche consultés</p> <p>4 dimensions de l'occupation : faire, être, devenir et appartenir, ont été utilisées pour fournir un contexte théorique pour la discussion.</p> <p>Méthode d'intégration de la théorie, des preuves et de l'action (ITEA)</p>	<p>L'ergothérapie médico-légale fait référence à la prestation d'une évaluation en ergothérapie, et les interventions dans de tels environnements.</p>	<p>Les services d'ergothérapie en psychiatrie légale partagent les mêmes considérations fondamentales de prestation de services que ceux d'autres milieux de santé mentale.</p> <p>Les loisirs passifs et le repos sont caractéristiques des environnements hospitaliers, à la fois dans les services sécurisés et non sécurisés.</p> <p>Les profils cliniques des clients sont similaires lorsqu'ils sont considérés en termes de raisons expliquant la réduction de l'engagement professionnel et les obstacles à la sortie de la communauté ; des facteurs tels que la culture du service ou de l'établissement, des habiletés motrices et de processus compromises, des problèmes cognitifs, l'abus de substances,</p> <p>Cependant, une considération supplémentaire doit être considérée en détail par les ergothérapeutes médico-légaux : les risques cliniques.</p>	<p>Est-ce que les pratiques en ergothérapie en milieu médico-légal sont basées sur des modèles conceptuels ?</p> <p>Y a-t-il des partages de pratiques entre ergothérapeutes ?</p> <p>Y a-t-il des études avec une intervention basée sur un modèle ?</p> <p>Quels sont les risques cliniques encourus par les ergothérapeutes travaillant en milieu médico-légal ?</p>
<p>2 : SUMMON</p> <p>Predictors of quality of life among inpatients in forensic mental health: implications for occupational therapists</p> <p><i>Prédicteurs de la qualité de vie chez les patients hospitalisés en santé mentale médico-légale : implications pour les ergothérapeutes</i></p> <p>Padraic O' Flynn, and al.</p> <p>2018</p>	++	Analyser les prédicteurs de la qualité de vie parmi les utilisateurs de services dans un hôpital de santé mentale médico-légale hospitalisé.	Cinquante-deux hommes utilisateurs de services atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif	Qualitative une étude naturaliste, transversale et observationnelle	<p>La qualité de vie (QDV) est importante dans les milieux hospitaliers de santé mentale médico-légale</p> <p>Il existe des raisons morales, éthiques, cliniques et juridiques de considérer la qualité de vie comme un résultat.</p>	<p>Cette étude montre que la fourniture d'activités significatives, le niveau de sécurité du service et la prise en charge thérapeutique peuvent contribuer à la qualité de vie chez les patients hospitalisés en santé mentale médico-légale.</p>	<p>L'ergothérapie contribue-t-elle à favoriser la qualité des personnes en détention ?</p> <p>Quelle est l'importance d'une activité significative en détention ?</p> <p>Est-ce que l'engagement est pris en considération en ergothérapie ?</p>

<p>3 : SUMMON</p> <p>Working with people who have killed: The experience and attitudes of forensic mental health clinicians working with forensic patients</p> <p><i>Travailler avec des personnes qui ont tué : l'expérience et les attitudes des cliniciens en santé mentale médico-légale travaillant avec des patients en médecine légale.</i></p> <p>Derith M. Harris Brenda Happell and Elizabeth Manias</p> <p>Mental Health Nursing</p> <p>Première publication: 17 décembre 2014</p>	+	<p>Cet article explore les expériences de travail dans un cadre de santé mentale médico-légale (FMH) en Australie. La recherche a examiné le contexte clinique des cliniciens travaillant avec des patients médico-légaux (MF), en particulier les personnes qui ont tué alors qu'elles souffraient d'une maladie mentale.</p>	<p>Médecine psychiatrique, travail social, psychologie, soins infirmiers en santé mentale, ergothérapie et agents de services psychiatriques.</p>	<p>Qualitative exploratoire</p> <p>groupes de discussion et d'entretiens individuels</p>	<p>Les cliniciens en santé mentale médico-légale (FMH) ont fait l'objet d'un examen minutieux de la part du public, des politiciens et du personnel de santé</p>	<p>Pour certains cliniciens, s'installer dans un environnement soucieux de la sécurité était difficile et il leur a fallu du temps pour s'adapter. Ils ont déclaré se sentir frustrés dans leur rôle et sans soutien pour faire la transition vers la santé mentale médico-légale.</p> <p>Les obstacles internes étaient la culture et le leadership de l'institution et le sentiment d'impuissance face à un système qui, selon eux, était intrinsèquement défectueux.</p> <p>Les cliniciens ont décrit la longue période de détention comme un obstacle à l'engagement thérapeutique</p> <p>C'est à cause de la durée de l'engagement que, selon les cliniciens, le statut du clinicien et du MF s'égalise, et le clinicien n'est plus dans une position de pouvoir garantie sur le patient.</p>	<p>Comment les cliniciens se forment-ils à la santé mentale médico-légale ?</p> <p>Est-ce que les cliniciens prennent en compte l'engagement des personnes dans leur interventions ? Ainsi, comment les cliniciens prennent-ils en considération les longues peines dans leurs interventions ?</p>
<p>4 : Wiley Online</p> <p>The Scope of Practice of Occupational Therapy in U.S.Criminal Justice Settings</p> <p><i>Le champ de pratique de l'ergothérapie aux États-Unis Paramètres de justice pénale</i></p> <p>Jaime P. Muñoz, Emily M. Moreton & Audra M. Sitterly</p> <p>Publié en ligne le 19 avril 2016 dans Wiley Online Library</p>	++	<p>Cette étude visait à fournir une analyse descriptive des rôles et pratiques actuels de l'ergothérapie au sein du système de justice pénale américain.</p>	<p>Les ergothérapeutes qui travaillent dans le système de justice pénale américain dans des cadres de justice pénale institutionnels et communautaires.</p>	<p>Recherche descriptive quantitative et qualitative</p>	<p>En théorie, pendant leur incarcération, les personnes peuvent bénéficier d'une réadaptation pour régler les problèmes sous-jacents qui ont soutenu leur participation à des activités criminelles et, ce faisant, réduire le risque de récidive.</p> <p>Dans la pratique, la réadaptation n'est souvent pas au centre de l'incarcération.</p>	<p>Plus d'un tiers des répondants (37,5 %) ont déclaré qu'ils n'utilisaient systématiquement aucun modèle de pratique</p> <p>Près des deux tiers des répondants à l'enquête (65 %) ont déclaré qu'ils n'utilisaient pas systématiquement des évaluations spécifiques basées sur les performances.</p> <p>Les deux principaux domaines d'intérêt identifiés par 76 % et 69 % des répondants qui ont déclaré avoir utilisé des interventions de groupe étaient respectivement les compétences en communication interpersonnelle/sociale et en résolution de problèmes.</p> <p>De plus, plus de la moitié des répondants ont déclaré qu'ils abordent régulièrement l'adaptation (67 %), la gestion du stress (67 %), l'établissement d'objectifs (62 %), l'emploi (52 %), les loisirs (52 %) ou les compétences en matière de bien-être (52 %).</p>	<p>Est-ce que les ergothérapeutes en France utilisent des modèles conceptuels ?</p> <p>Quelles sont les missions des ergothérapeutes dans les U.H.S.A ?</p> <p>Est-ce que les résultats obtenus dans ces études sont transférables à la population française ?</p>

<p>5 : Wiley Online</p> <p>A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health</p> <p><i>Une étude qualitative des expériences des utilisateurs de services de profession en santé mentale médico-légale</i></p> <p>Christine Craik, and al.</p> <p>Australian Occupational Therapy</p> <p>2010</p>	+++	<p>Explorer l'engagement occupationnel des personnes détenues dans les unités médico-légales. Les restrictions légales et institutionnelles sur l'occupation ont des implications pour leur santé et leur bien-être.</p>	<p>Vingt-six utilisateurs actuels de services de santé mentale médico-légale</p>	<p>Qualitative</p> <p>cinq groupes de discussion, qui ont été enregistrés, retranscrits mot à mot et soumis à une analyse comparative constante.</p>	<p>Approches variées de soins et de traitement émergeant de différentes croyances professionnelles</p> <p>Pour les ergothérapeutes, la création d'opportunités pour les personnes de s'engager dans une occupation est censée promouvoir la santé et le bien-être. Dans les milieux médico-légaux, ces opportunités sont façonnées par des procédures de sécurité qui ont un impact direct sur la façon dont les gens s'engagent socialement et professionnellement, en gérant les risques, mais en incitant les gens à se retirer et à abandonner leurs efforts pour s'engager</p>	<p>Les participants ont mis en évidence les occupations antérieures, les occupations actuelles et les espoirs. Les aspects clés étaient le contrôle de la prise de décision, la motivation et le soutien, générant des suggestions ainsi que des expériences positives d'ergothérapie.</p> <p>Les barrières institutionnelles pourraient être surmontées grâce à un équilibre dynamique entre la gestion des risques et la promotion de la santé mentale par l'emploi. Cela exige une attention soutenue sur l'occupation pour toutes les personnes impliquées dans la prestation de soins et de traitements dans ces milieux.</p>	<p>Quels sont les occupations significantes des personnes ?</p> <p>Est-ce que les occupations significantes apportent du bien-être aux personnes ?</p> <p>Est-ce que participer aux séances d'ergothérapie est-il une occupation ?</p> <p>Comment les facteurs obstacles à l'engagement impacte-t-il les personnes en U.H.S.A ?</p>
<p>6 : Lecture opportuniste -</p> <p>La promotion de la santé en ergothérapie au cœur des occupations des populations</p> <p>Sophie Albuquerque</p>	+	<p>Le développement des services en ergothérapie pour la promotion de la santé, travaillant avec les populations vulnérabiliser par une situation socio-économique fragile et des déterminants sociaux qui affectent leur santé, leur bien-être et leurs conditions de vie.</p>	<p>Les ergothérapeutes</p>		<p>Le virage préventif du nouveau système de santé français.</p>	<p>Les ergothérapeutes analysent de quelle manière les occupations promeuvent le bien-être et la santé et la manière dont l'état de santé est affecté par les habitudes journalières, les routines et les occupations</p> <p>La justice occupationnelle offre une perspective de pratique qui vise l'amélioration des droits des personnes à accéder à des occupations vectrices de santé.</p> <p>Non seulement la justice occupationnelle forme une grande synergie d'action avec la promotion de la santé, mais elle permet surtout de transformer la perspective du thérapeute vers les facteurs et les déterminants de la santé à leurs niveaux socio-économiques et politiques.</p>	<p>Comment les ergothérapeutes en U.H.S.A, en France, considèrent-ils le concept de justice occupationnelle ?</p> <p>Comment se traduit l'injustice occupationnelle dans les U.H.S.A ? Est-ce que les ergothérapeutes prennent en considération celle-ci dans leur interventions ?</p>
<p>7 : Lecture opportuniste -</p> <p>An Occupational Perspective of Health</p> <p><i>Une perspective professionnelle de la santé</i></p>	+++	<p>L'occupation</p> <p>L'engagement occupationnel</p> <p>La privation occupationnelle</p>				<p>Pour les détenus , l'importance de trouver un sens à l'occupation est l'un des facteurs de leurs chances de survie</p> <p>De nombreuses personnes ont moins d'options à faire, à être et à devenir parce qu'elles sont privées d'un emploi rémunéré pour diverses raisons et peuvent, par conséquent, souffrir</p>	<p>Quelle signification les détenues mettent-ils dans les occupations en U.H.S.A ? Ainsi, quelle est la signification pour eux de venir en ergothérapie ?</p>

<p>Ann A Wilckok 2006</p>						<p>d'une détérioration de leur santé.</p> <p>La privation occupationnelle est liée à «un phénomène externe, socialement construit, basé sur des valeurs culturelles qui crée l'exclusion plutôt qu'à la maladie ou au handicap lui-même».</p> <p>Pour les détenus , l'importance de trouver un sens à l'occupation est l'un des facteurs de leurs chances de survie.</p>	<p>En quoi l'U.H.S.A favorise la privation occupationnelle ?</p>
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Annexe 3 : Matrice de questionnement pour les ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant en U.H.S.A avec des personnes psychotiques.

Variables étudiées	Indicateurs par variables	Éventuellement sous indicateurs ou indices	Intitulé	Modalité de réponse	Objectif
Consentement	Utilisation des réponses		Autorisez-vous l'utilisation de vos réponses pour cette enquête ?	Oui/non Non → fin	Obtenir l'autorisation de l'utilisation des réponses pour l'enquête afin d'être en règle vis à vis des lois
Identification du professionnel	Profession		Etes-vous un ergothérapeute diplômé(e) d'État ?	Oui/non Non → fin	Vérifier si les répondants sont des ergothérapeutes
	Exercice		Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé avec des personnes ayant des troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (U.H.S.A) ?	Oui/non Non → fin	Identifier les ergothérapeutes qui ont travaillé avec la population étudiée.
Identification des interventions	Principales missions		Quelles sont ou ont été vos principales missions au sein de l'Unité hospitalière spécialement aménagée ?	Réponse libre	Identifier les différentes missions d'un ergothérapeute dans l'U.H.S.A
	Modèle(s) ou/et outil(s)		Utilisez-vous ou avez-vous utilisé un ou des modèle(s) conceptuel(s) et/ou des outils dans votre pratique ?	Oui/non	Identifier si les ergothérapeutes utilisent dans leur pratique des modèles ou/et outils ergothérapeutique ou autres

	Modèle(s) ou/et outil(s)		Si oui, quel(s) modèle(s) ou outil(s) avez-vous utilisé ou utilisez-vous ? Et pourquoi ?	Réponse libre	Identifier quels sont les modèles ou/et outils utilisés par les ergothérapeutes dans leur pratique Identifier pourquoi utilisent-ils ceux-ci
	Interventions		Quelles types d'interventions réalisez-vous ou avez-vous réalisées avec les personnes souffrant de troubles psychotiques ?	Réponse libre	Identifier les différentes interventions pratiquées par les ergothérapeutes
	Objectifs		Quels sont les principaux objectifs travaillés en séance avec les personnes souffrant de troubles psychotiques ?	Réponse libre	Identifier les objectifs travaillés en séance d'ergothérapie par les détenus psychotiques
Occupations	Occupation		Quelles sont les principales occupations quotidiennes des personnes souffrant de troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (U.H.S.A) ?	Réponse libre	Identifier les principales occupations des personnes psychotiques dans l'U.H.S.A
	Engagement occupationnel		Selon vous, dans quelle(s) occupation(s) l'engagement des personnes est-il le plus marqué ?	Réponse libre	Observer le concept d'engagement occupationnel dans les occupations des personnes
	Facteurs d'engagements		Pourquoi selon vous, sont-ils engagés dans ces occupations ?	Réponse libre	Identifier les éléments favorisant l'engagement occupationnel
Santé	Effets des interventions		D'après cette définition de la santé : Quels sont ou ont été, selon vous, les effets des interventions menées en ergothérapie sur la santé des personnes souffrant de troubles psychotiques ?	Réponse libre	Identifier les impacts des interventions en ergothérapie pour les personnes souffrant de troubles psychotiques dans l'U.H.S.A

Privation occupationnelle	Privation occupationnelle		Connaissez-vous le concept de privation occupationnelle ?	Oui/non	Identifier si les ergothérapeutes connaissent le concept de privation occupationnelle
	Facteurs personnels		D'après cette définition : Quels sont les facteurs personnels des personnes qui, selon vous, entravent leur accès aux occupations ?	Réponse libre	Identifier les facteurs personnels influençant l'occupation des personnes
	Facteurs environnementaux		D'après cette définition : Quels sont les facteurs environnementaux des personnes qui, selon vous, entravent leur accès aux occupations ?	Réponse libre	Identifier les facteurs environnementaux influençant l'occupation des personnes
Justice occupationnelle	Justice occupationnelle		Connaissez-vous le concept de justice occupationnelle ?	Oui/non	Identifier si les ergothérapeutes connaissent le concept de justice occupationnelle
			Suite à cette définition : Pensez-vous permettre ou avoir permis aux personnes d'accéder à des occupations vectrices de santé ?	Oui/non	Observer si les ergothérapeutes permettent un accès aux occupations aux personnes
			Si oui : Comment leurs avez-vous permis d'accéder à ces occupations vectrices de santé ?	Réponse libre	Identifier des situations où l'ergothérapeute a permis aux personnes d'accéder à leur occupation
Remarques			Avez-vous des remarques ou des informations à ajouter concernant ce sujet ?	Réponse libre	Permettre l'ajout de remarques par les répondant

Annexe 4 : Questionnaire sur le site Google Forms®

L'intégration en ergothérapie de la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

Bonjour,

Je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie.

Le thème de mon mémoire est l'intégration en ergothérapie de la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

Pour cela, je cherche des ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant avec ce public dans ce type de structure pour obtenir des données afin d'alimenter ma question de recherche.

Le questionnaire est anonyme et les réponses ne feront l'objet d'aucun jugement de valeur. Vous pouvez vous retirer de l'enquête à tout moment.

Dans l'objectif de récolter un maximum de réponse, vous pouvez transmettre le questionnaire à d'autres ergothérapeutes concerné(e)s par le sujet.

Merci d'avance d'avoir pris le temps de répondre aux questions.

Autorisez-vous l'utilisation de vos réponses pour cette enquête ? *

Oui

Non

Profession

Etes-vous un ergothérapeute diplômé(e) d'État ? *

- Oui
- Non

Exercice

Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé avec des personnes ayant des troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ? *

- Oui
- Non

Concernant l'ergothérapie :

Quelles sont ou ont été vos principales missions au sein de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée ? *

Votre réponse

Utilisez-vous ou avez-vous utilisé un ou des modèle(s) conceptuel(s) et/ou des outils dans votre pratique ? *

- Oui
- Non

Les interventions

Quelles types interventions réalisez-vous ou avez-vous réalisé avec les personnes souffrant de troubles psychotiques ? *

Votre réponse

Quels sont ou ont été les principaux objectifs travaillés en séance avec les personnes souffrant de troubles psychotiques ? *

Votre réponse

Les occupations

Quelles sont les principales occupations quotidiennes des personnes souffrant de troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ? *

Votre réponse

Selon vous, dans quelle(s) occupation(s) l'engagement des personnes est-il le plus marqué ? *

Votre réponse

Pourquoi, selon vous, sont-ils engagés dans ces occupations ? *

Votre réponse

Santé

"La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (OMS).

La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité.

Elle est associée à la notion de bien-être.

Tournée vers la qualité de la vie, la santé devient la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à celui-ci.

D'après cette définition de la santé : Quels sont ou ont été, selon vous, les effets des interventions menées en ergothérapie sur la santé des personnes souffrant de troubles psychotiques ? *

Votre réponse

La Privation Occupationnelle

Connaissez-vous le concept de privation occupationnelle ? *

- Oui
- Non

Définition

La privation occupationnelle est défini comme étant le manque d'engagements occupationnel d'une personne causé par des facteurs personnels et environnementaux.
(Christiansen, 2005)

D'après cette définition : Quels sont les facteurs personnels qui selon vous, entravent l'accès aux occupations des personnes ? *

Votre réponse

D'après cette définition : Quels sont les facteurs environnementaux des personnes qui selon vous, entravent leurs accès aux occupations ? *

Votre réponse

La Justice Occupationnelle

Connaissez-vous le concept de justice occupationnelle ? *

- Oui
- Non

Définition

"La justice occupationnelle offre une perspective de pratique qui vise l'amélioration des droits des personnes à accéder à des occupations vectrices de santé." (ALBUQUERQUE)

Suite à cette définition : Pensez-vous permettre ou avoir permis aux personnes * d'accéder à des occupations vectrices de santé ?

Oui

Non

Justice Occupationnelle

Comment leurs avez-vous permis d'accéder à ces occupations vectrices de santé ? *

Votre réponse

Justice Occupationnelle

Comment leurs avez-vous permis d'accéder à ces occupations vectrices de santé ? *

Votre réponse

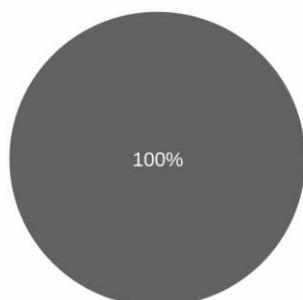
Avez-vous des remarques ou des informations à ajouter concernant ce sujet ?

Votre réponse

Annexe 5 : Réponses au questionnaire

Autorisez-vous l'utilisation de vos réponses pour cette enquête ?

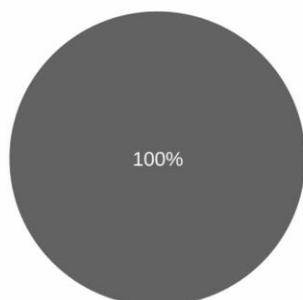
2 réponses



Oui

Etes-vous un ergothérapeute diplômé(e) d'État ?

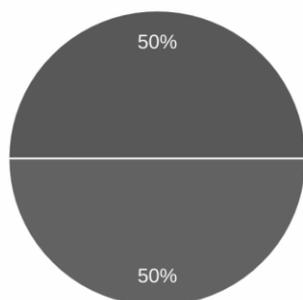
2 réponses



Oui

Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé avec des personnes ayant des troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ?

2 réponses



Oui
 Non

Concernant l'ergothérapie :

Quelles sont ou ont été vos principales missions au sein de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée ?

Une réponse

Proposer des soins en ergothérapie, médiatisés par l'activité. Animer et coanimer des activités thérapeutiques groupales.

Modèle(s) conceptuel(s) et/ou des outils

Quel(s) modèle(s) ou outil(s) avez-vous utilisé ou utilisez-vous ? Et pourquoi ?

0 réponse

Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

Les interventions

Quelles types interventions réalisez-vous ou avez-vous réalisé avec les personnes souffrant de troubles psychotiques ?

Une réponse

Suivis hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, en séances individuelle ou groupale autour d'un média (activité créative le plus souvent)

Quels sont ou ont été les principaux objectifs travaillés en séance avec les personnes souffrant de troubles psychotiques ?

Une réponse

Favoriser l'expression médiatisée, accompagner l'ancrage dans la réalité et dans la temporalité, replacer le patient en position d'acteur, de décideur et permettre un travail d'élaboration et de sollicitation des fonctions cognitives (fonctions exécutives, travail mnésique, orientation temporelle...)

Les occupations

Quelles sont les principales occupations quotidiennes des personnes souffrant de troubles psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ?

Une réponse

peinture, jardinage, cuisine, écoute musicale

Selon vous, dans quelle(s) occupation(s) l'engagement des personnes est-il le plus marqué ?

Une réponse

Très variable selon les patients. La cuisine et la musique restent des activités qui ont souvent l'unanimité.

Pourquoi, selon vous, sont-ils engagés dans ces occupations ?

Une réponse

Fonctions des intérêts des patients. Pour la cuisine et la musique, ce sont des supports qui ressemblent et avec lesquels chacun a une histoire, associés à une prise de plaisir.

Santé

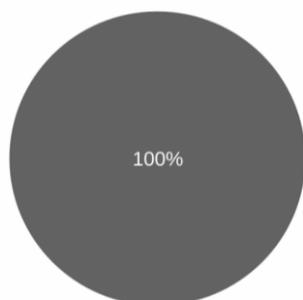
D'après cette définition de la santé : Quels sont ou ont été, selon vous, les effets des interventions menées en ergothérapie sur la santé des personnes souffrant de troubles psychotiques ?

Une réponse

Les séances ont pour effet de permettre un espace dans lequel le patient prend une place active, il est soutenu dans ses initiatives, accompagné dans la réalisation d'un projet qu'il choisit et la pratique d'une activité qui lui procure du plaisir et le valorise. Il y a donc un effet sur le bien-être.

Connaissez-vous le concept de privation occupationnelle ?

Une réponse



Oui

Définition

D'après cette définition : Quels sont les facteurs personnels qui selon vous, entravent l'accès aux occupations des personnes ?

Une réponse

La symptomatologie psychiatrique vient le plus souvent perturber le profil occupationnel

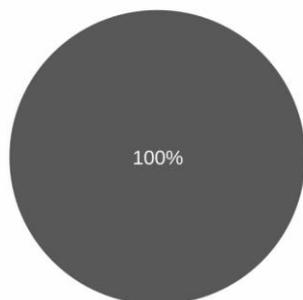
D'après cette définition : Quels sont les facteurs environnementaux des personnes qui selon vous, entravent leurs accès aux occupations ?

Une réponse

Le milieu carcéral qui place en situation de grande dépendance vis à vis d'un tiers, l'isolement familiale et social, qui en temps normal sont souvent étayants et permettent la réalisation d'un certain nombre d'occupations,
le retrait du milieu de vie ordinaire qui ne permet plus le maintient de routines souvent facilitatrice dans le quotidien.

Connaissez-vous le concept de justice occupationnelle ?

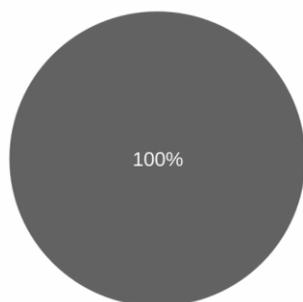
Une réponse



● Non

Suite à cette définition : Pensez-vous permettre ou avoir permis aux personnes d'accéder à des occupations vectrices de santé ?

Une réponse



● Oui

Justice Occupationnelle

Comment leurs avez-vous permis d'accéder à ces occupations vectrices de santé ?

Une réponse

En créant des espaces pour leur réalisation, en adéquation avec la demande du patient, dans un contexte facilitant.

Avez-vous des remarques ou des informations à ajouter concernant ce sujet ?

0 réponse

Il n'y a actuellement aucune réponse à cette question.

Annexe 6 : Matrice théorique du concept d'engagement occupationnel

Concepts	Variables	Indicateurs
Engagement occupationnel	Engagement	Acte : action humaine adaptée à une fin ou disposition d'esprit
		Volonté : ce que veut quelqu'un et prend part à une décision ou intention
		Liberté : autonomie, agir sans contraintes
		Participer : prendre part à quelque chose
		Impliqué : une part de responsabilité dans quelque chose
		Choisir : se décider de..., faire un choix
	S'allier	Parole :
		Promesse : ce que l'on s'engage à faire, Engagement de contracter une obligation ou d'accomplir un acte
		Pacte : Accord, entente de nature formelle
		Contrat : une ou plusieurs personnes s'obligent à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose. vis-à-vis de quelqu'un
	Occupation	Tâches : suite d'action structurées, ce qu'il faut faire
		Activités : Une série structurée d'actions ou de tâches qui contribuent aux occupations.
		Soins personnels : la pratique de jouer un rôle actif dans la protection de son bien-être et de son bonheur
		Productivité : caractère productif
		Loisir : Temps dont on peut librement disposer en dehors de ses occupations habituelles et des contraintes.
		Signifiante : Valeur personnelle
		Significative : Valeur socioculturelle

	Temporalité	Initiation
		Début
		Fin
		Accomplissement : réalisation, exécution
	Effets	Bien-être
		Sens à la vie
		Expression
		Réalisation de soi
		Nouvelles émotions : sentiments, affects
		Changements positifs : améliorations, évolution, augmentation
	Agir	Motivation : ce qui pousse quelqu'un à agir
		Intention : l'envie ou la résolution d'agir et d'atteindre un ou des objectifs fixés à l'avance, la décision de passer à l'action étant quasiment définitive
		Objectif : résultat vers lequel tend l'action de quelqu'un ou d'un groupe
		Participation
		Psychologiquement : moralement, du point de vue de la psychologie
		Physiquement : En ce qui concerne l'aspect physique d'une personne, d'une manière physique, d'un point de vue physique.

Annexe 7 : Matrice théorique du concept d'activité thérapeutique

Concepts	Variables	Indicateurs	
Activités thérapeutiques	Activités	Ludiques	
		Manuelles	
		Occupationnelles	
		Éducative : former	
		Rééducative : ensemble des moyens mis en œuvre pour rééduquer	
		Productivité	
		Loisir	
		Repos	
		Soin : une action ou un ensemble d'actions qu'une personne décide ou accomplit pour elle-même et pour autrui, afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé	
		Déjà réalisée	
		Découverte	
		Activités de la vie quotidienne	Dimension cognitive : connaissances, savoirs
			Mémoire
	Intimité : intime et profond ; ce qui est intérieur et secret.		
	Affectivité : Aptitude à être affecté de sensations		
	Activités sociales	Hospitalisation	
		Hôpital de jour	
		CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel)	

		Socialisation
		Réinsertion
		Adaptation
		Plaisir
		Détente
	Activité artisanale	Principe de réalité : la possibilité de s'extraire de l'hallucination, du rêve
		Apprentissage
		Structuré
		Logique
		Connaissances techniques
		Réinsertion professionnelle
		Contrainte
		Apprentissage technique
		Créative
		Projective : projeter sur autrui ou un objet , les craintes et les désirs ressentis comme interdits et dont la représentation consciente est chargée d'angoisse ou de culpabilité
	Médiation expressive : offrir des moyens d'expression, servir la figurabilité,	
	Activité ludique	Jeu
		Gratuit
		Règles
Limites		

		Organisation
		Hasard
		Stratégie
		Mémoire
		Rôle
		Dévoilement de soi
		Création de lien à l'autre : socialisation
		Groupe
	Médiation	Objet
	Activité	
	Lien	
	Violence pulsionnelle : relatif à une pulsion, traduit souvent par de l'agressivité	
	Objectifs	Expression
		Projection
Impression		
Création		
Symbolisme		
Faire des liens		
Impacts	Expériences signifiantes	
	Meilleure qualité de vie	
	Changements : modification, ne plus être similaire	

Annexe 8 : Cadre d'écoute

Objectifs	Questions à poser	Cadre théorique indicateur(s)	Thème émanant
Savoir ce que signifie l'engagement pour la personne	Pour vous qu'est-ce que l'engagement?	valeur personnelle, valeur socioculturelle, signifiant, significatif	Le concept d'engagement pour la personne
Savoir la fréquence à laquelle la personne vient en ergothérapie	A quelle fréquence venez-vous en ergothérapie par semaine ?	L'engagement acte, volonté, liberté, motivation, participation, accomplissement,	Processus d'engagement
Identifier le motif initial de la venue en ergothérapie	Comment avez-vous commencé à venir en ergothérapie ?	L'engagement acte, volonté, liberté, motivation, participation, accomplissement,	Processus d'engagement
Identifier l'intérêt porté ou non à l'ergothérapie et aux activités proposées Identifier un engagement initial ou une réticence	Lorsque vous avez commencé à venir en ergothérapie, étiez-vous intéressé à participer aux activités proposées ?	L'engagement acte, volonté, liberté, motivation, participation, accomplissement,	Processus d'engagement
Identifier la nature des activités auxquels participe la personne	Quelle(s) activité(s) faites-vous actuellement en ergothérapie ?	L'engagement acte, volonté, liberté, motivation, participation, accomplissement,	Occupations/Activités thérapeutiques
Identifier les motifs de la personne à participer aux activités thérapeutiques	Pour quelles raisons participez-vous aux activités en ergothérapie ?	intention, objectif, découverte, intention, sens, valeur personnelle, valeur sociale, signifiant, significatif	Justification
Savoir si la personne connaît l'activité, si il y a une découverte ou un investissement à nouveau	Avez-vous déjà réalisé ces activités en dehors de l'U.H.S.A? Si oui, dans quel contexte avez-vous réalisés ces activités?	accomplissement, découverte, activité déjà réalisé,	Perception des activités
Observer si la personne identifie les apports de sa participation aux activités en ergothérapie	Selon vous, qu'est-ce que ça vous apporte de participer aux activités en ergothérapie ?	Changements, meilleure qualité de vie, expression, projection, symbolisme, créativité, création de lien à l'autre, plaisir, détente, réinsertion professionnelle, apprentissage technique, socialisation, réinsertion, hospitalisation, repos, nouvelles émotions,	Impact de la venue en ergothérapie/ de la participation à des activités thérapeutiques

Recueillir le ressenti de la personne, ses émotions,	Que ressentez-vous lorsque vous participez à ces activités ?	Signifiant Significatif Bien-être Réalisation de soi Nouvelles émotions Changement Affectivité Plaisir Détente	Affect
Identifier le sens que met la personne dans l'activité réalisé ou non	Est-ce que les activités auxquelles vous participez ont un sens pour vous ? Ont-elles une importance ?	Signifiant, significatif, valeur personnelle, valeur socioculturelle, motivation, sens à la vie,	Sens
Identifier l'intensité de l'engagement de la personne dans les activités	Pouvez-vous noter l'importance pour vous de participer aux activités proposées en ergothérapie, sur une échelle de 0 à 10. (0 pas important et 10 très important)	Acte, participer, impliqué, promesse, parole, pacte, contrat, accomplissement, initiation, intention,	Graduation de l'engagement occupationnel
Avoir quelques éléments d'identification de la personne	Etes-vous un homme ou une femme ? Quel âge avez-vous ?		Identification
Savoir si la personne souhaite dire quelque chose non mentionné dans l'entretien	Avez-vous quelque chose à ajouter ?		

Annexe 9 : Profils types attendues lors des entretiens

Profil type 1	Profil type 2
<ul style="list-style-type: none"> - Personne engagée - Volonté, intérêt ou motivation, - Participation totale ou partielle, - Prises de décision - Présence d'une intention - Sens et/ou importance attribué à l'activité 	<ul style="list-style-type: none"> - Personne non-engagée. - Absence mentale et/ou physique, - Non-action de la personne - Identification d'une contrainte - Manque de sens.

Guide d'entretien structuré pour les ergothérapeutes intervenant auprès de personnes psychotiques en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)

A l'attention des ergothérapeutes



L'objectif de l'entretien est d'identifier le phénomène d'engagement occupationnel chez les personnes psychotiques dans les activités thérapeutiques proposées en ergothérapie en UHSA.



Pour rythmer l'entretien et encourager la personne à approfondir ses réponses, des reformulations et des relances peuvent être utilisées.

(exemples : "pourriez-vous préciser ?", "qu'entendez-vous par là...", "vous me dites que....", "ce que je retiens c'est que...")

Proposition d'introduction à l'entretien :

- ▶ L'entretien d'aujourd'hui entre dans le cadre d'un mémoire en ergothérapie d'une étudiante de 3ème année à Marseille.
- ▶ L'objectif est de recueillir votre point de vue sur votre engagement à venir en ergothérapie.
- ▶ L'entretien est anonyme, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse et aucun jugement de valeur ne sera fait.
- ▶ Vous pouvez ne pas répondre à certaines questions et partir quand vous le souhaitez.
- ▶ L'entretien durera environ 20 minutes.



Avez-vous des questions avant de commencer ?

Questions :

- **Pour vous qu'est-ce que l'engagement ?**

Définition de l'engagement : Tout ce que nous faisons pour nous impliquer, participer à une occupation ou une activité (Polatajko, 2008).

- **A quelle fréquence venez-vous en ergothérapie par semaine ?**
- **Comment avez-vous commencé à venir en ergothérapie ?**
- **Lorsque vous avez commencé à venir en ergothérapie, étiez-vous intéressé à participer aux activités proposées ?**
- **Quelle(s) activité(s) faites-vous actuellement en ergothérapie ?**
- **Pour quelles raisons participez-vous aux activités en ergothérapie ?**

- **Avez-vous déjà réalisé ces activités en dehors de l'UHSA ?**

Si oui, dans quel contexte avez-vous réalisés ces activités ?

- **Selon vous, qu'est-ce que ça vous apporte de participer aux activités en ergothérapie ?**

- **Que ressentez-vous lorsque vous participez à ces activités ?**

- **Est-ce que les activités auxquelles vous participez ont un sens pour vous ? Ont-elles une importance ?**

Si oui, quel sens y mettez-vous ? Pourquoi sont-elles importantes pour vous ?

- **Pouvez-vous noter l'importance pour vous de participer aux activités proposées en ergothérapie, sur une échelle de 0 à 10.**

(0 pas important et 10 très important)

- **Etes-vous un homme ou une femme ?**
- **Quel âge avez-vous ?**
- **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Proposition de fin à l'entretien :

Je vous remercie d'avoir répondu et participé.

Je vous rappelle que les réponses sont anonymes et qu'il n'y a aucun jugement de valeur, ni de réponse vraie ou fausse.

Nous avons terminé.

Annexe 11 : Formulaire d'autorisation vierge de l'utilisation et du traitement des données recueillis



UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE

Formulaire d'autorisation pour l'utilisation et le traitement des données recueillis

Dans le cadre d'un mémoire en ergothérapie réalisé par BOULABED Soundes, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à Marseille.

Date de l'entretien :

J'autorise l'utilisation et le traitement des données recueillis durant l'entretien.

Je n'autorise pas l'utilisation et le traitement des données recueillis durant l'entretien.

Merci pour votre considération.

Signature et Date de signature :



Fiche de renseignement à destination des ergothérapeutes

Sexe : M / F / Non binaire

Âge :

Année d'obtention du diplôme d'ergothérapie :

Nombre d'années/mois d'exercice au sein de l'UHSA :

Autres domaines d'exercice auparavant :
.....

Annexe 13 : Fiche de renseignement concernant le patient



Fiche de renseignement concernant le patient

Sexe : M / F / Non binaire

Âge :

Date d'entrée en UHSA :

Fréquence de la venue en ergothérapie par semaine :.....
.....

Lieu des séances d'ergothérapie :.....
.....

Activités réalisées en ergothérapie par la personne :.....
.....

.

Annexe 14 : Retranscription et commentaires initiaux de l'entretien de P1

Questions posées	Personne 1	Commentaires initiaux		
		Descriptifs	Linguistiques	Interprétatifs
1/Pour vous, qu'est-ce que l'engagement ?	Une valeur propre à un individu pour respecter des délais, des horaires, des règles notamment pour une activité, un emploi, ou même un contrat de mariage par exemple. R1	<p>Qu'est-ce que la personne entend par valeur ?</p> <p>→ Idée que l'engagement dépend de l'individu</p> <p>Est-il marié ? Est-ce qu'il a déjà été engagé auprès de quelqu'un ? A-t-il vécu l'expérience d'engagement ?</p>		<p>L'engagement est différent pour chacun.</p> <p>Le quotidien mobilise l'engagement en permanence</p> <p>L'engagement est une valeur personnelle et sociale.</p>
2/A quelle fréquence venez-vous en ergothérapie par semaine ?	1 fois par semaine, mais 2 ou 3 fois ce serait top. R2	Il a envie de venir davantage.	<p>“ça serait top” : quelle est la signification de son expression ? Est-ce que cette expression est utilisée fréquemment par la personne ?</p>	<p>Il aime venir en ergothérapie.</p> <p>La fréquence est un indicateur d'engagement.</p> <p>Trop peu entraîne une frustration et une demande</p> <p>Trop entraîne une lassitude ou désintérêt</p> <p>La bonne fréquence de participation dépend de chacun.</p>
3/Comment avez-vous commencé à venir en ergothérapie ?	C'est vous qui m'avez contacté, en lien avec le médecin aussi parce que j'aime les activités artistiques. R3	<p>La personne met au premier plan le médical.</p> <p>Elle aime les activités artistiques</p>	<p>S'adresse directement à l'ergothérapeute “Vous”.</p> <p>Expression clair d'aimer l'art</p>	<p>L'engagement a été initié par l'ergothérapeute et le médecin qui l'ont contacté.</p> <p>Fait un lien indirect entre le fait d'aimer l'art et sa venue en ergothérapie, car l'ergothérapie propose des activités artistiques.</p> <p>L'ergothérapie utilise l'art.</p> <p>Venir en ergothérapie en U.H.S.A nécessite un accord médical.</p> <p>Les intérêts d'une personne peuvent orienter le moyen du soin.</p>

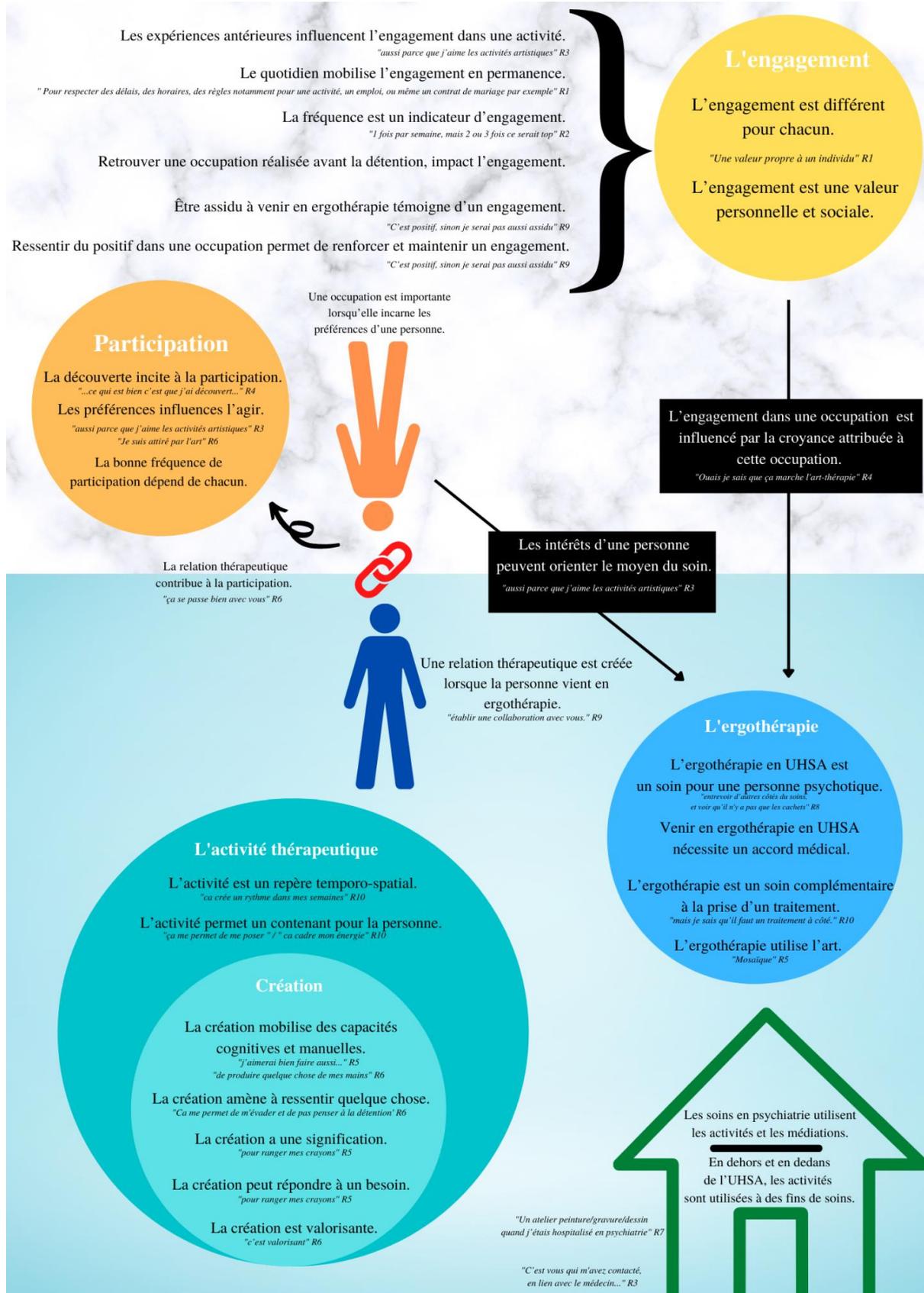
<p>4/Lorsque vous avez commencé à venir en ergothérapie, étiez-vous intéressé à participer aux activités proposées ?</p>	<p>Ouais je sais que ça marche l'art-thérapie, ce qui est bien c'est que j'ai découvert d'autres activités et moyens d'expressions, autre que le dessin et la peinture. R4</p>	<p>Qu'est-ce qu'elle entend par ça marche ? Quelles sont les attentes envers l'art-thérapie afin de juger si cela marche ou non ? Quels sont ces critères d'évaluation pour dire que l'art-thérapie marche ?</p> <p>La personne parle de l'art-thérapie dans un contexte d'ergothérapie. Est-ce qu'elle distingue les deux professions ?</p> <p>La personne sait que les activités proposées sont des moyens d'expressions.</p> <p>La personne trouve dans sa venue en ergothérapie, le fait d'avoir découvert des activités.</p>	<p>Familiarité dans le discours avec le "ouais".</p>	<p>La personne pense que l'art-thérapie marche pour se soigner. L'engagement dans une occupation est influencé par la croyance attribuée à cette occupation.</p> <p>La découverte incite à la participation.</p> <p>L'ergothérapie est un lieu de découverte.</p>
<p>5/Quelle(s) activité(s) faites-vous actuellement en ergothérapie ?</p>	<p>Mosaïque, j'aimerais bien faire aussi si j'ai le temps de la peinture, des maquettes en carton parce que un autre patient a fait une boîte en carton pour ranger son tabac, j'aimerais bien en faire aussi pour ranger mes crayons. R5</p>	<p>Est-ce que la personne considère la mosaïque comme de l'art ?</p> <p>La personne exprime une demande : de faire de la peinture et une boîte en carton L'entretien a permis à la personne d'exprimer son envie de faire une boîte en carton.</p>	<p>Discours très bref sur l'activité réalisée. Pas de phrase, seulement le mot : mosaïque.</p>	<p>Le fait d'avoir vu ce qu'à fait un autre patient, à donner envie à la personne de faire aussi une boîte pour ranger ses crayons.</p> <p>Voir ce que quelqu'un d'autre à créer permet de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -donner des idées à ses propres créations. -donne envi de faire aussi -s'engager dans une création <p>Les activités thérapeutiques/La création mobilise des capacités cognitives et manuelles.</p> <p>Les crayons font lien avec l'attrait pour l'art. La création a une signification.</p> <p>La création peut répondre à un besoin.</p>
<p>6/Pour quelles</p>	<p>Je suis attiré par l'art, on</p>	<p>Être bien entouré est une</p>	<p>Qui est inclus</p>	<p>La personne met un</p>

<p>raisons participez-vous aux activités en ergothérapie ?</p>	<p>est bien entouré, ça se passe bien avec vous. Ca me permet de m'évader et de pas penser à la détente, de produire quelque chose de mes mains et c'est valorisant. R6</p>	<p>raison pour participer selon la personne.</p> <p>Les raisons de participer aux activités sont nombreuses, diverses et bien identifiées par la personne.</p>	<p>dans le "on" ?</p>	<p>point d'honneur à ce que nous comprenions son attrait pour l'art.</p> <p>Les préférences influencent l'agir.</p> <p>L'attrait pour l'art et le fait qu'en ergothérapie les activités sont artistiques est une raison pour la personne de participer.</p> <p>Le fait que les activités se déroulent bien avec l'ergothérapeute est une raison pour la personne de participer.</p> <p>La relation thérapeutique contribue à la participation.</p> <p>La création amène à ressentir quelque chose.</p> <p>La création est valorisante.</p>
<p>7/Avez-vous déjà réalisé ces activités en dehors de l'U.H.S.A? Si oui, dans quel contexte avez-vous réalisés ces activités?</p>	<p>Je sais pas si c'était de l'ergothérapie mais j'avais un atelier peinture/gravure/dessin quand j'étais hospitalisé en psychiatrie. R7</p>	<p>Difficultés à distinguer l'ergothérapie.</p> <p>La personne a une expérience antérieure avec la psychiatrie.</p> <p>La personne a déjà réalisé des activités et médiations thérapeutiques.</p>		<p>Les expériences antérieures influencent l'engagement dans une activité.</p> <p>Les soins en psychiatrie utilisent les activités et les médiations.</p> <p>En dehors et en dedans de l'U.H.S.A, les activités sont utilisées à des fins de soins.</p> <p>Retrouver une occupation réalisée avant la détente, impact l'engagement.</p>
<p>8/Selon vous, qu'est-ce que ça vous apporte de participer aux activités en ergothérapie ?</p>	<p>Comme j'ai dit ça permet l'évasion, gagner confiance en moi, entrevoir d'autres côtés du soins, et voir qu'il n'y a pas que les cachets. R8</p>	<p>Affirme que sa participation à des activités lui permet de s'évader mentalement.</p> <p>La personne identifie avec justesse que participer à des activités est un autre type de</p>	<p>répétition "comme j'ai dit" Est-ce une lassitude de répéter ? Est-ce une façon d'appuyer ses</p>	<p>Créer quelque chose permet de gagner confiance en soi.</p> <p>L'ergothérapie est un soin pour la personne.</p> <p>L'ergothérapie en</p>

		soin, différent des médicaments qu'il prend.	propos ?	<p>U.H.S.A est un soin pour une personne psychotique.</p> <p>Les cachets sont ressentis comme de la lourdeur.</p> <p>Cet autre côté du soin avec des activités est bénéfique pour la personne.</p>
9/Que ressentez-vous lorsque vous participez à ces activités ?	Hmm je ressens de la joie, de l'engouement par rapport au travail que j'effectuais, et d'établir une collaboration avec vous. C'est positif, sinon je serai pas aussi assidu. R9	Fait référence au travail qu'elle effectue Ressens du positif Mentionne établir une collaboration avec l'ergothérapeute Justifie son assiduité à participer aux séances car ce qu'elle y ressent est positif.	Réflexion sur ces ressentis avec le "hmm". S'adresse directement à l'ergothérapeute.	<p>La collaboration avec l'ergothérapeute crée une relation de confiance.</p> <p>Une relation thérapeutique est créée lorsque la personne vient en ergothérapie.</p> <p>Ressentir du positif dans une occupation permet de renforcer et maintenir un engagement.</p> <p>Être assidu à venir en ergothérapie témoigne d'un engagement.</p>
10/Est-ce que les activités auxquelles vous participez ont un sens pour vous ? Ont-elles une importance ? Si oui, quel sens y mettez-vous ? Pourquoi sont-elles importantes pour vous ?	Sens : Oui dans le sens où ça me permet de me poser mais je sais qu'il faut un traitement à côté. importance : ça cadre mon énergie, ça crée un rythme dans mes semaines. R10	La personne sait l'importance de la prise de son traitement. Est-ce qu'elle est consciente de ses troubles psychiatriques ? Participer aux activités en ergothérapie permet un temps où la personne est posée (physiquement et psychologiquement) + énergie cadrée (physique et mentale). Importance pour la personne d'avoir un repère temporo-spatial : avec la création d'un rythme dans la semaine.	Est-ce que le terme "sens" a été compris ?	<p>L'activité est un repère temporo-spatial.</p> <p>L'ergothérapie est un soin complémentaire à la prise d'un traitement.</p> <p>L'activité permet un contenant pour la personne.</p>
11/Pouvez-vous noter l'importance pour vous de venir en ergothérapie, sur une échelle de 0 à 10.	10/10 j'adore ça. R11	Le mot "adorer" témoigne de l'attrait pour l'ergothérapie.		<p>Cotation en adéquation avec le discours de la personne durant l'entretien.</p> <p>Une occupation est</p>

				importante lorsqu'elle incarne les préférences d'une personne.
12/Etes-vous un homme ou une femme ?	Homme R12			
13/ Quel âge avez-vous ?	35 ans R13	Vécu psychiatrique avant d'arriver dans l'U.H.S.A		Est-ce que son âge avancé influence le fait d'avoir déjà eu de l'ergothérapie avant ?
14/Avez-vous quelque chose à ajouter ?	Bonne chance pour votre mémoire ! par rapport à l'ergothérapie : à découvrir de plus en plus et à développer. R14	Est-ce à découvrir de plus en plus pour la personne ou en général ? A développer en U.H.S.A ou dans d'autres contextes ?		L'ergothérapie amène de l'intérêt.
Eléments complémentaires donnés par l'ergothérapeute				
15/Date d'entrée en U.H.S.A	28 Mars 2022	Récente arrivée		Est-ce que l'attrait pour l'ergothérapie va durer ?
16/Activités réalisés en ergothérapie par la personne	Mosaïque	La personne n'a fait que de la mosaïque.		
17/Lieu des séances d'ergothérapie	salle d'ergothérapie	Présence physique en salle d'ergo		La présence physique témoigne d'une participation ainsi que d'un engagement

Annexe 15 : Mise en lien schématique des thèmes émergents de l'entretien de P1



Annexe 16 : Retranscription et commentaires initiaux de l'entretien de P2

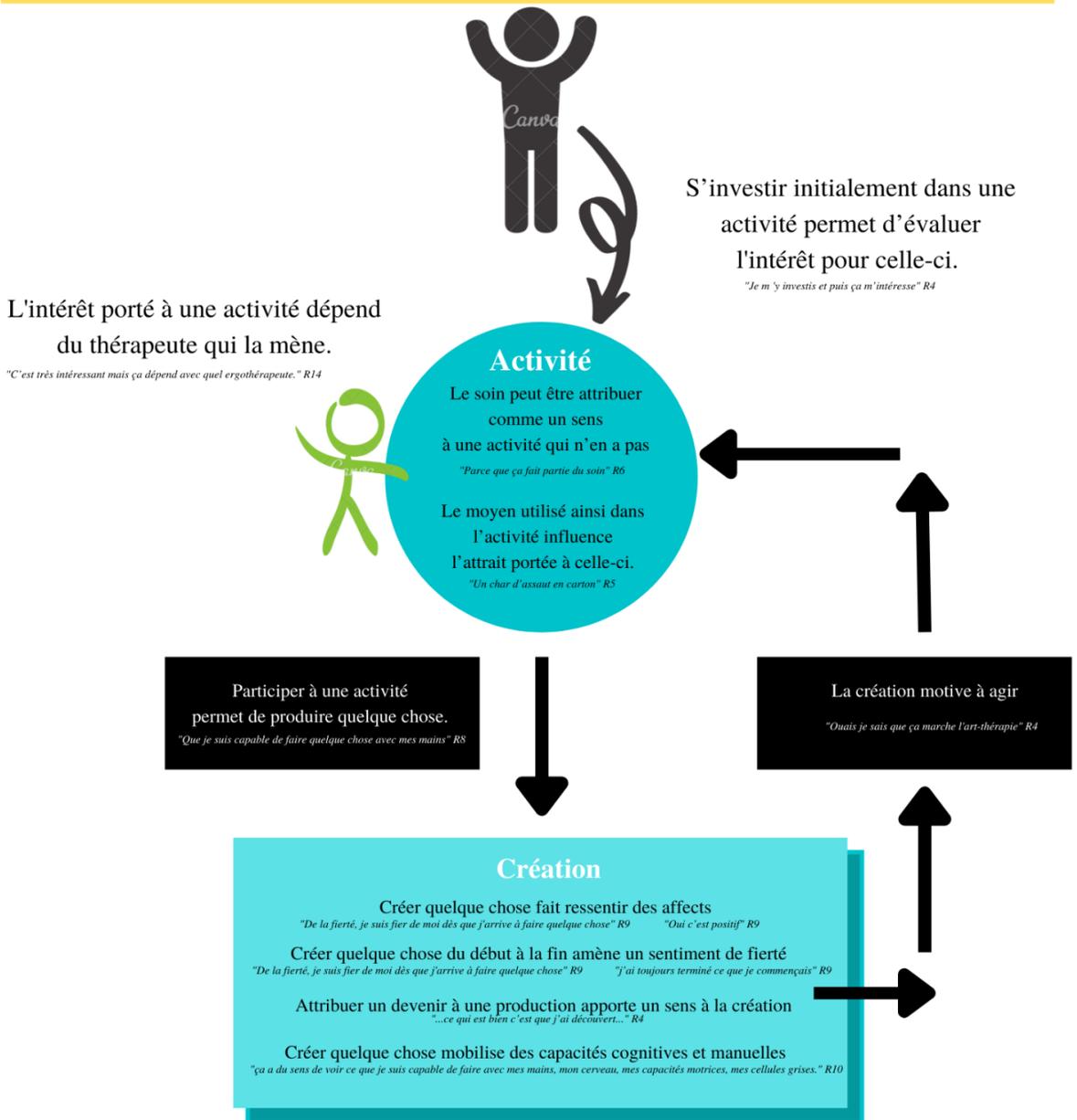
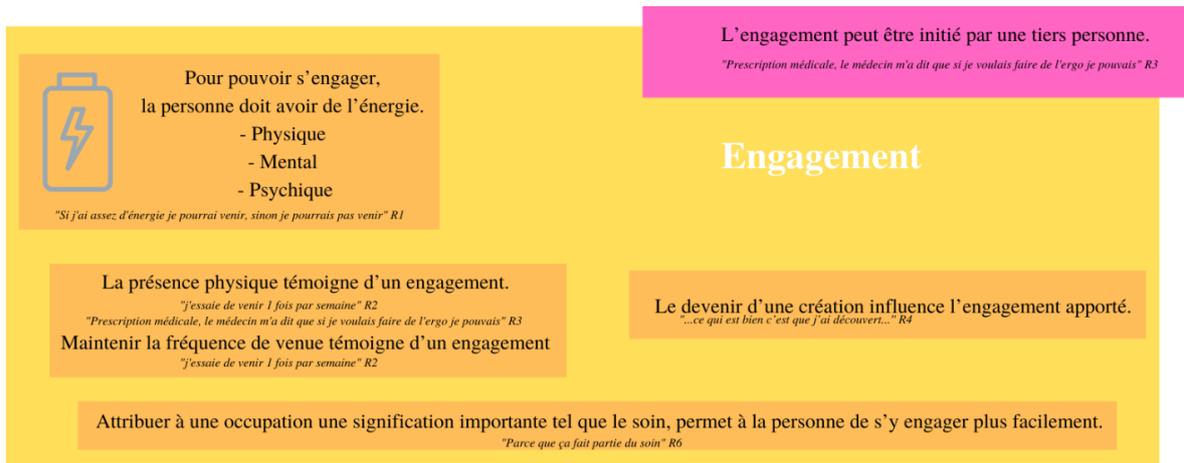
Questions posées	Personne 2	Commentaires		
		Descriptifs	Linguistiques	Interprétatifs
1/Pour vous, qu'est-ce que l'engagement ?	Si j'ai assez d'énergie je pourrai venir, sinon je pourrais pas venir. R1	Venir où ? En ergothérapie ? La personne parle-t-elle d'énergie physique ou mentale ? Sa réponse renvoie à sa propre expérience.	Utilisation du "je"	Si elle n'a pas d'énergie, elle ne peut pas s'engager dans quelque chose. Ainsi pour pouvoir s'engager, la personne doit avoir de l'énergie. Energie : physique et psychique L'engagement est un concept abstrait pour elle. Ainsi, pour le définir, elle associe cela à quelque chose de concret.
2/A quelle fréquence venez-vous en ergothérapie par semaine ?	j'essaie de venir 1 fois par semaine. R2	Pourquoi avoir employé le mot essayer ? Est-ce que la personne fournit un effort pour parvenir à venir au moins 1 fois par semaine ? Arrive-t-elle à maintenir cette fréquence ? Quels sont les éléments qui contribuent à sa venue ?	La personne à employer le mot "essayer" Essayer → <i>utiliser quelque chose pour contrôler ou tester ses qualités. Pratiquer une activité pour la première fois afin de voir si elles conviennent. Mettre une méthode en pratique et voir si elle convient.</i>	Dans l'expression de la fréquence de sa venue, il y a la verbalisation de l'effort qu'elle y met. Venir en ergothérapie mobilise certaines choses chez cette personne. Maintenir la fréquence de venue, témoigne d'un engagement La personne s'est engagée à venir une fois par semaine.
3/Comment avez-vous commencé à venir en ergothérapie ?	Prescription médicale, le médecin m'a dit que si je voulais faire de l'ergo je pouvais. R3	Il y a eu une prescription médicale. Une possibilité a été proposée à la personne.		C'est le médecin qui est à l'initiative de sa venue en ergothérapie. L'engagement de la personne a été aidé par le médecin et la prescription médicale. Sans le médecin, est-ce que la personne serait venue en ergothérapie par elle-même ? Puisque la personne vient en ergothérapie, elle le veut. La présence physique témoigne d'un engagement.
4/Lorsque vous avez commencé	Oui, de faire des squales (requins), un	Y a-t-il un intérêt pour ces animaux en particulier	Les races sont	Les squales et les aigles sont des animaux qui intéressent la personne.

à venir en ergothérapie, étiez-vous intéressé à participer aux activités proposées ?	aigle. Je m'y investis et puis ça m'intéresse. R4	? C'est l'action (s'investir) qui amène de l'intérêt dans l'activité.	précisées.	S'investir permet d'essayer une activité. Essayer une activité, c'est évaluer si elle intéresse ou non. S'investir initialement dans une activité permet d'évaluer l'intérêt pour celle-ci.
5/Quelle(s) activité(s) faites-vous actuellement en ergothérapie ?	Un char d'assaut en carton, il faudra le peindre en militaire après. R5	Projection dans le futur de l'activité. Anticipation de le peindre en militaire. Quelle est la signification de ce thème pour la personne ? Thème différent des squales et des aigles.		Elle porte un intérêt au char d'assaut militaire. Elle apprécie faire une maquette en carton. Le moyen utilisé ainsi dans l'activité influence l'attrait portée à celle-ci.
6/Pour quelles raisons participez-vous aux activités en ergothérapie ?	Parce que ça fait partie du soin. R6	Selon la personne, le soin est une raison pour venir en ergothérapie. Est-ce qu'elle est convaincu de l'effet thérapeutique de participer à des activités ?	Discours pauvre	Le soin est un point d'ancrage pour cette personne. Attribuer à une occupation une signification importante tel que le soin, permet à la personne de s'y engager plus facilement. Attribuer un sens à une activité qui n'en a pas
7/Avez-vous déjà réalisé ces activités en dehors de l'U.H.S.A? Si oui, dans quel contexte avez-vous réalisés ces activités?	Non. R7	Est-ce une première expérience dans le domaine de la psychiatrie ?	Réponse brève Pas d'approfondissement de la réponse La personne répond juste à la question.	Possibilité de ne pas vouloir évoquer le passé. Possibilité de ne pas répondre car les questions ont entraîné une lassitude. Possibilité d'avoir déjà réalisé ces activités.
8/Selon vous, qu'est-ce que ça vous apporte de participer aux activités en ergothérapie ?	Que je suis capable de faire quelque chose avec mes mains. R8	La personne est consciente qu'elle peut faire des choses. Elle donne une preuve de son utilité.	Pas d'approfondissement de sa réponse.	Pauvre estime d'elle-même La création est une preuve tangible qu'elle est capable de faire quelque chose et qu'elle est utile. Participer à une activité permet de produire quelque chose.
9/Que ressentez-vous lorsque vous participez à ces activités ?	De la fierté, je suis fier de moi dès que j'arrive à faire quelque chose. Question de l'ergo : c'est toujours que du positif ? Oui c'est positif car j'ai toujours terminé ce que je commençais.	La production de quelque chose amène un ressenti : de la fierté. La personne dit toujours avoir fini de ses productions antérieures faites en ergothérapie. Principe chez elle de finir		Fierté → sentiment très fort qu'aborde cette personne Les troubles psychotiques et le contexte de l'U.H.S.A, n'empêchent pas la création et le ressenti d'affects positifs. Créer quelque chose du début à la fin

	R9	ce qui est commencé.		amène un sentiment de fierté Créer quelque chose fait ressentir des affects
10/Est-ce que les activités auxquelles vous participez ont un sens pour vous ? Ont-elles une importance ? Si oui, quel sens y mettez-vous? Pourquoi sont-elles importantes pour vous ?	Oui ça a du sens de voir ce que je suis capable de faire avec mes mains, mon cerveau, mes capacités motrices, mes cellules grises. Oui je peux donner à mon père ce que je fais et il sera content, la fierté de mon père c'est le plus important. R10	La personne insiste sur le fait que faire a du sens pour elle. Elle est consciente de ses capacités et de ce qu'elle mobilise dans les activités. Ses créations ont un but, le cadeau. Double fierté : père et fils. La personne parle de capacité et d'organes qu'elle possède	vocabulaire anatomique	Son père est un proche important. Il y a un lien entre les activités qu'elle réalise et la fierté de son père. Attribuer un devenir à une production apporte un sens à la création et une motivation à la faire. Le devenir d'une création influence l'engagement apporté. Créer quelque chose mobilise des capacités cognitives et manuelles
11/Pouvez-vous noter l'importance pour vous de venir en ergothérapie, sur une échelle de 0 à 10.	8. R11	L'ergothérapie à une grande importance.		Cotation cohérente aux informations transmises durant l'entretien
12/Etes-vous un homme ou une femme ?	Homme R12			
13/ Quel âge avez-vous ?	23 ans. R13	Personne jeune		Le jeune âge peut expliquer une découverte des activités thérapeutique non réalisées antérieurement.
14/Avez-vous quelque chose à ajouter ?	C'est une activité très intéressante pour moi, ceux qui disent qu'ils sont bon en rien c'est très bien l'ergo. C'est très intéressant mais ça dépend avec quel ergothérapeute. La musique qu'on entend c'est important aussi. R14	Conscience de l'intérêt pour soi-même de l'ergothérapie Petit détail en fin d'entretien qui indique que la personne aime la musique et que c'est important pour elle.	utilisation du mot "intéressant" à deux reprises.	L'intérêt porté à une activité dépend de la personne qui la mène. Activité intéressante pour elle et en général.
Eléments complémentaires donnés par l'ergothérapeute				
15/Date d'entrée en U.H.S.A	6 mai 2020	Longue période d'hospitalisation		L'engagement peut évoluer avec le temps.
16/Activités	Dessin, peinture,	Il a fait de nombreuses		

réalisés en ergothérapie par la personne	mosaïque, maquette en carton	activités en ergothérapie. Diverses médiations		
17/Lieu des séances d'ergothérapie	salle d'ergothérapie	Présence physique en salle d'ergo		La présence physique témoigne d'une participation ainsi que d'un engagement

Annexe 17 : Mise en lien schématique des thèmes émergents de l'entretien de P2



Résumé

Introduction : En U.H.S.A. (unités hospitalières spécialement aménagées), les personnes psychotiques rencontrent des obstacles individuels et environnementaux dans leur engagement occupationnel. L'objectif de cette recherche est d'explorer le phénomène d'engagement occupationnel des personnes psychotiques lors de leur venue en ergothérapie. Méthode : Deux entretiens directifs ont été menés par une ergothérapeute d'une U.H.S.A. auprès de ses patients. Les réponses ont été analysées selon une analyse phénoménologique interprétative (A.P.I). Résultats : L'ergothérapie en U.H.S.A. est un soin utilisant l'activité thérapeutique. Les personnes psychotiques s'investissent, participent et produisent des créations. L'environnement influence également leur engagement à venir en ergothérapie. Conclusion : L'engagement occupationnel dans des activités thérapeutiques a des effets bénéfiques sur la santé des personnes psychotiques. Cependant, l'U.H.S.A est un environnement de privation occupationnelle.

Mots clés : Ergothérapie - Engagement occupationnel - Unité Hospitalière Spécialement Aménagée - Troubles psychotiques

Abstract

Background : In the case of prisoners living with psychosis, their occupational engagement is confronted with individuals and environmental barriers, especially among an acute psychiatric care prison's unit (A.P.C.P.U.). The aim of this research is to investigate these prisoners' occupational engagement when they come to occupational therapy. Method : Two directed interviews were conducted by an occupational therapist working in an A.P.C.P.U. Results were analyzed according to an interpretative phenomenological analysis. Findings : In Occupational therapy, activities facilitate participation and creativity. The occupational engagement is perceived differently among people and relies on their interests and their participation in activities. The prison and social environment has an influence too. Conclusions : Occupational engagement in therapeutic activities impacts people living with psychosis's health. However, A.P.C.P.U are an occupational deprivation's environments.

Keywords : Occupational Therapy - Occupational Engagement - Acute Psychiatric Care Prison's Unit - Psychosis