



**HAL**  
open science

# Perte d'identité et d'autonomie des personnes atteintes de psychoses et intervention en ergothérapie au sein d'unités hospitalière spécialement aménagées

Lola Coiro

## ► To cite this version:

Lola Coiro. Perte d'identité et d'autonomie des personnes atteintes de psychoses et intervention en ergothérapie au sein d'unités hospitalière spécialement aménagées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04129397

**HAL Id: dumas-04129397**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04129397v1>**

Submitted on 15 Jun 2023

**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



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

Ecole des sciences de la réadaptation

Formation en ergothérapie

Lola COIRO

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la  
recherche

22 mai 2023

Perte d'identité et d'autonomie des personnes atteintes de psychoses et  
intervention en ergothérapie au sein d'Unités Hospitalière Spécialement  
Aménagées.

Sous la direction de Mme BLANC

Et Virginie CRETIN

## Remerciements

*Je tenais à remercier particulièrement mes référentes pédagogique et professionnelle Mme Catheline BLANC et Mme Virginie CRETIN qui m'ont accompagné, soutenu, aiguillé avec bienveillance et patience tout au long de cette initiation à la recherche.*

*Merci à Virgine CRETIN qui m'a conforté dans ma volonté de travailler auprès de personnes atteintes de maladie psychiatrique grâce à son énergie et à son investissement dans son métier.*

*Je remercie également les ergothérapeutes ayant bien voulu participer à cette initiation à la recherche.*

*Je remercie les personnes de ma promotion avec qui ces trois années ont été passées dans la bienveillance et la volonté de s'améliorer en s'entre aidant.*

*Je remercie ma famille qui est toujours restée disponible lorsque je rencontrais des difficultés.*

*Je remercie mes amis en étude d'orthophonie qui m'ont motivé et accompagnés jusqu'à la fin de cet écrit.*

*Je remercie Corentin qui m'a aidé dans les moments difficiles*

*Enfin je remercie Elisa sans elle ces dernières années de formations auraient été bien différentes*

## **Sommaire :**

1	Introduction.....	1
1.1	Le contexte.....	1
1.2	Le thème général.....	2
1.2.1	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée.....	2
1.2.2	La psychose.....	3
1.2.3	Privation occupationnelle.....	4
1.3	Résonance du thème.....	5
1.4	Revue de littérature.....	7
1.4.1	Les banques de données.....	7
1.4.2	Equations de recherche.....	7
1.4.3	Filtres appliqués et sélection des articles.....	7
1.5	Résultats de l'analyse de la revue de littérature.....	8
1.5.1	Rôles perdus par une personne détenue lors de leur incarcération en prison.....	8
1.5.2	Vulnérabilité liée à l'emprisonnement.....	11
1.5.3	Posture des soignants et méthode d'intervention dans les UHSA.....	12
1.6	Problématisation pratique.....	13
1.7	L'enquête exploratoire.....	13
1.7.1	Les objectifs de l'enquête.....	13
1.7.2	La population :.....	14
1.7.3	Choix de l'outil de recueil de donnée.....	14
1.7.4	Construction de la matrice de l'outil de recueil de donnés.....	16
1.7.5	Méthode d'analyse du recueil de données.....	19
1.7.6	Test de faisabilité et validité du dispositif de recherche.....	19
1.7.7	Déroulement de l'enquête :.....	19
1.7.8	Résultat de l'enquête exploratoire.....	19
1.7.9	Synthèse et questionnement.....	22

1.7.10	Critique de l'enquête exploratoire .....	23
1.8	Question initiale de recherche .....	24
1.9	Cadre conceptuelle .....	24
1.9.1	Le rôle .....	24
1.9.2	Autonomie.....	27
1.9.3	Problématisation théorique.....	30
1.10	Objet et question de la recherche .....	31
2	Méthode.....	32
2.1	La méthode de recherche .....	32
2.2	La population ciblée et les sites d'explorations .....	32
2.3	Choix de l'outil de recherche théorisé .....	32
2.3.1	Avantages et inconvénients.....	32
2.3.2	Biais .....	33
2.4	Construction de l'outil de recherche .....	35
2.1	Choix de la méthode d'analyse des données.....	37
2.2	Protection de la personne et des données.....	38
2.3	Test.....	38
2.4	Déroulement de la recherche.....	38
3	Résultats .....	39
3.1	Présentation des participants .....	39
3.2	Analyse verticale.....	40
3.2.1	Premier entretien .....	40
3.2.2	Deuxième ergothérapeute.....	40
3.3	Analyse horizontale des données .....	41
3.3.1	Le positionnement de l'ergothérapeute.....	41
3.3.2	L'autonomie en UHSA .....	42
3.3.3	Les rôles .....	43

3.3.4 Intervention de l'ergothérapeute .....	44
3.3.5 Sortie de l'UHSA .....	45
4 Discussion .....	46
4.1 Interprétation des résultats au regard de la problématisation pratique et théorique.....	46
4.2 Eléments de réponse à la question de recherche .....	47
4.3 Critique du dispositif de recherche .....	48
4.4 Les résultats et la pratique professionnelle .....	48
4.4.1 Apport, intérêts et limites .....	48
4.4.2 Transférabilité .....	49
4.4.3 Perspective professionnelle et de recherches .....	49
5 Bibliographie.....	50
6 Annexes.....	54
6.1 Annexe 1 : Tableau de résultats des bases de données .....	54
6.2 Annexe 2 : Tableau d'analyse de la revue de littérature .....	55
6.3 Annexe 3 : Feuille de consentement vierge .....	60
6.4 Annexe 6 : Matrice conceptuelle .....	61
6.5 Annexe 7 : Arbre des thématiques de la recherche .....	62

## 1 Introduction

### 1.1 Le contexte

L'origine de la question de recherche apparaît lors d'un recueil de données montrant le manque d'activité signifiant en détention. La prison devient ainsi leur lieu de vie pour une période définie par la justice. De fait, leur environnement de vie semble modifié, semblant impacter toute opportunité de réaliser des occupations significatives. Quelles sont les conséquences de ce manque d'occupations significatives ? Comment utiliser les occupations à visée thérapeutique au sein d'un centre pénitentiaire régi par un environnement qui, par définition, prive les libertés de la personne ?

Dans un second temps, une observation sur le terrain a été réalisée en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) a confirmé le manque d'activité signifiante pour les patients. En effet, l'UHSA a une diversité dans les activités proposées sous indication médicale afin d'inscrire les patients dans une dynamique de soin. Cependant, ce ne sont pas des activités significatives pour toutes les personnes et le nombre de places par activité est limité. Concernant le public accueilli à l'UHSA (hommes, femmes, mineurs), et « la moitié des patients sont admis pour des troubles psychotiques »(1). Les patients présentent une maladie trop envahissante, rendant leur état de santé non compatible avec la détention en prison. L'UHSA est un environnement différent que celui de la prison ou des SMPR puisqu'il s'agit d'une structure hospitalière. Les occupations des patients en sont donc modifiées. Il a été observé que certains patients décompensaient ou se sentaient désorientés lors de leur arrivée. Comment limiter l'effet paradoxal de l'arrivée en UHSA qui peut désorienter et aggraver la décompensation de la personne par la non-connaissance ou le manque d'information de son environnement ? D'après plusieurs professionnels interrogés sur le terrain, cette décompensation à l'arrivée pourrait être liée à un lâcher-prise des personnes lorsqu'elles se sentent en sécurité. Alors comment la décompensation lors de leur arrivée peut-elle participer à aller vers un mieux-être de la personne ? Par quoi est causée cette insécurité ? Comment adapter les occupations significatives de la personne à ses symptômes qui envahissent son quotidien ?

À la suite de ces différents questionnements, une problématique professionnelle en a découlé :

Comment agir sur la privation occupationnelle d'une personne atteinte de psychose dans une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée en France ?

Le thème de cette recherche se portera alors sur la thérapie par l'occupation dans les Unités Hospitalisées Spécialement Aménagées pour les personnes atteintes de psychoses en France.

## **1.2 Le thème général**

Afin de comprendre ce thème, nous allons définir les champs disciplinaires sur lesquels le thème se base ainsi que ses termes principaux.

Quatre champs disciplinaires ont été identifiés à travers ce sujet. La science de l'occupation, qui s'intéresse aux occupations de la personne détenue et comment les adapter à l'UHSA. La psychiatrie, afin de comprendre la psychose et ses symptômes chez la personne qui en souffre. La psychologie, pour s'intéresser aux comportements et aux émotions des patients et des soignants. Le droit, qui permet de comprendre le fonctionnement de l'environnement des patients et du personnel, c'est-à-dire le cadre législatif et le contexte judiciaire.

En se basant sur ces champs disciplinaires, trois termes peuvent à présent être explicités : « Unité Hospitalière Spécialement aménagée », « Psychose » et « privation occupationnelle ».

### **1.2.1 Unité Hospitalière Spécialement Aménagée**

D'après le Ministère des solidarités et de la santé ainsi que le Ministère de la justice de France (2) l'organisation des soins en milieu carcéral « repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques ».

Les soins psychiatriques sont divisés selon trois niveaux :

« - le niveau 1 regroupe des soins ambulatoires au sein de l'Unité Sanitaire en milieu Pénitentiaire (USMP) : les consultations, les prestations et activités, y compris les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Les soins de niveau 1 sont réalisés au sein de l'USMP ;

- le niveau 2 regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l'hospitalisation de jour en psychiatrie ;

- le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des établissements de santé (chambres sécurisées au sein des établissements de santé, Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) et établissement public de santé national de Fresnes [EPSNF], UHSA, unité pour malades difficiles [UMD])»  
(2).

Le schéma explicatif ci-dessous provenant du Ministère des solidarités et de la santé du Ministère de la justice de France (2) (cf. Figure1) permet d’avoir une vision synthétique sur le statut des établissements et leurs niveaux.

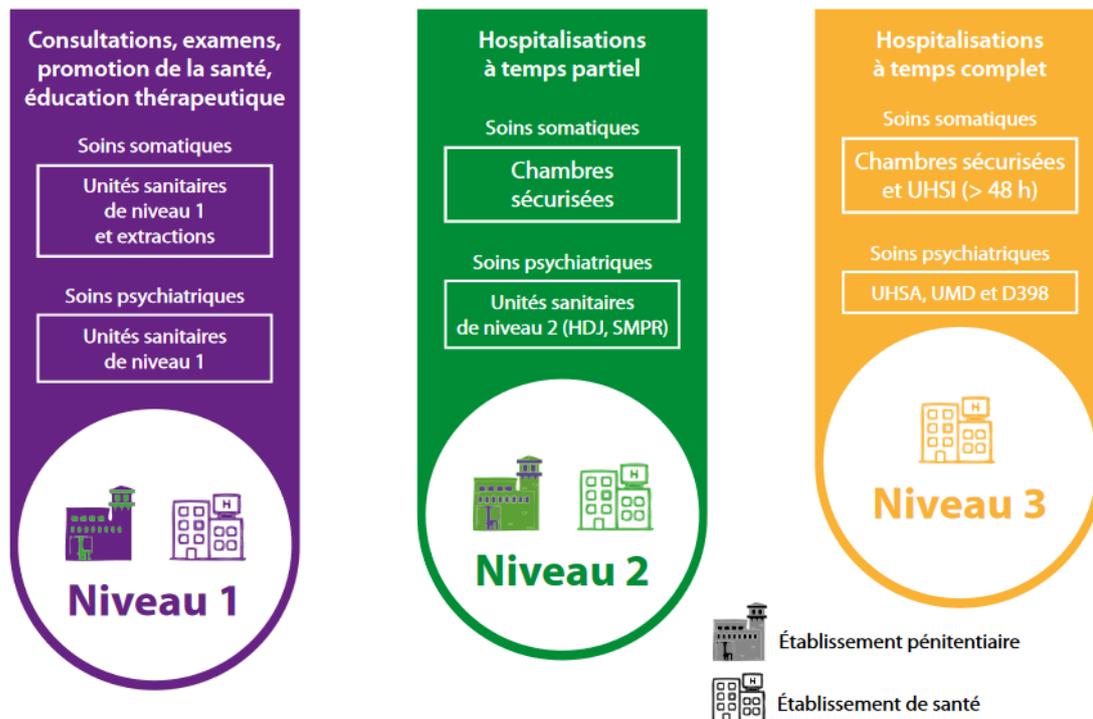


Figure 1. Les différents niveaux de soins proposés à des personnes sous main de justice en France

Actuellement il existe neuf UHSA (Marseille, Lyon, Toulouse, Rennes, Nancy, Villejuif, Lille, Bordeaux et Orléans) dont quatre, où des ergothérapeutes exercent. L’UHSA est une structure régionale sous forme d’hospitalisation complète accueillant des patients affectés géographiquement à cette structure selon le centre pénitentiaire dont ils dépendent. Les patients accueillis sont atteints de troubles psychiatriques ou de la personnalité conséquents qui entravent leur quotidien, rendant les structures de niveaux un et deux insuffisantes faces à leur état clinique.

### 1.2.2 La psychose

D’après l’Inspection Générale de la Justice et l’Inspection Générale des affaires sociales, « Les psychoses (schizophrénies et formes dérivées, troubles délirants) dominent de loin le

tableau clinique des séjours »(3) en UHSA. En effet, elles représentent « 34 à 38% des séjours en 2017 »(3). De plus, les durées moyennes d'hospitalisation de personnes atteintes de psychoses en UHSA sont plus longues que celle des patients atteints d'autres pathologies. Ces statistiques indiquent une complexité et une nécessité de prendre en soin ce public.

D'après le Centre de toxicomanie et de santé mentale, « La psychose se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Une personne qui ne peut pas faire la différence entre ce qui est vrai et ce qui ne l'est pas vit un épisode psychotique. » (4). « Les symptômes de la psychose sont souvent classifiés en symptômes dits « positifs » et « négatifs ». Les symptômes « positifs » désignent ceux qui viennent « s'ajouter » ou travestir les fonctions mentales habituelles » (4) (Idées délirantes, hallucinations, désorganisation de la pensée et du discours...). « Les symptômes « négatifs » de la schizophrénie renvoient à une diminution ou une perte de la capacité habituelle à accomplir des tâches. »(4) (Troubles du sommeil, pensées suicidaires, troubles mnésiques et attentionnels).

La psychose est traitée grâce à des médicaments antipsychotiques et des interventions psychosociales. Les thérapeutes permettent d'avoir un soutien axé sur les habiletés émotionnelles, relationnelles et cognitives de la personne, ainsi que des renseignements sur la maladie, ses traitements et des conseils pratiques sur la vie quotidienne(4).

L'ergothérapeute agit auprès de ce public, car d'après l'ordre des ergothérapeutes du Québec ce professionnel « soutient la personne pour qu'elle atteigne un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Pour ce faire, il cherche à faciliter la récupération ou le développement des fonctions cognitives (l'attention, la concentration, la mémoire, la résolution de problème, etc.), affectives (par exemple, le contrôle des émotions) et sociales (la connaissance des règles sociales, la capacité à s'adapter au contexte social, etc.) nécessaires pour vivre un quotidien satisfaisant» (5).

### **1.2.3 Privation occupationnelle**

D'après Wilcock en 1998 « la privation implique l'influence d'une circonstance externe qui empêche une personne d'acquérir, d'utiliser ou de profiter de quelque chose ". De plus d'après Gail Whiteford (6) la privation occupationnelle est liée à des facteurs environnementaux qui sont indépendants de la volonté de la personne et qui empêchent celle-ci de pouvoir réaliser ou de s'engager dans des occupations signifiantes. Cette privation est une force qui n'est pas contrôlable par la personne.

La privation occupationnelle est à distinguer de la rupture occupationnelle. En effet, la rupture est une période temporaire où la personne ne peut pas s'engager. Tandis que la privation est une situation qui dure dans le temps.

De plus, G. Riou (7) a observé que la privation entraînait des effets néfastes sur les patients, puisque « le manque d'accès à des activités, appelé privation occupationnelle, apparaît comme un facteur de désorganisation psychique. Ressentir l'ennui constitue une expérience souvent mal vécue par les personnes causées par des facteurs personnels et environnementaux. Ainsi, une personne privée de sa possibilité d'agir sur son environnement peut facilement glisser dans un véritable chaos intérieur. Nous pouvons même parler d'aliénation occupationnelle quand il n'y a plus de possibilité d'implication dans des activités signifiantes et significatives. » (7). Nous pouvons donc nous demander comment agir si cette privation ne dépend pas de la personne ? Comment l'ergothérapie peut-elle réduire les effets de cette privation occupationnelle ?

Ces trois définitions de terminologies ont permis d'appréhender l'environnement dans lequel sont immergés les patients psychotiques en UHSA. En effet les patients sont confrontés à leurs maladies et à leur symptôme, ainsi qu'au règlement, au statut de l'établissement et à la privation occupationnelle qui est omniprésente en milieu carcéral. De la même manière, l'ergothérapeute est soumis aux mêmes contraintes environnementales que les patients subissent lors de l'exercice de leur profession. Il s'agit à présent de se renseigner sur la perception et la connaissance des médias et des autres professionnels sur cette privation occupationnelle. Ainsi, cela permettra de se rendre compte si la problématique professionnelle semble être une question récurrente et légitime au sein des UHSA.

### **1.3 Résonance du thème**

Cette problématique présente plusieurs enjeux et utilités. Tout d'abord, une utilité sociétale apparaît, car les prisons en France sont conçues pour « protéger la société et de sanctionner les personnes condamnées » (8), mais également pour accompagner les personnes dans un « projet de reconstruction pour se préparer à la sortie, pour se réinsérer » (8). D'après L'United National Office on Drugs and Crime (UNODC), lorsqu'une personne est incarcérée « la période d'emprisonnement doit être constructive afin d'assurer, autant que possible, que lors de leur retour dans la communauté, les délinquants ne se contentent pas de vouloir mener une vie respectueuse de la loi, mais qu'ils en soient capables. »(9). Alors comment peut-on

expliquer que selon le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) « l'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu'entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l'emprisonnement » (10). De plus, d'après des recherches menées par les Sénat (11) « au moins un trouble psychiatrique de gravité plus ou moins importante a été repéré chez 55 % des entrants » (11). On peut se demander pourquoi ce chiffre est surreprésenté. Est-ce que les établissements psychiatriques comme les UHSA sont suffisamment développés pour accueillir toutes personnes détenues présentant des troubles psychiatriques ?

Cette problématique présente également une utilité sanitaire, de santé publique et d'éthique : d'après Touitou (12) « le respect du droit à la santé des personnes détenues est aujourd'hui une préoccupation majeure et un sujet sensible tant pour l'administration pénitentiaire que pour les personnels de santé ». D'après la constitution de l'OMS (13) « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Or il sembla avoir un écart entre la pratique et la théorie, car d'après le Ministère de la justice, de l'emploi et de la solidarité, et l'inspection générale des affaires sociales et des services judiciaires « la prison en soi est un facteur d'aggravation des troubles mentaux » (14). En effet, d'après l'OIP « Les personnes détenues bénéficient de 3 h40 d'activités par jour en semaine, 24 minutes le week-end. » (1). Le reste de leur temps est passé dans leur cellule. Cela leur laisse très peu de temps pour réaliser des activités significatives. Les occupations significatives de la personne sont dépendantes de l'environnement qu'ils ne peuvent pas contrôler. L'OIP décrit une privation ne laissant pas les personnes être acteur de leurs vies (15). Comment soigner des personnes souffrantes de troubles psychiatriques avec un manque de liberté ? Pourquoi cette loi sur les droits de l'Homme n'arrive-t-elle pas à être respectée en pratique ?

Cette problématique a une utilité économique, car d'après l'OIP une personne étant incarcérée coûte 150€ par jour tandis qu'une personne sous surveillance électrique coûte 10 €. Donc plus les personnes avec des troubles psychiatriques seront rétablies rapidement plus la liberté sous surveillance électrique peut être possible et donc réduire les coûts.

Au vu des enjeux et utilités énoncés, la privation occupationnelle de personne atteinte de psychose semble d'actualité. Cependant, pour approfondir et avoir une meilleure compréhension de ce phénomène, il est intéressant de faire un état des lieux des écrits sur ce sujet en construisant une revue de littérature.

## **1.4 Revue de littérature**

### **1.4.1 Les banques de données**

Dans un premier temps, un choix de bases de données et de moteurs de recherches a été réalisé. Ces choix sont basés sur le besoin de sources qui relèvent de la législation, de la santé mentale, de la science, de l'occupation et de la santé publique. La base de données et les moteurs de recherches utilisés sont : Google Scholar , Sumon et Science direct.

### **1.4.2 Equations de recherche**

Afin d'exploiter au mieux ces bases de données, deux équations de recherches ont été élaborées. Les équations de recherches se basent sur les mots clés définis par le thème c'est-à-dire : la privation occupationnelle, UHSA et la psychose.

La première équation de recherche construite est : UHSA ET psychose ET privation occupationnelle. Elle est écrite en français, car les UHSA sont des structures françaises qui ne se trouvent pas à l'étranger. Une seconde équation a été proposée en anglais : occupational deprivation AND detention AND psychotic. Le terme UHSA a été exclu, car il n'existe pas de telle structure à l'étranger, le mot détention l'a donc remplacé pour rester dans le thème du milieu carcéral.

Il a été choisi d'ajouter uniquement des opérateurs booléens ET ou AND car l'intérêt et d'avoir des articles qui puissent avoir ces trois termes dans leur corpus et donc de cibler mon sujet. Concernant le choix des trois termes anglais ils ont été fait face à la constatation que occupational deprivation fait plus ressortir de données que occupational disruption. De même le terme détention permet de recueillir plus de données que celui de jail.

### **1.4.3 Filtres appliqués et sélection des articles**

Par la suite, des filtres ont été appliqués pour permettre de cibler la recherche dans la sélection de documents faite par les équations de recherches. Les filtres ont permis d'exclure les mots COVID, geriatric et sexual. En effet, avec l'apparition du COVID-19 cela a créé une surpopulation dans les prisons. Beaucoup de texte actuel s'intéresse donc à ce sujet.

Face aux références qui en sont ressortis, une première lecture a été réalisée. Les documents retenus sont ceux abordant le sujet de l'ergothérapie et de la privation occupationnelle, de l'organisation d'un UHSA en interne et des conditions de vie des personnes atteintes de psychose en UHSA ou en milieu carcéral.

À la suite de cette méthode de recherche, sept références sont retenus, un tableau des résultats des bases de données est présent en annexe (cf. annexe1.p55). Ces documents vont être comparés puis analysés dans la revue de littérature présentée ci-dessous.

## **1.5 Résultats de l'analyse de la revue de littérature**

Cette revue de littérature est composée de sept sources (cf. annexe2.p56), deux sources internationales, deux sources professionnelles et trois sources opportunistes. Celles-ci sont centrées sur le fonctionnement des soins en santé mentale en milieu carcéral en France. Ce faible nombre de sources s'explique, car les UHSA ont été créés par la loi du 9 septembre 2002 (16), ils ont ouvert en 2010. Du fait que les ces structures soient récentes, les données probantes sont donc encore pauvres à leurs sujets. De plus, les écrits abordant les ergothérapeutes en milieu carcéral sont également peut nombreux.

### **1.5.1 Rôles perdus par une personne détenue lors de leur incarcération en prison**

- **Perte de la temporalité**

D'après G.Riou (7), face à une personne atteinte d'une maladie psychiatrique confinée dans un lieu, il est important de lui donner des repères de temporalités. En effet, si sa journée n'est pas structurée par des activités ou d'autres éléments, la personne peut subir une augmentation de ses symptômes, et une diminution d'adhésion aux soins (7). Ces informations sont complémentées par le Haut Conseil de la santé public qui indique que « l'inactivité augmente considérablement le risque suicidaire » (17). Les propos de G.Riou corroborent avec la thèse de Nenez L. exprimant le besoin des personnes incarcérées d'organiser et de rythmer leur temps passé en détention. « Ils essaient donc de maîtriser leur temps à travers des agendas par exemple. » « Ils tendent à trouver des buts à courts terme (visites de leurs familles, écritures de lettres) ou à moyen terme (ils se forment, obtiennent des diplômes) » afin d'éviter une apathie déstructurante(18). Cependant, ces informations sont en opposition avec un autre extrait de la thèse qui exprime que les personnes détenues sont contraintes à un rythme très rigide du milieu carcéral avec des horaires identiques chaque jour. Le temps semble déjà rythmé et organisé en détention donc, a priori, il ne devrait pas créer de perte de temporalité ? Par la suite une information indique que ce rituel carcéral empêche les personnes de se consacrer à des tâches personnelles et donc semble néfaste. Ce rituel semble participer le pouvoir d'agir et l'autonomie de la personne de se développer. Est-ce ce manque-là qui serait à l'origine de la perte de temporalité ? Comment limiter une perte de temporel si une constatation est faite en UHSA ?

- **Perte autonomie**

D'après des membres du HCSP la vie en milieu carcéral a un (17) « impact sur la vie quotidienne, très souvent marquée par l'inactivité et le maintien en cellule, de la quasi-absence d'autonomie dans la gestion du quotidien, des comportements des codétenus ou des surveillants, des trafics internes, du stress, de l'incarcération ou des différents rendez-vous judiciaires » (17). Cette information corrobore avec celles recueillies dans la thèse de Nenez L (18) la prison organise la prise en charge de l'ensemble des besoins de personnes détenues et ainsi les prive de leur autonomie. « Il perd ainsi rapidement le contrôle sur son quotidien, perdant la possibilité de faire ses choix, de prendre ses décisions. Il ne reste au détenu que de minimes moyens de maintenir une certaine autonomie, dont la plus importante semble celle de cuisiner en cellule, avec les aliments choisis et achetés par le biais de la cantine (achats de denrées et de matériel par le biais de l'administration pénitentiaire). » (18). En UHSA ils ont le choix des activités qu'ils souhaitent réaliser ce qui leur permet de reprendre le contrôle sur leur vie cependant, est-ce la seule manière d'augmenter leur autonomie ?

Les répercussions de la perte d'autonomie sont multiples. D'après G.Riou (7), cela provoque une désorganisation psychique, une révision du mode de vie, une atteinte à l'intimité et à la vie relationnelle. Nenez L (18) complète ces propos en écrivant que la prison « s'immisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de sa vie quotidienne ». La répercussion psychique est constatée avec « l'apathie, le manque d'initiatives, la perte d'intérêt pour le monde environnant, la soumission excessive avec résignation ou au contraire, le sentiment de révolte ou d'injustice, ainsi que la perte de projection dans l'avenir, la négligence de l'hygiène, et la perte d'individualité. » (18) ressentis par les personnes détenues. En effet, le milieu carcéral provoque un traitement collectif qui engendre une perte identitaire et de l'individualité (18). Comment conserver son identité tout en étant privé de son autonomie en milieu carcéral ?

Certains auteurs ont donné des actions qui peuvent être réalisées en cas de perte d'autonomie. G. Riou (7) préconise d'attribuer des responsabilités à la personne. Cela permet de redonner de l'autonomie et de remettre des règles de la société. Il a également constaté que lorsque la personne reprend un pouvoir d'agir un abaissement des tensions et des angoisses à lieu (7). De plus, l'HCSP complète les propos de G.Riou en préconisant « La promotion de la participation et de l'autonomie des personnes détenues peut bénéficier d'une approche développée en s'appuyant sur les principes de la promotion de la santé, avec notamment des

actions d'éducation thérapeutique. » (17). Si l'UHSA arrive à mettre en place ces différentes actions pour lutter contre une perte d'autonomie, quels impacts aura le retour en détention avec à nouveau cette perte d'autonomie qui sera plus importante ?

- **Perte identitaire**

D'après le Haut Conseil de la Santé Publique (19) la prison provoque une atteinte à la dignité et à l'intégrité psychique de la personne. La thèse de Nenez L (18) complète les informations précédentes en expliquant que le manque de contact avec le monde extérieur et une promiscuité, provoquant « une dégradation de l'image de soi par la perte d'attribut de son identité » (18). En effet, cela crée une modification dans les rôles de la personne. L'univers carcéral est vécu comme un environnement hostile, les personnes doivent « passer par un processus de prisonnérification pour désigner l'incorporation des normes de la vie carcérale dans les habitudes du détenu » (18). Les personnes détenues doivent donc s'adapter à ce nouveau milieu, prendre connaissance et assimiler le nouveau rôle de détenu qui va en partie les définir. En effet, « il échange sa carte d'identité, ses objets de valeur, contre une carte d'identité interne et se voit attribuer un numéro d'écrou, ainsi que le guide du détenu arrivant qui développe le règlement intérieur de l'administration pénitentiaire, et qui va désormais régir son quotidien. » (18). Au sein de la prison, la personne perd « son identité civile, son statut social qui le singularisait ». Afin de survivre dans cet environnement, ils doivent se créer une nouvelle identité et de nouveaux rôles avec différents aspects : commune, sociale et personnel. Ils développent un nouveau statut social reconnu par les autres personnes à travers leurs « âges, la nature de son crime ou délit, des antécédents criminels, la durée de sa peine. » (18). Ils développent également une nouvelle identité afin de pouvoir se définir eu même grâce à plusieurs facteurs : « le jugement moral sur le crime commis, l'âge, l'origine géographique, ethnique, culturelle, ainsi que le comportement du détenu. » (18). A contrario « certains facteurs sont plus susceptibles d'aggraver la prisonnérification : longue peine, personnalité instable, perte des rapports avec l'extérieur, intégration à des groupes de détenus et adhésion à leurs valeurs morales. » (18). Les symptômes d'une perte identitaire sont « une perte de leur identité personnelle et présentent des réactions marquées par une grande passivité, une dépendance, une dépression et un sentiment d'impuissance. » (18). L'enjeu d'une personne détenue est donc d'adhérer à l'identité collective avec le rôle de détenu qui est imposé tout en gardant ses propres pensées. Le risque étant de créer « une perte de ses repères de continuité » et donc une « incohérence interne » (18). Comment accompagner la personne à s'approprier ce rôle de détenu qui va malgré lui le définir ?

Pour réduire ses symptômes et éviter une perte de rôle et d'identité, G. Riou (7) aborde le travail de l'image de soi par le pouvoir d'agir, comme par exemple le fait que la personne ait la possibilité de choisir les activités qu'elles souhaitent réaliser. Elles auront la possibilité de se projeter dans l'avenir et de développer des centres d'intérêt qui les singularise. La singularité leur permettra de forger leur identité personnelle. Ici, il est intéressant de savoir comment une personne peut se démarquer en construisant sa propre identité tout en continuant à adhérer à l'identité collective du rôle de détenu ?

### **1.5.2 Vulnérabilité liée à l'emprisonnement**

D'après Anne Henry (20) « La prison peut rendre fou, le plus souvent en provoquant des décompensations psychiatriques chez des sujets dont le passé ne leur a pas permis une structuration psychique solide » (20). Une autre source corrobore avec ces propos en expliquant que des personnes ayant des fragilités avant d'être en détention ont une plus forte prévalence de troubles mentaux ou des comportements à risques (17). Concernant les symptômes ils sont multiples : des pathologies psychiatriques peuvent aussi être révélées par le stress de la détention chez des individus présentant un terrain vulnérable. De plus, l'environnement est marqué par l'insalubrité, la promiscuité et l'inactivité. (18). Ces propos sont complétés en expliquant qu'il s'agit d'une organisation pénitentiaire qui déresponsabilise et qui prive les personnes de liberté. De plus, une loi du plus fort s'opère entre les personnes (19). Ces conditions de vie engendrent « notamment des comportements à risque : tabagisme, surconsommation médicamenteuse, prise de drogues illicites introduites en prison » (19). Ce qui corrobore avec les propos énoncés dans la revue trimestrielle de l'Actualité et dossier en santé publique. « Santé des personnes sous-main de justice ». (17) recueillant les mêmes propos. Ces informations sont complétées en expliquant que cette mauvaise hygiène de vie peut engendrer « une augmentation des pathologies chroniques et de la dépendance dans les prochaines années » (17). D'autres symptômes de ce mal-être carcéral ont été constatés comme, des symptômes dépressifs, mais aussi une désorientation et une agressivité (7). À l'issue de cet apport théorique, des questions persistent : comment limiter l'apparition de symptômes pouvant aggraver la maladie de la personne lorsqu'ils retournent en détention après leur prise en soin en UHSA ? Comment limiter la perte d'autonomie en détention ?

### 1.5.3 Posture des soignants et méthode d'intervention dans les UHSA

Comme vu précédemment, les UHSA sont des établissements de santé et non des établissements pénitentiaires (2). Avec ce principe, les UHSA accueillent « au sein d'un même service, femmes et hommes. » (21) « La mixité traduit donc une primauté du statut de patient sur celui de détenu – l'hôpital étant mixte et non la prison. Le principal référant de l'institution n'est donc pas le genre ou l'âge du détenu, comme en prison, mais bien la pathologie. De cela résulte sa principale caractéristique : être une institution de soin. » (21). Les personnes accueillies n'auront donc plus les mêmes rôles qu'en prison. Ils deviennent patients. Ce nouveau rôle peut créer des incompréhensions auprès des personnes accueillies et donc une difficulté à comprendre quels comportements adopter. De plus, un cadre et des règles restent similaires aux établissements pénitentiaires, ce qui n'offre pas la même marge de manœuvre que les autres hôpitaux, cela peut créer une frustration des soignants qui sont en première ligne. En effet, une part des tâches administratives (cantine, commandes ...) peuvent être gérées par les soignants ce qui peut provoquer des confusions pour comprendre le statut de soignant et d'agent pénitentiaire chez les patients (21). Cependant, la gestion des tâches administratives dépend des UHSA. Comment rendre évident le rôle de soignant en UHSA pour les patients ? Quelles attitudes des soignants sont attendues afin que les patients puissent identifier leur rôle ?

Afin de répondre à ces difficultés Moncany AH, Dandelot D, Bouchard JP (22) affirme que la « contenance de la structure est primordiale et nécessite un travail pluridisciplinaire, des élaborations régulières en équipe autour de chaque situation clinique, et l'utilisation d'activités individuelles ou en groupe » (22). Il est ajouté que prendre en compte l'approche corporelle est « très intéressant pour ces patients dont le rapport au corps est perturbé par les conditions d'incarcération ». (22) Ce travail ne peut être réalisé qu'avec des moments d'échanges supervisés afin d'avoir une préoccupation adaptée sur « l'objet du soin, sur les rôles et les limites de chacun, et une vigilance toute particulière sur les mouvements contre transférentiels au regard des histoires et de la clinique rencontrée. » (22). Quels sont les outils pour qu'une équipe repère ces mouvements contre-transférentiels ?

Les outils trouvés pour accompagner ce public spécifique sont d'effectuer des entretiens soignants et créer une relation thérapeutique qui permettra à la personne de s'exprimer pour libérer ses émotions plutôt qu'agir avec agressivité(7). Cette information corrobore avec celle-ci qui exprime que la relation permet au patient de se sentir écouté et donc augmente son adhésion au soin (19). Ces deux informations se complètent avec cet extrait qui explique que la relation demande au soignant d'avoir une vision « sociologique et non pas que sur sa

situation judiciaire qui pourrait causer un transfert » (20). Ce transfert pouvant créer un raidissement sécuritaire inadéquat du soignant empêchant de créer une relation thérapeutique. Si la situation se produit, comment réussir à limiter ses transferts ?

## **1.6 Problématisation pratique**

À la suite de la confrontation de ces différentes sources, plusieurs questionnements en sont émergés. Dans un premier temps il est constaté une perte de temporalité en détention(18). Est-il également constaté une perte de repère temporelle au sein des UHSA? Si oui, quels sont les repères temporels au sein des UHSA ? Comment le manque de pouvoir d’agir et d’autonomie peuvent-ils participer à une perte de temporalité ? Comment accompagner les patients à se singulariser pour construire leur propre identité tout en adhérant à la collectivité des personnes détenues. ? Quelles prises en soin est-il possible de mettre en place pour qu’une personne puisse reconstruire son identité et développer son autonomie en UHSA ? Comment lutter contre la déresponsabilisation et donc la perte d’autonomie de la personne ? Comment rendre le rôle de soignant évident pour le patient leur évitant ainsi une confusion ? Faut-il accorder une différence significative d’autonomie entre l’UHSA et la détention provoquant une perte d’autonomie une fois de retour en prison ?

## **1.7 L’enquête exploratoire**

L’enquête exploratoire a pour but de recueillir le vécu d’ergothérapeutes sur le terrain afin de s’assurer si les questionnements recueillis à travers la problématique pratique sont également rencontrés sur le terrain.

### **1.7.1 Les objectifs de l’enquête**

Cette enquête a donc des objectifs généraux :

- Confronter l’état des lieux théorique de la littérature à l’état des lieux de la pratique
- Evaluer l’intérêt et la pertinence de la recherche

Ainsi que des objectifs spécifiques au thème de cette recherche :

- Appréhender la marge de manœuvre de l’ergothérapeute pour réaliser des occupations significatives pour le patient en milieu carcéral.
- Mettre en lumière les déresponsabilisations qui sont possiblement la cause d’une privation occupationnelle auprès de personnes détenues atteintes de maladie psychiatrique.
- Mettre en lumière les obstacles à la participation des patients.

Le choix de ces objectifs va permettre de guider le raisonnement et ainsi choisir un public et un outil de recherche adaptés au thème.

### **1.7.2 La population :**

Afin d'avoir des données exploitables, il est important de cibler une population qui es susceptible de comprendre et donc répondre aux questions posées. Un facteur d'inclusion a donc été mis en place. Le facteur étant d'utiliser l'outil de recherche sur des ergothérapeutes travaillant en Unités Hospitalière Spécialement Aménagée. Actuellement il existe quatre ergothérapeutes exerçant en UHSA sur les neuf structures françaises. La recherche va donc se concentrer sur ces professionnels.

### **1.7.3 Choix de l'outil de recueil de donnée**

Face au choix de la population, une étude qualitative semble être la plus efficiente afin de recueillir le vécu de ces ergothérapeutes. En effet, l'échantillon de personne étant faible (une étude quantitative ne semble pas adaptée). De plus, chaque UHSA est différent et c'est aussi cette singularité qu'il est important de prendre en compte. Le choix de l'outil de recueil de données s'est donc fixé sur un entretien semi-directif. Ce choix a été fait en prenant en compte les avantages, les inconvénients et les biais de cet outil décrit si dessous.

Les avantages de cette méthode résident dans sa souplesse par rapport à un entretien semi-directif. En effet, cette grille permet de guider l'interlocuteur dans l'entretien tout en permettant de créer une relation. Cependant il faut être vigilant à la grille d'entretiens et laisser à la personne la liberté de rebondir sur un autre sujet si elle le souhaite (23).

Différents biais sont à prendre en compte pour réaliser l'entretien et essayer de les limiter. Les explications de ces différents biais sont tirées du site du Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (24).

- **Biais méthodologique**

Ce biais est lié à « un recueil d'information insuffisant, incomplet ou difficile », une « mauvaise formulation des questions » (24), « excès de questions ouvertes dans un questionnaire » (24) qui provoque une « lassitude des sondés comportement, d'évitement et exploitation plus difficile » (24). Ici, il a été difficile de trouver des documents pour constituer la revue de littérature aux vues du thème abordé. Ce biais est donc présent, mais il est possible d'être réduit en étant vigilant à formuler des questions claires et en ne mettant pas trop de questions qui pourraient trop fatiguer ou lasser la personne.

- **Biais affectif**

Ce biais provoque une « déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation. Les émotions interfèrent avec le jugement moral. » (24). Ainsi, pour réduire ce biais, il faut « prendre conscience que nos états d'âme du moment peuvent interférer sur la qualité du recueil de l'information. Tenter de se remettre en recul par rapport à cela, afin de garder une vision la plus objective possible. » (24). D'après le Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires, il faut également « prendre conscience du biais et faire en sorte que les états affectifs aient le moins de conséquences possible sur la qualité du recueil de l'information » (24).

- **Biais de désirabilité sociale**

Ce biais est un « comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'un est interrogé, observé » (24). Cela peut être lié à une « mise en confiance, motivation provoquée par la valorisation, liée au fait d'être sujet d'intérêt » (24). Pour limiter ce biais, il est recommandé de « multiplier les entretiens avec des personnes différentes pour avoir des points de vue variés » (24).

- **Biais de confirmation**

Ce biais s'adresse principalement à l'intervieweur. Il s'agit de la « tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leur idée préconçue, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points vu jouant en défaveur de leurs conceptions ». Afin d'atténuer ce biais, il est conseillé de « prendre en considération les informations, les signes qui vont à l'encontre de nos présupposés, de nos hypothèses initiales. Capacité d'interrogation et de remise en question ? Poser des questions autres que celles qui confortent nos points de vue initiaux. Interroger le collectif pour la phase de préparation du recueil (trame de questionnaire, d'entretien). » (24). L'intérêt du référent de mémoire et de pédagogie a ici tout son sens.

- **Biais d'autocomplaisance**

Ce dernier biais est une « tendance des individus à attribuer la causalité de leur réussite à leurs qualités propres (causes internes et leurs échecs à des facteurs ne dépendant pas d'eux (causes externes) » (24). Il est suggéré de « savoir que les gens endossent bien souvent la responsabilité de leurs réussites, mais rejettent la responsabilité de leurs échecs. » (24). Il faut

« interroger également les individus sur les causes externes d'une réussite et les causes internes d'un échec » (24).

- **Stratégies mises en place pour éviter les biais**

Afin, de limiter les biais de cette enquête exploratoire l'analyste devra particulièrement être vigilant sur la construction de l'outil de recueil de données, des réponses données lors de l'entretien et la posture qu'adopte l'analyste.

L'analyste doit être vigilant sur la clarté des questions posées ainsi que le nombre. Un nombre trop élevé de questions peut lasser la personne. Il est également important d'utiliser la reformulation et d'approfondir les paroles d'une personne afin de comprendre exactement les enjeux. Enfin, il faut que l'analyste arrive à prendre de la distance afin d'avoir des résultats et une analyse le plus objective possible.

#### **1.7.4 Construction de la matrice de l'outil de recueil de données**

À la suite de la mise en alerte des différents biais qui peuvent rentrer en jeu pendant l'entretien, la matrice de l'entretien semi-directif va être développée. D'après l'Institut national de la santé publique du Québec (25) une matrice d'entretien semi-directive commence par une présentation de l'intervieweur puis par des questions qui seront posées selon différents thèmes et enfin une partie qui va conclure l'entretien. Les tableaux ci-dessous seront donc réalisés selon les instructions de l'institut national de la santé du Québec (25).

- **Présentation de l'intervieweur**

Bonjour, je m'appelle ■■■ je vous ai contacté dans le cadre d'une recherche sur la privation occupationnelle en UHSA. Il faut savoir que vous allez être enregistré, mais toutes ces informations transmises seront anonymes. Nous allons aborder différents thèmes :

Avez-vous des questions avant de commencer ?

- **Définition de la privation occupationnelle :**

Questions Principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que signifie pour vous le terme occupation et le terme privation occupationnelle ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment envisagez - vous la privation occupationnelle dans votre prise en soin ?</li> <li>• Quelles répercussions à la privation occupationnelle sur le quotidien ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>• Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</li> </ul>

À l'issue de cette partie, une phrase sera dite afin de clarifier la définition de privation occupationnelle. La définition choisie est celle écrite par Christiansen : « La privation occupationnelle est définie comme le manque d'engagements occupationnels d'une personne, causé par des facteurs personnels et environnementaux à différencier avec la rupture occupationnelle qui est seulement passagère »(26)

- **La marge de manœuvre de l'ergothérapeute pour réaliser des occupations significantes pour les patients en milieu carcéral**

Questions Principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les obstacles et les facilitateurs qui rentrent en jeu lors du choix de nouvelles activités ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qui propose de nouvelles activités ?</li> <li>• Quelles sont vos limites personnelles et celle de la personne ?</li> <li>• Quelles sont les limites liées à l'environnement physique, humain et liées aux règles institutionnelles ?</li> <li>• Quelles sont les ressources personnelles et environnementales ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvez-vous m'en dire davantage</li> <li>• Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</li> </ul>

- **Repérer les causes qui induisent une privation occupationnelle**

Questions principale	Questions complémentaires	Questions de clarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'après les recherches menées, l'emprisonnement favorise une perte identitaire. Comment se manifeste la perte identitaire auprès de personnes ayant une psychose ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles conséquences a la perte identitaire sur les symptômes de leur maladie, sur leur quotidien, son entourage ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>• Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</li> <li>• Qu'en pensez-vous ?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les facteurs pouvant engendrer une perte identitaire en UHSA ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment est organisée l'UHSA ?</li> <li>• Comment l'UHSA s'adapte aux symptômes de la personne atteinte de psychose ?</li> </ul>	

### Conclusion

Questions Principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment augmentez-vous le pouvoir d'agir et donc l'autonomie de la personne au sein de l'UHSA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous des idées/ ou appliqués vous des outils/ techniques pour réduire la privation occupationnelle ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>• Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que vous avez d'autres éléments à me transmettre ?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>• Pouvez-vous me donner quelques exemples ?</li> </ul>

À la suite du développement de cette matrice, le choix de la méthode d'analyse va être explicité.

### **1.7.5 Méthode d'analyse du recueil de données**

Le choix de traitement des données sera une méthodologie par thématiques qui permet de faire ressortir les thèmes principaux de l'entretien pour pouvoir les confronté avec la revue de littérature. L'analyse se base sur qui s'est basé sur le support de cours de J.J Quitin sur l'analyse de données qualitatives dans le cadre de la formation de master en science de l'éducation et de la formation(27). Cet outil permet de faire ressortir la parole de la personne dans sa singularité.

### **1.7.6 Test de faisabilité et validité du dispositif de recherche**

À la suite de l'entretien, un test a été réalisé, il a été conseillé de faire plus de questions de relance et de reformulation. De plus, il a été conseillé de remodifier ma définition de la privation occupationnelle afin qu'elle soit plus compréhensible. Il a cependant souligné que les questions paraissaient cohérentes et qu'elles découlaient correctement les unes des autres.

### **1.7.7 Déroulement de l'enquête :**

L'enquête va débiter par la récupération des contacts des ergothérapeutes via un réseau et internet. Par la suite les entretiens seront réalisés sur les autres personnes sélectionnées selon les critères décrits ci-dessus. Il faut donc leur envoyer un mail en expliquant le thème principal de l'entretien et leur demander la date et l'heure à laquelle ils sont disponibles. Lorsque la date est fixée, ils signeront une feuille de consentement en amont de l'entretien. La feuille de consentement vierge sera présente en annexe (cf.annexe 3.p 61). Avant la réalisation de l'entretien, il faut préparer la salle de visioconférence et tester l'enregistrement, le son et le micro. Au début de l'entretien, l'intervieweur doit récupérer la feuille de consentement signé par l'ergothérapeute, lui rappeler que l'anonymat est garanti et que l'échange sera enregistré puis retranscrit. Enfin, suite à l'entretien, il restera à retranscrire celui-ci pour pouvoir exploiter les résultats au regard de la méthodologie.

### **1.7.8 Résultat de l'enquête exploratoire**

À la suite de la passation de l'entretien et de la retranscription (cf.annexe4.p62) de celui-ci, différentes thématiques sont ressorties : la perte identitaire, les activités thérapeutiques proposées au sein de l'UHSA pour un public psychotique, la temporalité et l'autonomie. Des citations tirées de la retranscription illustrent les différentes thématiques et sous thématiques. Un tableau récapitulant les thèmes, les citations et les commentaires est présenté en annexe (cf.annexe 5 p67.) (27). Ce tableau a pu recenser quatre thématiques principales qui vont être décrites ci-dessous.

- **Perte identitaire**

Lors de cet entretien, l'ergothérapeute a d'abord énoncé que la perte identitaire pouvait être liée à des causes environnementales. Elle explique que les patients « ne retrouvent pas l'environnement qu'ils ont en détention ». Elle ajoute que « l'UHSA a cette particularité de mêler non seulement l'hospitalisation, mais aussi la détention donc c'est un peu compliqué de se retrouver dans ce milieu-là on est à la fois détenu et à la fois patient. » Face à ces citations, plusieurs questions apparaissent : Comment les personnes peuvent-elles s'approprier l'environnement ? Par quel moyen sont-ils informés de leur rôle de patient au sein de l'UHSA ?

L'ergothérapeute a également ajouté que plusieurs symptômes ressortent face à une perte identitaire. « Ça passe par l'aggravation des symptômes. Pour d'autres, de nouvelles hallucinations ou des éléments paranoïaques peuvent apparaître » (E, L53-54)., « Ils peuvent être dans la déambulation constante, qui peut aussi manifester cette perte-là. Après dans la vie quotidienne pure, enfin moi sur mon poste je ne suis pas confrontée à la vie quotidienne tout le temps donc c'est assez difficile d'évaluer » (E, L44-47). En effet, elle explique que les chambres et l'espace commun dont l'atelier d'ergothérapie n'est pas aux mêmes étages. Cette partie complète les symptômes que décrit l'écrit de Nenez L (18), expliquant que les patients pouvaient être victime de grande passivité, une dépendance, d'une dépression ou encore un sentiment d'impuissance face à une perte d'identité.

Comment reconnaître une perte identitaire sans être présent au quotidien ? Comment réduire cette perte identitaire ?

- **Les activités thérapeutiques proposées au sein de l'UHSA pour un public atteints de psychose**

Il y a différents types d'activités thérapeutiques, celle organisée par l'institution et celle menée spécifiquement par l'ergothérapeute. L'institution semble adaptée par les activités aux personnes : « Alors il y a toutes les activités qu'on peut proposer qui sont adaptées en fonction des patients reçus. Il y a aussi les entretiens infirmiers, les entretiens médicaux qui sont personnalisables en fonction de la personne » (E, L53-64). Cette citation permet de faire du lien avec la revue de littérature, en effet, G. Riou (7) indiquait que le principe de faire des activités adaptées au patient les rendait thérapeutiques. De plus, laisser la possibilité à la personne de choisir permet à la personne de se sentir singulière et donc cela permet de forger son identité. Cependant, dans quelles limites sont-ils capables de prendre des décisions ? Peuvent-ils réaliser des activités sans la présence de soignant ? À quel point faut-il laisser la personne faire ses

propres choix alors qu'en retour en détention elle sera privée de faire ces mêmes choix ?  
Concernant les entretiens infirmiers quelles sont leurs missions ?

L'ergothérapeute réalise principalement des interventions en individuel. « Alors moi je propose, 'fin des ateliers manuels principalement. Les activités tournent autour de la poterie, de la peinture, du rotin ça permet de, pour certaines activités, faire le parallèle avec la vie quotidienne » (E, L 91-94). L'ergothérapeute permet également au patient de choisir le matériau et comment il veut le travailler. Cela lui permet de lui redonner un pouvoir d'agir d'après G. Riou. Découvrir de nouvelle activité peu peut-être suscitée un intérêt pour la personne et donc développer une singularité. Comment la personne peut-elle transposer ce travail fait à travers la médiation à la vie quotidienne ?

- **Temporalité**

D'après l'ergothérapeute « ce qui reste à peu près pareil pour tout le monde, tous les UHSA c'est les heures de chambres en tout cas sur l'UHSA de ■■■. Les chambres sont sur un étage et la salle de vie est au rez de chaussé du coup il y a des horaires assez spécifiques pour monter à l'étage et pour avoir accès aux chambres. Et sur le temps où ils ne sont pas en chambre, ils sont sur l'unité de vie où ils peuvent déambuler et faire ce qu'ils veulent » (E, L65-69). D'après G.Riou avoir des activités régulières permet de donner des repères à la personne. Cependant, ce système d'horaire peut les renvoyer au rythme rigide de la détention qui les privait d'effectuer des activités personnelles. (18)

Comment proposer des horaires qui permettraient aux personnes d'être plus autonomes tout en respectant les moyens soignants accordés ? Cependant, ces horaires leur permettent de rester dans un rythme similaire à celui de la prison. Enlever ou modifier les horaires pourrait-il être la cause d'une perte de repère une fois de retour en détention ?

De plus, l'ergothérapeute explique qu'il « n'y a pas de planning personnalisé à l'heure actuelle sur l'UHSA. Mais les patients savent à peu près quels jours ils sont vus en séance, si c'est en début de semaine ou en milieu ou en fin de semaine et si c'est le matin ou l'après-midi. Pour qu'ils sachent à peu près vers, 'fin quand ou ils seront vu » (E, L74-77). Les journées des personnes restent rythmées par les horaires imposés par l'équipe. Donc, est-ce que le fait de ne pas avoir d'heure précise de rendez-vous peut être une source de stress et de non-contrôle ou au contraire ne pas savoir l'heure exact leur évite de se fixer sur le temps qui passe ?

- **Autonomie**

« Les patients qu'on accueille en UHSA sont souvent très créatifs en général. Ils ont beaucoup de ressources pour inventer de nouvelles perceptions d'activité, je ne sais pas si ça se dit ça comme ça. Par exemple qu'ils aient utilisé la terre de la poterie pour fabriquer un tableau par exemple. » (E. L23-25). D'après G.Riou (7) redonner le pouvoir d'agir permet d'abaisser les tensions internes. Ici, au sein de l'atelier d'ergothérapie, ils sont libres d'exprimer leur personnalité. « Alors la plupart du temps, juste l'atelier suffit. Le fait de verbaliser peut permettre de faire confiance. » (E. L100-101) Ainsi, redonner le pouvoir d'agir à la personne semble permettre de développer une relation de confiance. Cependant, il a-t-il une possibilité de transférée sur ce modèle de pouvoir d'agir dans leur quotidien ? En a-t-elle le temps et les moyens ?

### 1.7.9 Synthèse et questionnement

À la suite de cette analyse des similitudes sont apparus entre la revue de littérature et l'enquête exploratoire. Dans un premier temps concernant la temporalité, les personnes n'ont pas accès à des plannings individualisés au sein de cette UHSA, ce qui est similaire aux conditions de vie en détention vue dans la revue de littérature (18). Cependant, ils perdent leur repère et rythme installé en prison (18). Mais, pour répondre à la question pratique posée plus haut : Quels sont les repères temporels au sein des UHSA ? L'entretien nous informe que les patients ont des heures où ils changent de lieu chaque jour. Ce nouveau rythme lié à l'hôpital pourrait permettre aux personnes de se créer de nouveaux repères temporaires. Cependant des questions subsistent, quelles stratégies sont mises en place par les patients et par l'institution ? Et quels moyens met en place l'ergothérapeute permettant aux patients de se repérer ?

Concernant la perte identitaire, l'entretien souligne « c'est un peu compliqué de se retrouver dans ce milieu-là, on est à la fois patients et détenus » (E, L39-40). La revue de littérature avait pu également aborder la difficulté de ce nouveau rôle de patient qui crée une incompréhension à travers le document de Litzler A.(21). L'entretien énonce que la perte identitaire peut être liée également à une perte de repère physique en passant de leur lieu de vie temporaire, la prison, à l'UHSA. Cependant, comment peut-on accompagner la personne à la construction d'une identité ? En lien avec les rôles cités dans la revue de littérature, comment les accompagner dans le nouveau rôle de patient ? Comment remanier les rôles présents pour pouvoir reconstruire une identité et une autonomie ?

Cet entretien a permis de recueillir différents symptômes de la privation occupationnelle : « ça passe par l'aggravation des symptômes. Pour d'autres de nouvelles hallucinations ou des éléments paranoïaques peuvent apparaître. » (E, L53-54) qui sont trouvables dans la revue de littérature à travers l'écrit de G. Riou (7).

Concernant la perte d'autonomie, l'entretien fait ressortir l'incapacité des patients lors des séances en ergothérapie. Comme vu dans la revue de littérature (7) lorsque les personnes ont des responsabilités, elles retrouvent plus facilement leur autonomie. Ici, ils sont maîtres de leur projet et donc responsables de celui-ci. Cet entretien a donc permis de donner un axe de réponse à une des questions pratiques : Comment lutter contre la déresponsabilisation et donc la perte d'autonomie de la personne ? Un axe de réponse semble être de redonner le pouvoir d'agir à la personne en laissant celle-ci décider de l'activité qu'elle veut réaliser. Comment donner une responsabilité à une personne sans provoquer de risque ou de danger ? Enfin, comment préparer la personne à un retour en détention en évitant une nouvelle perte identitaire et une perte d'autonomie ?

Cette recherche a également permis de recueillir des informations qui n'étaient pas présentes dans la revue de littérature. L'ergothérapeute a identifié comme symptôme de la privation occupationnelle de la déambulation. Et a contrario des éléments de la revue de littérature n'ont pas été énoncés. Comme la posture du soignant en UHSA.

Certaines questions restent cependant encore sans réponses, faut-il accorder une différence significative d'autonomie entre l'UHSA et la détention provoquant une perte d'autonomie une fois de retour en prison ? Comment accompagner les patients à se singulariser pour construire leur propre identité tout en adhérant à la collectivité des personnes détenues. ? ou encore, comment rendre le rôle de soignant évident pour le patient leur évitant ainsi une confusion ?

#### **1.7.10 Critique de l'enquête exploratoire**

Cette enquête exploratoire a permis de conforter des idées de la revue de littérature ainsi qu'apporter de nouveaux éléments. Cependant, cette recherche exploratoire peut être critiquée sur différents sujets. Tout d'abord un seul entretien a pu être effectué. Ces résultats sont donc peu fiables. Il aurait fallu croiser ces résultats avec différents entretiens. Dans un second temps les questions ouvertes étaient peut-être trop larges, ce qui perdait l'interlocutrice. Il aurait été intéressant de préparer plus de questions de relance. Enfin, l'ergothérapeute était à son poste de travail, donc elle ne pouvait pas être pleinement concentrée, car des personnes extérieures

venaient la couper. L'ergothérapeute interrogé a été diplômé récemment. Cela lui permet d'être plus à même de connaître les termes de privation occupationnelle et les nouvelles notions découvertes plus récemment. Cet entretien a néanmoins permis d'avoir une vision du terrain sur des questions théoriques qui permettent de recentrer la recherche vers un thème plus cohérent.

## **1.8 Question initiale de recherche**

À la suite de ces questionnements, une question initiale de recherche apparaît :

En quoi l'ergothérapeute peut-il intervenir sur la perte identitaire et d'autonomie d'une personne atteinte de psychose en UHSA ?

## **1.9 Cadre conceptuelle**

Les deux concepts clés qui découlent de cette question sont l'autonomie et la perte identitaire. Le concept d'autonomie est présent depuis les premiers questionnements de cette initiation à la recherche. Il semble donc intéressant de comprendre ce concept. Il a été choisi de développer le concept de rôle qui permet de nous définir et d'être définis par la société. Le rôle semble de nombreuses fois citées dans les questionnements de la question pratique. Il semble être sous-jacent au concept d'identité. Les deux concepts qui vont permettre de préciser et de comprendre la question initiale sont les concepts de : rôle et d'autonomie. Une matrice conceptuelle résumant ces deux concepts figure en annexe (cf.annexe 6. p70).

### **1.9.1 Le rôle**

D'après B.J. Biddle (28) le terme de rôle est d'abord une métaphore théâtrale. Le rôle dans la société est représenté par le théâtre comme des comportements, des scénarios et des traits de caractère prévisibles ou reconnaissables par le public. Les informations de Sylvie Myere (29) et B.J. Biddle (28) corrobore en expliquant que le rôle s'intéresse à trois concepts : les « comportements sociaux structurés et caractéristiques, des parties ou des identités assumées par les participants sociaux, et des scripts ou des attentes en matière de comportement qui sont compris par tous et auxquels adhèrent les exécutants. » (28) (29). Le rôle dépend donc des attentes de la société, au comportement que doivent adopter une personne et la perception liée à ce rôle.

- **Les attentes de la société**

« La plupart des versions de la théorie des rôles supposent que les attentes sont les principaux générateurs de rôles » (28). La prise de conscience et l'expérience de la personne permettent d'intégrer les attentes de la société. La théorie des rôles suppose donc qu'un acteur doit être réfléchi et socialement conscient pour réaliser ses rôles (28). Gordon (30) complète ses informations en stipulant que le rôle découle d'un statut particulier de la société qui peut être informel (défini dans les relations interpersonnelles) ou bien formel (lié à un statut reconnu par la société avec des valeurs particulières). Des normes sociales sont établies autour de différents statuts formant les attentes de la société portée par la personne (29). Ces attentes sont des comportements ou des attitudes qu'une personne doit endosser face à ces rôles. Ce statut confère des droits, qui permettent d'exercer des fonctions et imposent des devoirs. Les rôles sont associés à des positions dans la société qui peuvent être plus ou moins valorisés. « Lorsque ces statuts sont hautement valorisés, ceux qui les détiennent sont censés assumer des responsabilités importantes, avoir des fonctions étendues et se voient octroyer des privilèges notamment économiques » (29). Les différences liées au rôle assumé peuvent donc créer des inégalités entre les êtres humains. De la même manière, il n'y aura pas les mêmes attentes de la société face à des âges et genres différents. De plus, « chaque âge coïncide à un ensemble typique de rôles que les gens devraient accomplir » (29).

Au sein de l'UHSA les attentes de la personne ne sont pas les mêmes qu'en détention. La personne doit donc comprendre l'attente liée à ses deux rôles de patients et de détenus et réussir à les exercer simultanément. Mais quelles sont exactement les attentes des soignants envers le patient et quels sont les attendus des patients entre eux ?

- **Comportement**

D'après Gordon (30) le rôle se base sur des normes de la société. Ainsi, les comportements qui découlent de ses normes doivent être attendus, appropriés et donc cohérents vis-à-vis de la société. Le rôle est un comportement et non une position. « Une personne peut jouer un rôle, mais ne peut pas occuper un rôle » (30). Sylvie Meyer (29) complète ces informations en ajoutant que « Les rôles collent à autant d'étiquettes publiques que l'individu a. » (29). Les humains ont besoin de maîtriser les codes de conduites respectifs aux rôles qu'ils occupent. En fonction du rôle, la personne devra s'adapter et se comporter différemment (29).

Au sein de l'UHSA certaines personnes atteintes de psychose et les soignants peuvent avoir une réalité différente. Comment définir qu'une personne n'adopte pas le comportement attendu par la société lorsque chaque personne a sa vision de la société ?

- **Perception de soi**

« Selon la théorie des rôles, les individus exercent toujours divers rôles en relation avec leurs diverses occupations. Ces rôles sont attachés à la profession, au statut civil, aux loisirs, à la vie sociale et politique » (29). L'identité liée aux rôles est importante, car elle permet d'être inclu dans les normes définies par la société. L'appropriation et l'assimilation des rôles permettent de se sentir valorisées et sont source de motivation (30). Ces rôles ne sont pas obligatoirement réalisés simultanément, mais ils confèrent une identité propre à la personne. Les rôles forment pour chacun une configuration spécifique et confèrent une identité sociale. Configuration unique, car deux personnes ne peuvent jamais avoir exactement les mêmes rôles. « Chacun d'entre nous dans sa vie quotidienne se présente aux autres en jouant de multiples rôles sur les diverses scènes sociales » (29). « L'identité existe pour l'individu qui se perçoit lui-même dans les rôles qui lui sont assignés et se comporte en conséquence » (29). Cette identité sociale est reconnue ou connaissable par des tiers.

Lors de leur arrivée en détention, les personnes acquièrent leur rôle de détenu. Ce rôle leur permet d'être définis dans la norme de la société. Cela crée une identité collective qui prend le dessus sur l'identité propre à la personne. Comment faire ressortir la singularité de la personne face à un certain nombre de rôles que le milieu carcéral lui prive d'exercer ?

- **Prise en soin en ergothérapie**

Ce paragraphe est tiré du livre de l'activité à la participation de Sylvie Meyer (29). Lors de sa prise en soin, l'ergothérapeute observe « les divers rôles assumés par les individus, les liens entre la société et les rôles, à l'acquisition des rôles par les processus de socialisation, aux tâches ou aux occupations incluses dans des rôles, ainsi qu'à la modification de ceux-ci, et enfin, à divers aspects psychologiques ou émotionnels liés à des rôles ou à leur perte notamment dans les situations de handicap » (29). Les buts de l'intervention doivent en partie être pensés dans la perspective des rôles assumés par l'usager. En effet, les rôles de la personne permettent de remonter aux occupations. « Dans ce cadre, une occupation est une routine, ou une habitude spécifique pour exercer par une personne pour l'accomplissement d'un rôle. Cependant, l'individu peut à l'intérieur d'un rôle, développer des attentes personnelles distinctes des attentes de la société » (29). Au sein du milieu carcéral cette technique semble intéressante à

approfondir avec le patient. En effet, même si ses rôles sont imposés par la société, il peut travailler pour essayer de rendre le rôle de détenu par exemple signifiant. Il semble important de questionner le patient sur ses différents rôles qu'il assume au sein de l'UHSA afin de remonter à ses occupations et aux problématiques qu'ils rencontrent.

L'ergothérapeute est au contact de personnes qui « souffrent de conditions de santé défavorables à l'exercice de rôles correspondants à des statuts valorisés, notamment professionnels » (29). Lorsque les rôles majeurs d'une personne ne peuvent plus être assumés, « les statuts associés seront alors perdus tout comme les droits, les privilèges, les responsabilités et la reconnaissance sociale qui vont avec » (29). Les personnes ne perdent pas l'ensemble de leurs rôles, notamment leur rôle civil. Cependant, ils occupent un nouveau rôle de patient. Ce rôle leur fait « acquérir une identité sociale souvent peu enviable » (29). Ces rôles évoquent « la faible satisfaction d'attentes normatives comme l'autonomie ou l'indépendance. Ces faibles attentes peuvent conduire à offrir moins d'opportunités à ces personnes et à leur demander peu d'engagements, notamment dans le domaine de la productivité, réalisant éventuellement une véritable déprivation occupationnelle » (29). Ce phénomène correspond au processus d'un patient qui rentre en détention. Les personnes perdent leurs droits, privilèges et responsabilités, elles ont le rôle de détenu qui n'est pas vu dans la société comme un rôle valorisant et ils ont peu d'opportunité d'engagement une fois détenu. Ces personnes sont d'après Sylvie Meyer victimes de privation occupationnelle. Comment en tant qu'ergothérapeute leur permettre de réduire cette privation occupationnelle ? Est-ce une question d'état d'esprit chez le patient ? Ci celui-ci perçoit ses nouveaux rôles en prison comme signifiants, sera-t-il considéré en situation de privation occupationnelle ?

### **1.9.2 Autonomie**

D'après Sylvie Meyer (29) « l'autonomie est la capacité d'agir conformément à sa propre volonté. ». Le dictionnaire de l'Académie Française complète ces propos en écrivant qu'« une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée » (31). « Les actions sont dites autonomes si elles sont le fait d'acteurs qui agissent intentionnellement, en ayant compris les enjeux des décisions qu'ils prennent, et en dehors d'influences qui les contrôleraient au-delà de leur volonté. » (32).

Toujours, d'après Sylvie Meyer (29) le concept d'autonomie dépend de deux facteurs principaux : les facteurs internes et les facteurs externes. Les facteurs internes concernent la dimension cognitive, la possibilité de choisir la manière de faire l'occupation, la volonté de la

réaliser et enfin de réaliser l'occupation tout en restant dans les normes de la société. Les facteurs extrinsèques concernent les systèmes économique, sanitaire, sociale mis en place par la société. Ces facteurs extrinsèques sont également liés au pouvoir d'agir donné par la société qui permet d'avoir une emprise sur son environnement. Ainsi, la personne sera autonome dans ses occupations (29).

L'autonomie est décrite principalement selon trois approches par la législation, la philosophie et la sociologie.

- **La législation**

L'autonomie du patient a été citée pour la première fois en 1946 dans l'article premier du Code de Nuremberg en 1946 (33). « Il stipule que l'autonomie s'exprime à travers le consentement du patient au soin. » (32). Le Code de la Santé publique rajouta que « l'autonomie de la personne doit être respectée même si elle s'oriente vers une interruption de soin mettant sa vie en péril » (32) (34). De plus, « la loi du 4 mars 2002,(35) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permet la reconnaissance de l'autonomie du patient. » (32). « Les choix du patient doivent désormais être respectés, même si ces derniers se manifestent par le refus d'un traitement. La loi du 22 avril 2005 (36) relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Léonetti) poursuit cette approche de l'autonomie reconnue à la personne soignée, en affirmant pour la première fois l'interdiction de l'obstination déraisonnable, afin de sauvegarder la dignité du mourant. » (32). L'UHSA étant un établissement de soin il doit respecter ses normes sur l'autonomie. Cependant, ces lois sont-elles compatibles à cette structure ? Les patients ont-ils la possibilité d'être renseignés sur les lois ?

- **Philosophie**

La philosophie se centre sur la personne et sur ses connaissances personnelles. En effet, d'après le dictionnaire de la langue philosophique (37) être autonome passe par une parfaite connaissance de soi. Kant (38) complète cette information en expliquant que l'autonomie est « la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi » (38). Enfin, l'autonomie comme « le processus par lequel un homme ou un groupe d'hommes acquièrent ou déterminent de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales » (39) (32). En d'autres termes être

autonome est réussir à intégrer ses propres règles de conduite en prenant en compte ses valeurs et les règles imposées. En appliquant cette pensée à une personne prise en soin en UHSA serait de comprendre comment trouver sa singularité et sa marge de manœuvre malgré les différentes privations que la personne subisse.

- **Sociologie**

La sociologie va développer le concept d'autonomie en relation avec la présence d'autrui. En effet, d'après Sylvie Meyer (29) la socialisation passe par l'éducation, mais aussi par les expériences. L'éducation est définie d'après Nathalie Warchol par le concept « d'autonomie en pédagogie qui se construit à travers la capacité d'adaptation de la personne et des contraintes auxquelles l'individu est soumis » (32). Les informations de Hoffmans-Gosset (40) et de Nathalie Warchol corroborent sur ces contraintes qui sont « la présence d'autrui (interdépendance), la présence de la loi (autonomie individuelle relie le respect de la loi et de la liberté), la conscience de soi (la responsabilité). » (40) (32). Philippe Foray complète ses informations en expliquant que la socialisation est régie par l'éducation avec ces différentes contraintes ainsi que par les expériences que la personne acquiert. L'autonomie est donc perçue comme un ensemble qui englobe les « capacités individuelles développées par l'éducation et la pratique (les capacités internes) ainsi que les conditions sociales, politiques et économiques qui rendent possible leur exercice » (41). D'après Philippe Foray « L'autonomie dépend de la socialisation comme ensemble des acquisitions issues des interactions qui accompagnent le devenir humain. Dire qu'autonomie et socialisation sont inséparables, c'est dire que les conditions et pratiques éducatives et sociales dans lesquelles nous sommes pris produisent à chaque fois une certaine façon singulière d'être autonome. L'autonomie de chacun a le même visage que celui de son vécu de socialisation. » (41). L'autonomie d'une personne est donc aussi singulière qu'une occupation réalisée par une personne (41). Dans le cadre de l'UHSA, malgré les contraintes imposées, chaque personne va avoir une autonomie différente en fonction de son expérience vécue. Il s'agit donc d'étudier cette privation d'autonomie de façon singulière à chaque personne, car toute personne ne sera pas en situation de handicap de façon identique.

- **L'action de l'ergothérapeute**

D'après Sylvie Meyer (29), l'autonomie est donc considérée comme « une capacité ou une habileté de niveau supérieur que la personne possède et qui lui permet de s'accommoder de ses déficits et de donner sens à sa vie » (29). Il s'agit que « la personne soit capable d'analyser sa situation ou qu'elle soit en mesure de s'en remettre à l'expertise de tiers dans des situations qu'elle juge trop difficiles à évaluer. Il lui faut donc des capacités importantes de jugement et de communication pour faire état de ses décisions et par là démontrer son autonomie» (29). Donc, dans le monde la situation de handicap, être autonome signifie qu'un « un individu contrôle sa vie, même s'il dépend des autres pour l'exécution des tâches » (29). Ce dernier paragraphe pousse à se demander si une personne en UHSA ou en détention peut-être autonome ? Si une personne au sein de l'UHSA est en difficulté et qu'elle analyse et comprend d'où vient la difficulté même si celle-ci ne peut pas être résolue, est-elle considérée comme autonome ? L'autonomie peut-elle faire abstraction de l'environnement ?

### **1.9.3 Problématisation théorique**

A l'issue du développement de ces deux concepts, des similitudes ont été identifiées.

La société crée des rôles qui vont ensuite donner des occupations à réaliser. L'autonomie permet de réaliser l'occupation et donc participe à différents rôles en fonction de l'objectif de l'occupation. Une personne est autonome si elle comprend les rôles qu'elle endosse et si réalise des occupations adéquates au rôle tout en se comportant et en répondant aux attentes de la société. Au sein de ces deux concepts, les règles régies par la société sont importantes. En effet, l'autonomie est la marge de manœuvre d'une personne entre sa propre volonté et les règles qui sont imposées dans une société. Tandis que les rôles sont les attendus de la société régis par des règles qui sont comprises par l'ensemble d'une population. Ces deux concepts permettent de comprendre les rôles d'une personne, et son autonomie pour réaliser des occupations significatives de manière singulière en fonction des attentes et des règles de la société. L'autonomie et le rôle sont de fait très dépendants de la personne. En effet, en fonction du vécu et de l'éducation d'une personne, son autonomie et ses rôles seront différents. De plus, chaque personne va se sentir plus ou moins valorisée face à des rôles assumés de façon autonome.

Pour en revenir aux personnes atteintes de psychose en UHSA, les patients sont les premiers à être confrontés à une perte d'autonomie et de rôle décrite dans la revue de littérature. Les patients arrivent dans un nouveau milieu qui est l'UHSA leur repère physique sont modifiés

et leurs attentes vis-à-vis de la société sont aussi modifiées. Ils n'ont plus la possibilité d'assumer les rôles qu'ils ont découverts en détention (voisin de cellule, travailleur au sein de la prison, élèves dans des formations qui sont destinées au détenu). Ils ont maintenant les rôles de détenus et de patients avec la privation de tous ses autres rôles. Comment aider les personnes à comprendre les attentes de ce nouveau rôle ? Si une personne est fortement atteinte par sa maladie est-elle capable de comprendre où elle se trouve et quels sont ses nouveaux rôles ? Le rôle de patient donne plus d'autonomie que celui d'un détenu en prison. Comment les accompagner à se reconstruire une autonomie tout en sachant qu'ils risquent d'en être privés à leur retour en milieu carcéral ? Est-ce qu'une prise de conscience de sa marge de manœuvre entre les attendus de la société et nos propres attendus dans ses rôles et dans son autonomie suffit à ne plus subir ces pertes ?

Néanmoins des rôles restent fixes, le rôle de père, de frère qui peut représenter une source de motivation... Cependant, lorsque certains patients sont en détentions à la suite d'un passage à l'acte sur leur famille, quel sens la personne donne à ce rôle relatif au cercle familial ? Comment accompagner les personnes à se stabiliser et à se reconstruire une identité en un laps de temps assez court face à l'attente de nouveau patient ayant besoin de soin en UHSA ?

À la suite de ses questionnements, la question de recherche évolue. Il est important de faire ressortir la notion de rôle ainsi que la notion de modification et non pas seulement de perte. En effet, dans certains cas, certains rôles, comme ceux des liens de la famille ne seront jamais perdus mais modifié.

### **1.10 Objet et question de la recherche**

La question de recherche qui ressort de cette problématisation théorique est :

Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur la perte identitaire liée à perte ou une modification de rôle et d'autonomie pour des personnes atteinte de psychose en UHSA ?

L'objet de cette recherche qui en découle est donc :

L'intervention de l'ergothérapeute sur la perte identitaire liée à une perte ou une modification de rôle et d'autonomie pour des personnes atteintes de psychose en UHSA.

## **2 Méthode**

Afin d'avoir des pistes de réponses à ce questionnement une méthode de recherche va être construite.

### **2.1 La méthode de recherche**

La méthode de recherche se base sur la méthode clinique. D'après Michel Lapeyre la situation d'une personne est porteuse d'un savoir et d'une logique singulière. Au travers de la méthode clinique, il s'agit d'observer la singularité de la situation dans une dimension universelle. Chaque cas n'étant pas généralisable le but de cette recherche n'est pas de confirmer la théorie, mais plutôt de « s'intéresser à ce qui résiste à la connaissance, à ce qui met en défaut le savoir » (42). Cette méthode se base sur ce qui soutient l'existence d'une personne pour essayer de comprendre ce qui oriente sa conduite. (42) Une étude qualitative semble donc plus appropriée afin d'étudier un phénomène.

### **2.2 La population ciblée et les sites d'explorations**

Il existe seulement quatre lieux où se trouve des ergothérapeutes en France dans les UHSA. L'UHSA étant la structure étudiée, il n'y a que trois ergothérapeutes à contacter la référente mémoire étant une des quatre ergothérapeutes concernées. Il n'est donc pas possible de faire une généralisation des résultats avec un chiffre si faible. De plus, le milieu carcéral est un système propre à lui-même avec ses lois, ses règles et ses contraintes. Il est intéressant de comprendre la philosophie des ergothérapeutes qui y travaille et ce qui les motive. Ainsi, cela permettra de comprendre comment chaque ergothérapeute interrogé agit sur la perte identitaire et d'autonomie avec leur technique, leur approche et leur singularité.

### **2.3 Choix de l'outil de recherche théorisé**

La méthode clinique a été retenue, car elle correspond aux objectifs visés dans cette recherche c'est-à-dire recueillir la spécificité de l'intervention de chaque ergothérapeute travaillant en UHSA. La méthode clinique procède à un recueil de données soit par de l'observation ou bien par des entretiens. Pour des raisons de distances et de permissions d'entrée dans les UHSA il est préférable de privilégier l'entretien en distanciel. Le choix de l'outil s'est tourné vers l'entretien compréhensif (43).

#### **2.3.1 Avantages et inconvénients**

Cette méthode a l'avantage de permettre plus de souplesse dans le discours et de créer plus facilement une relation avec l'interviewer. En effet la grille d'entretien n'est pas figée, les

questions peuvent être posées dans un autre ordre en fonction du contexte. De plus, il y a également la possibilité de rajouter des questions (43).

Les inconvénients de cette méthode est la possibilité d'avoir une vision trop subjective, liée à la relation créée avec l'interlocuteur. De plus, cette méthodologie est plus souple donc elle peut être mal interprétée si une personne souhaite reproduire l'étude. La personne peut considérer les questions comme un entretien semi-directif (43).

### **2.3.2 Biais**

Différents biais sont à prendre en compte pour réaliser l'entretien et essayer de les limiter au mieux. Les explications de ses différents biais sont tirées du site du Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (24).

- **Biais de méthodologique**

Ce biais est lié à « un recueil d'information insuffisant, incomplet ou difficile », une « mauvaise formulation des questions » (24), « excès de questions ouvertes dans un questionnaire » (24) qui provoque une « lassitude des sondés comportement, d'évitement et exploitation plus difficile » (24). Ici, il a été difficile de trouver des documents pour constituer la revue de littérature aux vues du thème abordé. Ce biais est donc présent, mais il est possible d'être réduit en étant vigilant à formuler des questions claires et en ne mettant pas trop de question qui pourrait trop fatiguer ou lasser la personne.

- **Biais affectif**

Ce biais provoque une « déformation du jugement entraînée par l'influence des états affectifs sur les processus de raisonnement ou d'évaluation. Les émotions interfèrent avec le jugement moral. » (24). Ainsi, pour réduire ce biais il faut « prendre conscience que nos états d'âme du moment peuvent interférer sur la qualité du recueil de l'information. Tenter de se remettre en recul par rapport à cela, afin de garder une vision la plus objective possible. » (24). D'après le Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires il faut également « prendre conscience du biais et faire en sorte que les états affectifs aient le moins de conséquences possible sur la qualité du recueil de l'information » (24).

- **Biais de désirabilité sociale**

Ce biais est un « comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'un est interrogé, observé » (24). Cela peut être lié à une « mise en confiance, motivation

provoquée par la valorisation, liée au fait d'être sujet d'intérêt » (24). Pour limiter ce biais il est recommandé de « multiplier les entretiens avec des personnes différentes pour avoir des points de vue variés » (24).

- **Biais de confirmation**

Ce biais s'adresse principalement à l'intervieweur. Il s'agit de la « tendance naturelle qu'ont les individus à privilégier les informations qui confirment leur idée préconçue, leurs hypothèses et à accorder moins de poids aux points vu jouant en défaveur de leurs conceptions ». Afin d'atténuer ce biais il est conseillé de « prendre en considération les informations, les signes qui vont à l'encontre de nos présupposés, de nos hypothèses initiales. Capacité d'interrogation et de remise en question ? Poser des questions autres que celles qui confortent nos points de vue initiaux. Interroger le collectif pour la phase de préparation du recueil (trame de questionnaire, d'entretien). » (24). L'intérêt du référent de mémoire et de pédagogie a ici tout son sens.

- **Biais d'autocomplaisance**

Ce dernier biais est une « tendance des individus à attribuer la causalité de leur réussite à leurs qualités propres (causes internes et leurs échecs à des facteurs ne dépendant pas d'eux (causes externes) » (24). Il est suggéré de « savoir que les gens endossent bien souvent la responsabilité de leurs réussites, mais rejettent la responsabilité de leurs échecs. » (24). Il faut « interroger également les individus sur les causes externes d'une réussite et les causes internes d'un échec » (24). Il est donc intéressant pour limiter ce biais d'essayer d'avoir un contexte précis en questionnant la personne de façon approfondie sur les informations apportées afin de comprendre tous les acteurs derrière ces actions racontées.

- **Stratégies mises en place pour éviter les biais**

Afin, de limiter les biais de cette enquête exploratoire l'analyste devra particulièrement être vigilant sur la construction de l'outil de recueil de données, des réponses données lors de l'entretien et la posture qu'adopte l'analyste.

L'analyste doit être vigilant sur la clarté des questions posées ainsi que le nombre. Un nombre trop élevé de questions peut lasser la personne. Il est également important d'utiliser la reformulation et d'approfondir les paroles d'une personne afin de comprendre exactement les enjeux. Enfin, il faut que l'analyste arrive à prendre de la distance afin d'avoir des résultats et une analyse le plus objective possible.

## 2.4 Construction de l'outil de recherche

D'après J.C Kaufmann (43) il est conseillé de trier les questions par logique. Cependant, il est tout à fait possible d'inverser l'ordre des questions si elles ne semblent pas cohérentes face à la personne. Il faut réfléchir à des questions pour approfondir sur le sujet. Cependant, d'autres questions viendront spontanément lors de l'entretien (43). Voici donc la grille proposée à la suite du questionnement actuel.

Thèmes	Questions principales	Questions complémentaires ou commentaire
Connaissance de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age</li> <li>• Le nombre d'années ou elle exerce en tant qu'ergothérapeute</li> <li>• L'école ou elle a été diplômée a-t-elle fait d'autres études ou un master,</li> <li>• Pourquoi elle a souhaité travailler en UHSA</li> <li>• Combien de temps qu'elle travaille au sein de l'UHSA ?</li> <li>• Est-ce que vous vous sentez inclus au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'UHSA ? Pourquoi ? Quels sont les facteurs ?</li> <li>• Avez-vous l'occasion de coopérer avec les autres professionnels ? Pourquoi ? Quelles prises en soin réalisez-vous ensemble ?</li> <li>• Comment le projet de soin du patient est réalisé ? Comment participez-vous au projet ? Quelles sont les réunions auxquelles vous assistez ?</li> </ul>	

<b>Connaissance sur la psychiatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous déjà travaillé en psychiatrie autre qu'en milieu carcéral ?</li> <li>• Quelles sont les différences de symptôme lié au milieu carcéral et à votre expérience précédente</li> <li>• quelles sont les différences liées aux rôles que les patients exercent en UHSA et en prison ? Quels sont les retours de la part des patients ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, comment avez-vous pris en soin des personnes atteintes de psychose ?</li> <li>• Questionner sur le rôle, autonomie et l'identité</li> <li>• Par quoi ses différences sont-elles causées</li> </ul>
<b>Etat des lieux sur le milieu carcéral en psychiatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment s'organise l'UHSA ?</li> <li>• Quelles sont les différences dans les opportunités d'autonomie entre la prison et l'UHSA ?</li> <li>• Qu'est-ce qui facilite l'autonomie des patients ou au contraire qu'est-ce qui la réduit ?</li> <li>• Comment est perçu le rôle de soignant en UHSA par les patients ?</li> <li>• Comment est perçu l'ergothérapeute auprès des patients ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'après ce que vous avez pu voir ou de différents retours extérieurs (patient, collègue...)</li> <li>• Environnement physique, humain...</li> <li>• Pourquoi ?</li> <li>• Pourquoi ?</li> </ul>
<b>Accompagnement dans les rôles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'après différentes sources retenues il a été constaté que les détenus perdent des rôles en arrivant en prison, avez-vous observé cela sur le terrain ? Avez-vous un exemple ? Comment définissez-vous le concept de rôle ?</li> <li>• En général quels sont ses rôles perdus et quels nouveaux rôles ils obtiennent ?</li> <li>• Quels impacts cette perte et obtention de rôle a comme effet sur leur santé mentale et quotidien ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelles sont les causes de cette modification ou perte de rôle ?</li> <li>• Pourquoi ses modifications ou ses pertes de rôles provoquent un impact sur la santé mentale de la personne ?</li> <li>• Donnez des exemples, avez-vous des données probantes ?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment l'équipe et l'ergothérapeute les accompagnent ?</li> </ul>	
<b>Prise en soin de la personne atteinte de psychose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour vous, que signifient une perte d'autonomie et une perte identitaire ?</li> <li>• Comment identifiez-vous une perte identitaire et une perte d'autonomie ?</li> <li>• Comment l'équipe aide à la reconstruction d'une identité et d'une autonomie tout en prenant en compte les symptômes liés à la psychose ?</li> <li>• Comment travailler plus particulièrement l'autonomie et la construction d'identité face à une personne qui a été contrainte de rejoindre la structure ?</li> <li>• Quels sont les stratégies des patients et les vôtres mis en place pour éviter une décompensation psychotique une fois de retour en prison ?</li> <li>• Comment l'UHSA participe à l'aide au retour en détention des personnes stabilisé ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quels sont les symptômes ? Qu'est-ce qui les causes (intrinsèque et extrinsèques) ?</li> <li>• Comment recueillir son pouvoir d'agir ? Si pas possible → pourquoi ? Si possible → quels moyens mis en place ?</li> <li>• Donnez des exemples</li> <li>• au niveau de l'institution, de l'équipe, de l'ergo.</li> </ul>
<b>Conclusion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous d'autre information à me transmettre qui n'aurait pas été dit.</li> </ul>	

## 2.1 Choix de la méthode d'analyse des données

La méthode d'analyse des données choisie sera une analyse par thématiques. La méthodologie d'analyse des données se base sur l'ouvrage de P. Paillé et A. Mucchielli intitulé l'analyse qualitative en science humaine et sociale (44). Une analyse verticale et horizontale sera réalisée. L'analyse verticale a l'objectif de recueillir la parole spécifique de la personne en faisant ressortir les éléments qui semblent être les plus importants pour la personne. Pour réaliser cette analyse il faut donc être sensible aux émotions de la personne ainsi qu'aux récurrences des données dites par la personne. Tandis que l'analyse verticale s'intéresse aux thématiques qui se recoupent dans tous les entretiens donnés afin de les comparer et d'étudier

différents phénomènes (45). Ainsi, un arbre thématique et des tableaux d'analyse verticale seront présents en annexe. (cf.annexe6. p70) (cf.annexe 7.p 71)

## **2.2 Protection de la personne et des données**

Ici, la loi Jardé relative à la protection des personnes ne s'applique pas lors de cette recherche. En effet, cette loi s'applique uniquement si les patients. Or ce sont des professionnels paramédicaux qui sont interviewés dans cette recherche. Cependant, une feuille de consentement à la passation de cet entretien a été réalisée (cf annexe3. p 61). L'analyste prévient que l'entretien sera enregistré et il prévient que l'anonymat de la personne sera conservé. Le lieu géographique où ils exercent sera donc censuré et les retranscriptions des entretiens ainsi que les enregistrements faits seront éliminés à la suite de l'impression de cette recherche.

## **2.3 Test**

Un entretien test a été réalisé faisant modifier des tournures de phrase inadéquates et un ajout de questions de relance. Il a également permis d'expérimenter un nouveau logiciel d'enregistrement. Face à une personne qui ne justifie peu ses réponses il a été décidé de rajouter des questions ainsi que des réponses de relances. Ces questions seront exposées si la personne n'a pas abordé le sujet. Enfin, cet outil a pu tester la fluidité et la cohérence des questions posées.

## **2.4 Déroulement de la recherche**

L'enquête va débuter par la récupération des contacts des ergothérapeutes grâce au contact de ma référente pédagogique et du stage effectué en UHSA. Les entretiens seront réalisés sur les personnes sélectionnées selon les critères décrits ci-dessus. Il faut donc leur envoyer un mail en expliquant le sujet de cette initiation à la recherche et leur demander la date et l'heure à laquelle ils sont disponibles. Lorsque la date est fixée, ils signeront une feuille de consentement en amont de l'entretien. À la suite des souhaits des ergothérapeutes les rendez-vous se feront en appel téléphonique. Il faudra donc s'assurer que l'enregistreur, le son et le micro du téléphone soient opérationnels. Au début de l'entretien, l'intervieweur doit récupérer la feuille de consentement signée par l'ergothérapeute, lui rappeler que l'anonymat est garanti et que l'échange sera enregistré. Enfin, à la suite de l'entretien il restera à retranscrire l'entretien pour pouvoir exploiter les résultats puis les comparer.

### 3 Résultats

Deux entretiens ont été réalisés. Ils ont été retranscrits afin de limiter le biais de subjectivité et faciliter l'analyse des données. Ces deux retranscriptions sont disponibles en annexes (cf. annexe 8p 72), (cf. annexe 9p88). Ils vont être à présents analysés au regard de la méthode choisi. Le tableau de l'analyse des données horizontale est présent en annexe (cf.annexe 10.p118)

#### 3.1 Présentation des participants

Ces deux entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeute travaillant actuellement en UHSA.

Le premier ergothérapeute travaille au sein de l'UHSA depuis 7-8 mois. Elle a effectué un stage en Unité pour Malade Difficile (UMD) et son projet initial été d'y travailler. Elle avait déjà eu l'occasion de visiter l'UHSA en faisant son stage à l'UMD. Elle a souhaité intégrer cette structure, car la psychiatrie est un domaine qui lui plaît. De plus elle a exprimé que ce qui lui plaisait au sein de l'UHSA « C'est de renouveler la pensée à chaque instant sans s'installer dans une routine. Les personnes changent assez régulièrement et voilà. Juste le fait de me remettre en question après chaque prise en soin » (E1 L 27).

La seconde ergothérapeute interrogée a travaillé exclusivement en psychiatrie depuis 20 ans. Elle a exercé dans différents hôpitaux de secteurs où elle a été en service intra et extra hospitalier. Elle a également « fais un bref passage en psychiatrie non sectorielle. » (E2 L32). Elle a donc pu prendre en soin un grand nombre de patients avec des pathologies très diversifié et avec des états différents (de crise ou chronique). Cette professionnelle a fait quelques formations non qualifiantes comme des cours de coutures et que formation qualifiante : un Diplôme Universitaire (DU) en psychopathologie bébé enfant, ados et parentalité. Elle souhaite réaliser deux nouveaux DU : un sur l'ethnopsychiatrie et le second sur la médiation animale. Elle travaille au sein de l'UHSA depuis deux ans. Ce qui l'a fait choisir pour prendre le poste d'ergothérapeute en UHSA est sa conviction éthique qui l'anime « pour moi les détenus sont condamnés à une peine de prison et ils ne sont pas condamnés à une peine de souffrance. » (E2 L74).

Ce sont donc deux profils de personnes différentes. Elles n'ont pas eu accès à la même formation, car l'enseignement en ergothérapie a évolué avec le temps. L'une semble avoir une expérience conséquente dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiatriques, tandis que la seconde ergothérapeute semble avoir un œil neuf sur ce milieu et

ce public. Elles sont toutes deux animées de conviction personnelle pouvant influencer leur prise en soin.

### **3.2 Analyse verticale**

L'analyse vertical va s'intéresser à chaque entretien

#### **3.2.1 Premier entretien**

L'ergothérapeute interrogé semble bien présent dans le travail pluridisciplinaire. En effet, elle participe aux réunions cliniques hebdomadaires (E1-L93-94) et réalise des activités en collaboration avec d'autres professionnels (E1-L55,60). Elle centre sa prise en soin sur l'écoute des demandes de la personne à travers la formation de leur projet de soin, c'est-à-dire qu'elle recueille les envies de la personne pour co-construire son projet de soin(E1-L71). Elle fixe également des objectifs avec le patient tout en respectant ses demandes au sein de ses séances d'ergothérapie(E1-L83). Trouver une contenance adéquate à la personne semble être un réel enjeu entre les murs, les barreaux qui contraignent (E1- 113-115,119-120,124,262-263,134-135). L'étayage soignant semble être une bonne indication pour réguler cette contenance inadéquate et aider les personnes au quotidien (E1-134-135,187-188,202-203,256-257). L'utilisation de la médiation et de la parole semble être les thérapies les plus utilisées par cette professionnelle (E1- 328-329,363-364,371-372). Cependant, elle semble aussi être contrainte par le temps ne pouvant la forçant a priorisé les prises en soin qu'elle effectue autant au sein de l'équipe qu'après d'es objectifs fixés avec les patients (E1- 222-223,388-389).

#### **3.2.2 Deuxième ergothérapeute**

La seconde ergothérapeute interrogée a eu une longue expérience dans le domaine de la psychiatrie. Elle travaille au sein de l'UHSA depuis deux ans. Au travers de cette expérience, elle a remarqué qu'une équipe en psychiatrie dysfonctionnera toujours. Ce dysfonctionnement est causé par des contre-transferts faits par les soignants. Les répercussions à l'UHSA sont des conflits par rapport à l'autonomie des patients. Par exemple, que les patients puissent ouvrir seuls leur fenêtre. L'ergothérapeute essaie de faire souligner au soignant faisant des contre-transferts qu'il ne faut pas qu'ils surveillent, mais qu'ils soignent (E2-L134-145,150-157,164-172,437-457, 467-471, 495-497,501-504,509-511,521-523,578-580,589-594, 601-603, 744-748,776-779). Elle pense qu'avoir un avis qui diverge est intéressant et que c'est le croisement de tous ses regards qui va mener à un travail aboutit. (E2-L 197-201). Elle appuie également l'importance de l'évaluation par l'observation. En prenant en compte les facteurs les plus précis possibles, pouvoir ensuite pouvoir faire un travail avec l'équipe pluridisciplinaire et créer le

projet de soin du patient(E2-106,319-326,353-363). Elle insiste également sur la mise en forme de ses objectifs. Pour elle les objectifs SMART ne sont pas adaptés au domaine de la psychiatrie. Tous les objectifs ne peuvent pas être dits car certains peuvent être violents pour la personne. L'ergothérapeute formule des objectifs au patient sans les rendre formels et garde certains objectifs pour elle qui sera la ligne de conduite à avoir avec ce patient(E2-L246-270,274-279,283-311).

### **3.3 Analyse horizontale des données**

#### **3.3.1 Le positionnement de l'ergothérapeute**

- **Identité professionnelle**

L'ergothérapeute remarque qu'elle a un point de vue qui peut diverger avec l'équipe. Cependant, elle voit ces réflexions comme intéressantes car d'après elle « c'est l'altérité, les et les croisements entre tous les regards, qui va donner du sens à ce qu'on fait » (vers 194). Elle n'hésite donc pas à prendre position et à défendre ses idées dans une équipe. Elle a également remarqué des limites dans sa profession dans la thérapie en groupe. En effet, elle exprime ne pas savoir comment apporter le thérapeutique. Elle a uniquement son objectif que la séance se passe bien et qu'il n'y ait pas de soucis. (E2-L218-233)

- **Place de l'ergothérapeute**

Les résultats montrent que l'ergothérapie semble être intégrée au sein de l'UHSA. « Moi c'est, je pense que c'est la première fois en presque 20 ans, maintenant que j'ai pas eu à défendre la place de l'ergothérapie au quotidien. La place, elle est faite » (E2-L vers 90 ). Pour compléter ces propos, chaque réunion l'ergothérapie est abordé. (E2-L97-98). L'ergothérapie est à la fois sollicitée pour réaliser des bilans pour ensuite guider l'équipe pluridisciplinaire vers un projet de soin adapté à la personne et à la fois assez autonome car une fois dans son atelier les séances sont réalisées de la manière dont elles le souhaitent (E2- L103-114). Cependant, une opposition est présente car si l'ergothérapie souhaite être élargie hors de l'atelier d'ergothérapie, cela sera mal reçu par l'équipe pluridisciplinaire (E2-781-782).

- **Place de transversale**

L'ergothérapie jongle entre plusieurs services (E1-L248-252, E2-L89-90) et n'appartiennent pas à une équipe. Ils sont donc appelés les transversaux. Il est exprimé que les transversaux se retrouvent donc à l'écart ce qui permet en même temps d'être moins dans les problèmes

d'équipe, mais il y a moins cependant, les possibilités de créer des liens avec les équipes sont plus compliqué. (E2-L126-131, E2-L469-457).

### 3.3.2 L'autonomie en UHSA

- **Les facteurs de privations**

Deux éléments principaux ont été retenus comme privant les patients d'autonomie. Dans un premier temps le rôle de détenu représente un frein. En effet, il est ressorti une uniformisation des patients. Ce phénomène semble s'expliquer par la volonté d'une personne en détention de ne pas se faire repérer dans un groupe, la détention exerçant la loi du plus fort. Ainsi, lors de leur arrivée en détention, les patients semblent tous avoir le même style vestimentaire, les mêmes goûts musicaux.... Cette uniformisation ne laissant plus de place à la singularité et donc à l'identité de chaque individu (E2 L392-401).

Le second point qui a été repéré comme obstacle pour l'autonomie sont les problèmes d'organisation, d'équipes et de structures. En effet, il semble que l'univers carcéral de manière général peut paraître trop ou pas assez contenant auprès de certaines personnes. Ce défaut de contenance provoquant un délire ou une déconnexion de la réalité. (E1-L114-120). Ce manque d'autonomie s'exprime aussi par une organisation des fois stricte. En effet, les horaires sont définis par rapport à la pénitencier. Ainsi, ils n'organisent pas leur activité essentielle à la vie comme manger, dormir, se laver, car elles temps sont déjà imposé par la pénitencier. (E1-L150-157). De plus, des problèmes liés à la structure du bâtiment sont constatés. En effet, le bâtiment est fait sur deux étages. Lorsqu'ils descendent dans les espaces communs, ils n'ont plus la possibilité de remonter en chambre. Ainsi, s'ils ont oublié des affaires personnelles ou s'ils souhaitent rester se reposer dans leur chambre ce n'est pas possible (E1- L 226-235). Dans un autre UHSA ils n'ont pas la possibilité de regarder la télévision ni d'ouvrir une fenêtre s'ils en ont envie alors que des barreaux sont présents et qu'il est autorisé de le faire en détention (E2- L437-457).

Enfin, un dysfonctionnement au sein de l'équipe est repéré. Cet ergothérapeute explique que ce phénomène à une forte prévalence dans les établissements accueillant des personnes avec des troubles psychiatriques. Les soignants réagissent aux transferts que font les patients sur eux provoquant un contre-transfert. Dans l'équipe de l'UHSA, ce contre-transfert entraîne les soignants à surveiller et soigner, les soignants développant de la méfiance envers leur patient les privent et rigidifie leur cadre de façon involontaire. L'ergothérapeute a pu remarquer des réponses à des problématiques un peu musclées de la part des soignants. Elle pose également

l'hypothèse d'un contre-transfert au système de la loi du plus fort appliqué par les patients entre eux. L'ergothérapeute explique que l'équipe est également marquée par l'histoire qui se passe au sein de l'UHSA depuis dix ans et que cette rigidité au niveau de l'autonomie peut également venir d'ici. (E2- L776-779)

- **Les facilitateurs**

Une partie organisationnelle semble pour autant être facilitatrice en effet, le coté contenant des soignants et de la structure peut permettre une réassurance de la personne. Les soignants, sont présent et à l'écoute et le cadre est bien défini se qui rassure. (CITATIONS)

La relation thérapeutique permet également de redonner une autonomie à la personne. La relation thérapeutique passe aussi par des refus. Cependant, la persévération est utile afin de garder le lien. (E2-L561- 567). L'ergothérapeute souligne l'importance de créer un lien dans l'atelier d'ergothérapie cela lui donne une attache et un moyen de remarquer se que le patient semble apprécier vers quoi ils se tournent, quels sont ses centres d'intérêt (E2-L680- 694).IL est parfois utile d'accepte que la personne retourne en détention sans être stabilisé pour garder la relation thérapeutique et de lui faire comprendre qu'il est écouté (E1-L394-396 )

Enfin, les principaux facilitateurs de l'autonomie en UHSA sont les actes thérapeutiques apportés par l'équipe pluridisciplinaire. Ces séances peuvent être réalisées en groupe ou en individuel. En ergothérapie à la majeure partie des séances sont individuelles, car les patents le souhaitent (E1-L82-84). Les séances d'ergothérapie permettent à la personne de « s'emparer du matériel, suivre leurs envies, leurs désirs » et ainsi les rendre libres de réaliser ce qu'ils souhaitent (E2-L 542-549). L'ergothérapeute exprime qu'elle garde toujours en ligne de conduite l'autonomie et l'allègement des tensions internes pour le patient. Cependant, elle réalise qu'elle ne transpose pas cette ligne de conduite en dehors de son atelier d'ergothérapie (E2-L748-752). L'étayage soignant semble également augmenter l'autonomie de la personne (E1- L82-84).

### 3.3.3 Les rôles

- **Rôle de patient**

Les deux ergothérapeutes sont d'accord pour dire que la compréhension du rôle de patient est très personne dépendante(E1-L321-325),(E2-L414-424). Cette compréhension peut être influencé en fonction du temps dans lequel ils ont vécu en détention et de quelle prison ils viennent (E2-L414-424). Ils ont de nouvelles attentes de la société. Ici, ce n'est pas de travailler

ou d'être une personne exemplaire. Il s'agit de faire une pause et prendre soin d'eux (E2-L 512-515).

- **Les rôles perdus**

Le premier rôle perdu est celui de la parentalité. (E1- L296 – 298), (E2- L701-707). Certains patients iront jusqu'à mentir en expliquant qu'ils ne sont pas en détention pour rassurer leur proche (E2-L701-707). Le rôle de travailleur qui leur permette de sortir de leur cellule, se projeter dans un métier et évidemment gagner un peu d'argent n'est plus possible en UHSA. E1(L349-350). Enfin, la perte de rôle a un effet délétère chez l'être humain provoquant une douleur morale qui n'est pas apparenté à un trouble psychiatrique. Cependant, cette forte douleur morale peut être la cause du déclenchement d'une décompensation (E2-L722-733).

### **3.3.4 Intervention de l'ergothérapeute**

- **Evaluation**

L'évaluation est utile à l'ergothérapeute ainsi qu'à l'équipe pluridisciplinaire pour identifier les troubles de la personne. Ici, l'évaluation observée est l'observation. L'observation de son attitude, de son langage, de sa praxie... Cette observation étant complémentaire à celle réalisée par l'équipe soignante au quotidien. (E2-333-344).

- **Objectifs thérapeutiques**

Ici les deux ergothérapeutes annoncent les objectifs des séances différemment. Les deux partent des besoins de la personne or l'une va miser sur la transparence de ses propos envers le patient pour créer une relation thérapeutique. Tandis que la seconde ergothérapeute préfère éviter la confrontation et explique les objectifs essentiels à la compréhension du patient tout en ayant sa propre ligne d'objectif qu'elle garde en tête. En effet, elle trouve que dire les objectifs à la personne peut-être violent ou inadapté Cependant, des objectifs peuvent être dis de façon plus explicite en fonction de la personne et de la pathologie qu'elle a (E2- 304-311). Ainsi la prise en charge s'orientera vers les intérêts et les problématiques reconnus comme les plus importantes pour la personne (E1- L335-.336), (E2-261-270).

- **Rôles et identités**

A travers cet entretien un ergothérapeute s'est rendu compte qu'elle travaillait beaucoup l'identité avec le patient qu'elle suit. Elle le travaille en posant beaucoup de questions personnelles en essayant de creuser sur l'histoire de vie de la personne ainsi que ses rôles. Ainsi,

qu'ils arrivent à se différencier des autres patients. (E2-401-408). Il a été ajouté que la médiation thérapeutique est utilisée pour travailler sur les rôles de la personne. Le média permettant d'ouvrir à la discussion et de travailler avec le patient pour donner un sens à ses rôles (E1- 324-329). Le fait d'être en individuel avec la personne permet également de plus travailler la singularité avec elle. Par exemple là où il écouterait les mêmes musiques les autres détenus, en étant seul il peut revenir à sa singularité et mettre des musiques signifiantes pour lui. (E2-787-801) De plus il est identifié que les patients se donnent des rôles entre eux au sein de l'UHSA. Certains vont prendre à cœur de nettoyer la cour, d'autre d'encourager les autres patients, pour certains protéger les soignants... Ces attitudes semblent aider les personnes à se caractériser ;

### **3.3.5 Sortie de l'UHSA**

- Travail fait en amont

Les ergothérapeutes se demandent comment garder du lien avec les patients une fois en détention. Elles optent pour donner des conseils et faire de l'éducation thérapeutique aux patients. Elle les informe qu'il ne faut pas attendre la décompensation pour venir à l'UHSA, mais il faut réussir à décrypter les premiers symptômes de la maladie. (E1-369-375), (E2- 842-852).

- **Le lien avec l'UHSA et une autre structure**

lors de leur séjour en UHSA, les soignants mettent en place une fiche de liaison afin de noter et de continuer le suivi de la personne une fois de retour dans sa détention ou son établissement de soin. Cependant, cette fiche n'a pas toujours été considérée par les autres structures (E1 L 406-409). Le lien peut être cependant plus travaillé lors de projet plus important. Il arrive qu'une équipe de soin se déplace à l'UHSA afin de travailler ensemble à un projet de soin adapté à une personne. Ce cas de figure se produit généralement à l'approche d'une fin de peine (E2 L 837- 842).

- **La conservation du lien avec le patient**

La conservation du lien suite au départ en UHSA est problématique. Dans certains UHSA il est possible d'y envoyer des lettres ou d'appeler. Un autre ergothérapeute propose de donner son mail au patient pour qu'il lui donne des nouvelles ou pour qu'elle puisse les conseiller en cas de besoins. Cette situation peut frustrer les soignants (E2 L 860-880).

## 4 Discussion

Suite à l'analyse de ces résultats ils vont à présent être confronté à la problématisation pratique et théorique ainsi qu'à la question de recherche.

### 4.1 Interprétation des résultats au regard de la problématisation pratique et théorique

Ces résultats ont permis d'apporter de nouvelles connaissances sur le terrain qui n'avait pas encore été abordé dans cet écrit. Il s'agit de la place de l'ergothérapie, l'influence de l'identité professionnelle sur la pratique et la place de transversale.

Concernant l'autonomie de la personne en UHSA, les résultats ont fait ressortir des facteurs de privations et des facilitateurs. Les principaux facteurs de privations sont le rôle détenu, ainsi que les problèmes liés à la structure, à l'organisation ou à l'équipe au sein de l'UHSA. Il avait déjà été constaté dans la revue de littérature que ce rôle détenu engendrant une homogénéité identitaire (E2- L392-401) corrobore avec la perte d'individualité lors d'une perte d'autonomie en détention (18). Les problèmes liés à l'organisation avaient également déjà été cités dans la revue de littérature à travers la privation de l'organisation de leurs actes essentiels de la vie quotidienne (18). Les résultats relatant les propos sur le dysfonctionnement de l'équipe qui crée une privation d'autonomie à travers des contre-transferts ou la peur de certains soignants (E2- L776-779) semblent corroborer avec la revue de littérature ; « une vigilance toute particulière sur les mouvements contre transférentiels au regard des histoires et de la clinique rencontrée. » (22). Les principaux facilitateurs retenus parmi ses résultats sont l'organisation, la relation thérapeutique et les actes thérapeutiques. En effet, l'organisation de l'UHSA permet de contenir les personnes accueillies. Cette fonction contenant corrobore avec la revue de littérature qui exprime que « la contenance de la structure est primordiale et nécessite un travail pluridisciplinaire, des élaborations régulières en équipe autour de chaque situation clinique, et l'utilisation d'activités individuelles ou en groupe » (22). Concernant la relation thérapeutique avait été peu énoncée dans cette initiation à la recherche. Cependant, une source avait souligné qu'il était plus simple de prendre en soin les personnes en UHSA qu'en SMPR car les soignants peuvent travailler le lien et persévérer malgré un refus. Ce qui corrobore avec les résultats recueillis (E2-L561- 567) (20). Enfin les actes thérapeutiques sont reconnus comme facilitateurs à l'installation d'une autonomie chez la personne (E1-L82-84). Les résultats montrent que les ergothérapeutes utilisent la médiation thérapeutique pour faire augmenter le pouvoir d'agir de la personne. Ce qui corrobore avec les recommandations faites par G.Riou(7).

Concernant les rôles des patients accueillis en UHSA, un nouveau rôle s'acquiert tandis que plusieurs autres sont perdus. Le rôle de patient leur a été attribué lors de leur arrivée en UHSA. L'attente de la société face à ce rôle est de faire une pause et prendre soin d'eux (E2-L 512-515). Ces données n'étaient pas ressorties auparavant dans cet écrit. D'après les résultats, les patients perdent également deux rôles principaux : leur rôle au sein de leur famille et le rôle de travailleurs qu'ils ont pu acquérir en détention.

Concernant l'intervention en ergothérapie, certains résultats en sont rajoutés à cet écrit. Comme par exemple l'évaluation qui peut être faite par les ergothérapeutes pour repérer les difficultés que rencontre la personne au quotidien. Les ergothérapeutes fixent également des objectifs thérapeutiques, mais la façon de les exposer aux patients est différente. Enfin, les ergothérapeutes travaillent la perte de rôle et d'identités à travers la médiation thérapeutique et la discussion, (E1- 324-329- E2- L787-801). Ces résultats corroborent avec les conseils de G.Riou (7).

Enfin concernant la sortie de l'UHSA pour le retour en détention ou la libération, ce thème n'avait pas pu être abordé avant dans cet écrit. Les résultats montrent que la sortie est tout d'abord un travail en amont (E1-369-375), (E2- 842-852). Les UHSA peinent également à avoir du lien avec les patients lors de leur retour en détention ainsi qu'organisés des projets de soin avec une autre structure. L'entretien de l'enquête exploratoire expliquait également qu'il n'était pas toujours conseillé de travailler la fin de la détention en UHSA. Certaines structures sont plus à même d'accueillir et de les préparer à la sortie de détention.

#### **4.2 Éléments de réponse à la question de recherche**

*Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir sur la perte identitaire liée à la perte ou une modification de rôle et d'autonomie pour des personnes atteintes de psychose en UHSA ?*

Au travers les liens faits avec la revue de littérature et les résultats trouvés, il se dégage plusieurs axes de prise en soin. Au sein de l'atelier d'ergothérapie redonner le pouvoir d'agir et le choix à la personne permet de redonner une autonomie à la personne. Afin de lui permettre d'être autonome, la médiation thérapeutique ou la parole semblent les outils les plus appropriés. La relation thérapeutique est primordiale pour permettre à la personne de se sentir dans un espace sécurisé loin de cette hiérarchie des plus forts et des plus faibles. Ainsi, la personne pourra faire un travail d'introspection et de reconstruction d'identité. Cette thérapie doit permettre à la personne de trouver du sens à la modification de ses rôles.

L'impact de l'intervention de l'ergothérapeute va dépendre de l'identité professionnelle de celle-ci ainsi que la place de l'ergothérapeute dans la structure et l'efficacité de la place de transversale en UHSA. Ainsi, l'ergothérapeute doit réussir à se familiariser à l'équipe pluridisciplinaire même si elle ne les côtoie pas au quotidien afin que la parole de l'ergothérapie puisse être écoutée. Car en effet, l'ergothérapie peut également avoir un impact sur l'autonomie en dehors de l'atelier d'ergothérapie face à une équipe qui serait moins confrontée à des mouvements contre-transférentiels. Ainsi nous pouvons observer les limites des ergothérapeutes sur le terrain. L'ergothérapie est confrontée aux dysfonctionnements des équipes, à une organisation qui peut être délétère pour les patients ainsi qu'une structure physique qui prive elle-même les patients.

### **4.3 Critique du dispositif de recherche**

Cette recherche s'est appuyée sur seulement deux entretiens. Les UHSA étant des structures avec un fonctionnement et une structure différente de l'une à l'autre, il aurait été intéressant de pouvoir plus comparer les milieux. La retranscription du deuxième entretien était assez conséquent. Est-ce qu'une trop grosse quantité d'informations recueillies n'a pas handicapé l'analyste qui aurait pu omettre des résultats ? Avoir réalisé des appels téléphoniques a pu réduire la qualité des données recueillies. L'analyse des résultats se base sur différentes sources et cela a pu influencer les résultats. De plus, la recherche n'est pas allée à saturation des données impactant forcément les résultats. Cependant, cette recherche a permis de rendre plus concret des problèmes qui semblaient jusqu'à présent encore lointain.

### **4.4 Les résultats et la pratique professionnelle**

Cette partie va permettre de faire du lien entre les résultats et la pratique professionnelle

#### **4.4.1 Apport, intérêts et limites**

Cette recherche a pu clarifier des concepts comme celui du rôle ou de l'autonomie. Ces résultats permettent de rester vigilant quant à la perte identitaire ou d'autonomie qu'une personne peut subir même si elle n'est pas en milieu carcéral. Ces résultats nous montrent que l'autonomie, l'identité le pouvoir d'agir et les rôles sont liés et lorsque l'un est atteint une situation de handicap apparaît en impactant les autres. Cette recherche a également pu nous aborder de nouveaux systèmes ou concepts qui n'avaient pas été abordés auparavant.

Cette recherche a un intérêt, car cela prouve qu'il y a encore des axes d'améliorations à faire au sein des UHSA concernant l'autonomie. Cette étude a pu nous montrer que même si les ergothérapeutes semblent avoir du savoir sur comment rendre le patient plus autonome cela

n'est pas suffisant face à des dysfonctionnements d'équipe, de la peur ou une histoire d'institution qui fait barrière. Cette limite ne s'applique pas qu'à l'UHSA. Cette recherche nous a également prouvé que chaque institution est différente. Deux UHSA ne se ressemblent pas et ne vont pas vivre de la même manière et ainsi leur problème ne seront pas identiques.

#### **4.4.2 Transférabilité**

Cette recherche pourrait être poursuivie en interrogeant des soignants recueillir leur vision du soin en milieu carcéral. Il serait intéressant d'analyser ce dysfonctionnement pour mieux le comprendre et savoir comment l'éviter. Le retour de patients serait également instructif. Ce sujet pourrait également être transposable à d'autres milieux que celui de la détention. En effet, face à une sur protection ou à un cadre trop strict des personnes certaines institutions comme des EHPAD ou des services intra hospitaliers en psychiatrie peuvent devenir eux aussi le lieu de privation occupationnelle.

#### **4.4.3 Perspective professionnelle et de recherches**

Face à cette recherche il serait intéressant de plus étudier les dysfonctionnements liés aux transferts. Peut-être créer des formations pour les soignants sur ces dysfonctionnements permettrait de les réduire ? Cet écrit n'est qu'un début de travail qui est à poursuivre. Il serait intéressant d'aller sur le terrain et d'observer le comportement de patient atteint de privation d'autonomie et identitaires puis recueillir leurs témoignages. Il serait également instructif d'interroger d'autres professionnels pour comprendre comment ils se positionnent face aux dysfonctionnements constatés dans les équipes. Aller à saturation des données avec le recueil de chaque ergothérapeute peut-être également fait pour compléter cette recherche.

## 5 Bibliographie

1. Prisons OI des. Quelles activités sont proposées aux personnes détenues ? [Internet]. oip.org. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://oip.org/en-bref/quelles-activites-sont-proposees-aux-personnes-detenues/>
2. CIRC.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir\\_42889/CIRC](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_42889/CIRC)
3. Rapport\_UHSA\_20190107.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/Rapport\\_UHSA\\_20190107.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Rapport_UHSA_20190107.pdf)
4. La psychose [Internet]. [cité 4 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-psychose>
5. L'ergothérapie en santé mentale [Internet]. Ordre des ergothérapeutes du Québec. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergothérapie-en-santé-mentale.html>
6. Occupational deprivation and incarceration [Internet]. [cité 18 janv 2023]. Disponible sur: <https://www-tandfonline-com.lama.univ-amu.fr/doi/epdf/10.1080/14427591.1997.9686429?needAccess=true&role=button>
7. Riou G, Le Roux F. L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. VST - Vie Soc Trait. 2017;135(3):104-10.
8. guide\_methodo\_2019\_ppsmj.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_methodo\\_2019\\_ppsmj.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf)
9. UNODC\_SocialReintegration\_FRE\_180313.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_SocialReintegration\\_FRE\\_180313.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_SocialReintegration_FRE_180313.pdf)
10. Diederich N. 2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. In: Stériliser le handicap mental ? [Internet]. ERES; 1998 [cité 16 févr 2022]. p. 251. Disponible sur: <http://www.cairn.info/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-251.htm>
11. Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4342.html>
12. Touitou Y. La santé en prison, un enjeu de santé publique. Bull Académie Natl Médecine. janv 2018;202(1-2):17-9.
13. Santé et droits de l'homme [Internet]. [cité 5 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
14. Rapport\_FATOME\_Juin\_2001\_L\_organisation\_des\_soins\_aux\_detenus.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_FATOME\\_Juin\\_2001\\_L\\_organisation\\_des\\_soins\\_aux\\_detenus.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_FATOME_Juin_2001_L_organisation_des_soins_aux_detenus.pdf)

15. Prisons OI des. Décès en détention et suicides [Internet]. oip.org. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://oip.org/decrypter/thematiques/deces-en-detention-et-suicides/>
16. Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.
17. adsp n° 104 - Santé des personnes sous main de justice [Internet]. [cité 13 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=161>
18. Nenez L. Psychose carcérale: état des lieux [Thèse d'exercice]. [Lyon; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2014.
19. adsp n° 44 - La santé en prison [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=85>
20. Henry A. Entre impensé et impensable : partir ou rester. À propos du film Être là. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2016;174(4):287-90.
21. Litzler A. Soigner et surveiller en unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA). *Arch Polit Criminelle.* 2013;35(1):277-96.
22. Moncany AH, Dandelot D, Bouchard JP. Entre détention et psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge les personnes détenues dont l'état psychique relève d'une hospitalisation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mars 2019;177(3):295-301.
23. Sauvayre R. Chapitre 1. La préparation à l'entretien. *Psycho Sup.* 2013;1-47.
24. CEDIP SGD. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. Secrétariat Général - DRH - CEDIP. 2014 [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-principaux-biais-a-connaître-en-matiere-de-a1113.html>
25. Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés: trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales - 2e édition [Internet]. INSPQ. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/publications/1315>
26. Christiansen C, Baum CM, Bass-Haugen J. Occupational therapy: performance, participation, and well-being. 3rd ed. Thorofare, N.J.: Slack; 2005. 653 p.
27. Quintin JJ. Analyse de données qualitatives Outils de production de données qualitatives et méthode d'analyse.
28. Recent Development in Role Theory. 2023;
29. De l'activité à la participation [Internet]. ANFE. [cité 28 avr 2023]. Disponible sur: <https://anfe.fr/product/de-l-activite-a-la-participation/>
30. Gordon C. Development of Evaluated Role Identities. *Annu Rev Sociol.* août 1976;2(1):405-33.

31. Sournia JC, Wolf N, Depecker L, Secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées. Commission ministérielle de terminologie. Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. Paris, France: FRANTERM : Diffusé par Nathan, DL 1984; 1984. 118 p.
32. Warchol N. Autonomie. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 1 mai 2023]. p. 87-9. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-87.htm>
33. Le code de Nuremberg - 1947 | Hôpital Erasme [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/enseignement-recherche/comite-d-ethique/consensus-ethiques/le-code-de-nuremberg-1947>
34. Article L1111-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721056](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056)
35. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
36. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
37. Foulquié P (1893 1983) A du texte. Dictionnaire de la langue philosophique (6e éd.) / Paul Foulquié [Internet]. 1992 [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1004234w>
38. Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2002 [cité 3 mai 2023]. (classiques des sciences sociales). Disponible sur: [http://www.uqac.ca/zone30/Classiques\\_des\\_sciences\\_sociales/classiques/kant\\_emmanuel/fondements\\_meta\\_moeurs/fondements.html](http://www.uqac.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/classiques/kant_emmanuel/fondements_meta_moeurs/fondements.html)
39. Dictionnaire de Psychologie. Percept Mot Skills. 1 déc 1991;73(3\_suppl):1247-1247.
40. Hoffmans-Gosset MA, Porcher L. Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation. Lyon: Chronique sociale; 1987. (Collection Synthèse).
41. Foray P. Autonomie. Le Télémaque. 2017;51(1):19-28.
42. Guillen AS, Guillen A. La méthode clinique suivi de Le savoir du psychanalyste, pas tant, pas tout. de Michel Lapeyre. Cah Psychol Clin. 2020;55(2):363-7.
43. Kaufmann JC. 4. La fabrication de la théorie. In: L'entretien compréhensif [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 4 mai 2023]. p. 73-102. (128; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-entretien-comprehensif--9782200613976-p-73.htm>
44. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 12. L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Paris: Armand Colin; 2021 [cité 11 mai 2023]. p. 269-357. (Collection U; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-p-269.htm>

45. Delacroix E, Jolibert A, Monnot É, Jourdan P. Chapitre 6. L'analyse des données qualitatives et documentaires. In: Marketing Research [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 16 mai 2023]. p. 151-77. (Management Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/marketing-research--9782100792993-p-151.htm>

## 6 Annexes

### 6.1 Annexe 1 : Tableau de résultats des bases de données

Total à partir des mots clés	Base de données	Equation de recherche	Filtres	Sélection selon le texte	Article retenue
6	Google scholar	UHSA ET psychose ET privation occupationnelle	-COVID -geriatric -sexual	3	1
17 800		occupational deprivation AND detention AND psychotic	COVID -geriatric -sexual	Trop de donnée pour toute les traitées	1
44	Sumon	UHSA ET psychose ET privation occupationnelle		3	1
1		occupational deprivation AND detention AND psychotic		0	1
0	Science Medecine	UHSA ET psychose ET privation occupationnelle	COVID -geriatric -sexual	0	0
0		occupational deprivation AND detention AND psychotic	COVID -geriatric -sexual	0	0
	Lecture opportuniste				3

## 6.2 Annexe 2 : Tableau d'analyse de la revue de littérature

Sources et titres	Niveau de scientificité	Thème	Champs disciplinaires	Principaux résultats	Questionnements
1. Gaëlle Riou, « L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin »	Faible	Ecrit sur la privation occupationnelle liée au soin en hospitalisation complète en psychiatrie.	Sciences de l'occupation Santé mentale	Privation occupationnelle = désorganisation, agressivité, augmentation des symptômes Importance du pouvoir d'agir pour l'adhérence au soin. Avoir un cadre temporel permet d'éviter une désorganisation. Attribution de responsabilité : permet de créer un climat de confiance et de travailler le principe de réalité	Quelles sont les différences avec les UHSA ? Comment travailler le pouvoir d'agir autrement que dans les prises en soin en ergothérapie ?
2. Actualité et Dossier en Santé Publique n° 104 septembre 2018 « Santé des personnes sous main de justice ».	Haute	Etat des lieux des lois et des actions mise en place lié à la santé mentale ou physiologique des détenus.	Juridique Médicale Psychiatrie	Une constatation de prévalence de maladie psychiatrique, d'addiction ou de maladie somatique en milieu carcéral. Il a été identifié que cette prévalence est liée à la privation de liberté qui va les rendre moins autonome avec de mauvaises routines alimentaires.	Comment l'UHSA peut lutter contre l'environnement insécurisant de la prison ?

				<p>Les personnes atteintes de psychoses ont plus de probabilité de faire une tentative de suicide. Les facteurs de ses tentatives sont aussi induits par le sentiment d'insécurité liée au milieu.</p> <p>Le manque d'effectif pénitentiaire est aussi un facteur qui empêche les détenus de s'engager dans des activités.</p>	
<p>3. Actualité et Dossier en Santé Publique n° 44 septembre 2003 « La santé en prison ».</p>	Haute	<p>Accès sur les soins des détenus psychiatrique ou somatiques.</p>	<p>Juridique médicale Sociologie</p>	<p>Ici, la privation à un effet contre-productif pour la réinsertion des personnes.</p> <p>La personne est soumise à un environnement on adaptable. Cet environnement impacte la santé mentale des personnes et un plus fort taux de violence et d'agression est constater. Les personnes malades ont plus de probabilités de faire des décompensations.</p>	<p>Ici, nous avons les conditions de vie avant l'arrivée en UHSA. Quelles sont les différences avec celle des UHSA ? Quelles sont les activités au sein de l'UHSA ? Comment augmenté le pouvoir d'agir d'une personne qui ne veux pas être prise en soin ?</p>

<p>4. Anne Henry, « Entre impensé et impensable : partir ou rester. A propos du film Etre la »</p>	<p>Faible</p>	<p>« Réflexion sur les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins et les soignants des SMPR et des UHSA pour tenter de cerner celles qui sont propres à ces dernières. »</p>	<p>Juridique Sociologie</p>	<p>Cette source aborde l'effet pathogène de la détention, qui donne lieu a des décompensations psychiatriques chez des sujets vulnérables. IL a été constaté qu'il est plus facile de créer un espace thérapeutique en UHSA qu'en SMPR. En effet, l'UHSA à la possibilité de travailler les liens et de persister face à des refus. Une confusion entre le rôle de soignants et les tâches administratives est constaté. En effet, les soignants se retrouve à expliquer des consignes la ou il ne le ferait pas en SMPR. Les soignants en UHSA sont donc en première ligne que peut causer cette confusion auprès des patients. Il est important que les soignants prennent en compte le vécu de la personne, ses particularité sociologiques plutôt que son passage à l'actes qui risquerait de créer un mouvement contre- transférentiel chez la personne.</p>	<p>Comment retirer cette confusion présente à travers le rôle de soignant ? Que peut produire un mouvement contre- transférentiel au sein d'une équipe ?</p>
<p>5. A.H Moncany, D. Dandelot, J.P. Bouchard « Entre</p>	<p>Faible</p>	<p>Cette source évoque les origines des UHSA, les</p>	<p>Juridique Santé mentale</p>	<p>Cette source fait ressortir qu'environ 35% des personnes accueillies en UHSA sont atteint d'une pathologie psychotique. Ici, il est important de</p>	<p>Quels sont les moyens pour éviter un mouvement contre-</p>

<p>détention et psychiatrie, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour prendre en charge les personnes détenues dont l'état psychique relève d'une hospitalisation »</p>		<p>profils des détenus/patients accueillis, les prises en charge qui y sont pratiquées et font un bilan de leur fonctionnement.</p>	<p>Sociologie</p>	<p>relever que l'utilisation d'activités thérapeutiques individuel ou en groupe permet l'existence d'un espace de réflexion. Le travail pluridisciplinaire est très important au sein des UHSA, il faut repérer les mouvements contre-transférentiels pour les réduire. Cette source apporte que chaque UHSA fonctionnement différemment privant plus ou moins les patients. Est écrit qu'une régulation des patients est faite par les soignants mais aussi par les patients eux même.</p>	<p>transférentiels de l'équipe ? Qu'est ce qui explique les différences de privation entre les structures ?</p>
<p>6. Lucie Nénez « Psychose carcérale : Etat des lieux. Un concept encore d'actualité ? »</p>	<p>Faible</p>	<p>Etat des lieux sur le milieu carcéral, son fonctionnement, les impacts constaté sur les personne atteintes de troubles psychiatriques, ainsi que les</p>	<p>Santé Mentale Juridique</p>	<p>Il en ressort que l'environnement pénitencier peut provoquer un stress carcéral, et ainsi les personnes qui sont plus vulnérables (les troubles de la personnalité par exemple) sont plus susceptible d'y être confronter. Cette source évoque également les nombreuses privations auquel les patients sont confrontés : la perte d'autonomie, de repères identitaires, de</p>	<p>Comment limité ses pertes constatées ? Est-ce que les UHSA peuvent conseiller les structures pour limités les effets néfastes de détention ? Les patients subissent-ils plus de pertes en</p>

		privations qu'ils subissent.		repères spatio-temporels, la privation sensorielle et des liens affectifs et familiaux...	UHSA qu'en détention ?
7. Soigner et surveiller en UHSA	Faible	Explication du fonctionnement d'un UHSA avec l'accueil d'un public spécifique et une prise en soin différente des autres structures du milieu carcéral.	Juridique Santé mentale	L'UHSA est présenté comme une structure faisant polémique. En effet, d'après cet écrit accepter d'ouvrir ses établissements peut vouloir dire de prendre le risque d'avoir plus de personnes jugées en négligeant leur maladie psychiatrique, car ils pourront être soigné en détention. Il aussi exposé la cohabitation entre les soignants et les agents pénitencier. L'UHSA annonce le début de l'hospitalisation à temps pleins consenti pour les personnes détenues.	Quelles autonomies disposent les personnes au sein des UHSA ? Quels liens sont fait entre l'UHSA et les autres structures ?

### 6.3 Annexe 3 : Feuille de consentement vierge

#### « Etude sur la privation occupationnelle en UHSA »

...., investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Etude de la privation occupationnelle en UHSA » en collaboration avec l'investigateur secondaire

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec Le consentement était déjà inscrit dans la loi Informatique et Libertés. Il est renforcé par le RGPD et les conditions de son recueil sont précisées. Articles 4, 6 et 7 et considérants 42) et 43) du RGPD.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles ou « RGDP »), entré en vigueur le 25 mai 2018), vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement des données vous concernant ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)). Ces droits s'exercent auprès de... .

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Etude de la privation occupationnelle en UHSA ».

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le.....

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénom :

Nom Prénom :

Signature :

Signature :

*(Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)*

#### 6.4 Annexe 6 : Matrice conceptuelle

Rôles	Les attentes de la société	Statut informelle	- Responsabilité - Privilèges - Droits - Devoirs	
		Statut formel	- Reconnaissance sociale	
		Facteurs personnel	Fonction cognitive Socialement conscient	
	Comportement	Respecter les normes de la société	Prévisible par la population	
			Approprié à la situation	
	Perception de soi	Identité personnel	Motivation de la personne Valorisation de la personne	
			Identité sociale	Permet l'inclusion dans les normes de la société Reconnu dans la société à travers les rôles
	Autonomie	Facteurs internes	Valeurs de la personne	Décision
			Cognitif	
Intériorisation des règles de la société				
Communication				
Jugement				
Responsabilité				
Facteurs externes		Reconnaissance de l'autonomie dans la loi		
		Pouvoir d'agir sur l'environnement		
		La présence d'autrui (interdépendance)		
Socialisation		Education	Capacité d'adaptation dans l'environnement	
	Expériences			

### 6.5 Annexe 7 : Arbre des thématiques de la recherche

