



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE LA MUSSE



Fondation hospitalière reconnue d'utilité publique par décret du 8 Juillet 1928



Mémoire d'initiation à la recherche

Structure pénitentiaire et service de soins de suite et de réadaptation :

En quoi, le cadre législatif peut-il influencer la prise en charge du patient en ergothérapie ?

En hôpital pénitentiaire, le cadre législatif influence-t-il la motivation du patient dans son processus de rééducation en ergothérapie ?



LEFEVRE, Emma
Promotion 2013 – 2016

MOISAN, Laure
Maître de mémoire

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements particuliers à mon maître de mémoire Madame MOISAN, pour ses précieux conseils et son soutien permanent.

Je remercie les ergothérapeutes m'ayant accordé du temps pour répondre à mes interrogations et participer à mon étude expérimentale, sans qui ce travail de recherche n'aurait pas abouti.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'institut de formation pour leur accompagnement depuis notre entrée en formation.

J'adresse mes remerciements singuliers à Monsieur Bouchon et sa famille pour leur patience, leurs enseignements et leurs encouragements.

Je remercie Madame Joudrie pour le partage de ses compétences.

Je remercie également ma famille et les autres personnes peut être oubliées qui m'ont accompagnée tout au long de mon cursus et que je ne voudrais pas offenser.

Abréviations

ANFE Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVC Accident Vasculaire Cérébral

CIF Classification Internationale du Fonctionnement

DU Diplôme Universitaire

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD Hospitalisation à domicile

INSEE Institut National des Statistiques des Etudes Economiques

MCREO Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MOHO Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST Model of Human Occupation Screening Tool

OCAIRS Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scal

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PPH Processus de Production du Handicap

SSR Service de soins de Suite et Réadaptation

VQ Volitional Questionnaire

Sommaire

INTRODUCTION :	1
PARTIE THEORIQUE	3
1 . <u>LA NOTION DE PERTE D'IDENTITE</u>	3
1.1 <u>L'IDENTITÉ :</u>	3
1.2 <u>L' IDENTITÉ PATIENT :</u>	3
1.3 <u>L' IDENTITÉ DETENU :</u>	4
2 <u>LA STRUCTURE PENITENTIAIRE DE SOINS</u>	5
2.1 <u>SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION (SSR)</u>	5
2.1.1 <u>Les objectifs du SSR :</u>	5
2.1.2 <u>L'équipe pluridisciplinaire en SSR :</u>	5
2.2 <u>L'HOPITAL PÉNITENTIAIRE</u>	6
2.2.1 <u>La structure pénitentiaire</u>	6
2.3 <u>LA STRUCTURE HOSPITALIERE</u>	7
2.3.1 <u>Les prises en soins à l'hôpital pénitentiaire :</u>	7
2.3.2 <u>Les conditions de détention</u>	8
2.3.3 <u>Relations soignantes/soignées :</u>	8
2.3.4 <u>La relation soignant/surveillant/détenus</u>	9
2.4 <u>LE CADRE :</u>	10
2.4.1 <u>Le rôle de l'ergothérapeute</u>	10
2.4.2 <u>Le cadre thérapeutique en SSR pénitentiaire</u>	11
2.4.3 <u>Le cadre législatif</u>	12
3 <u>LE CONCEPT DE MOTIVATION :</u>	14
3.1 <u>DEFINITION</u>	14
3.2 <u>DES POINTS DE VUE ANTAGONISTE SUR LE CONCEPT DE MOTIVATION</u>	15
3.2.1 <u>Déterminants internes</u>	15
3.2.2 <u>Déterminants externes</u>	16
3.3 <u>LES THEORISATIONS</u>	16
3.3.1 <u>La pyramide des besoins de l'être humain (Maslow. A 1970) :</u>	16
3.3.2 <u>Les théories de l'autorégulation et de la métacognition</u>	18
3.3.3 <u>Le concept de volition</u>	19
3.4 <u>LES MODELES CONCEPTUELS EN LIEN AVEC LA MOTIVATION EN ERGOTHERAPIE</u>	20
3.4.1 <u>Le modèle de l'occupation Humaine (MOHO)</u>	20
3.4.2 <u>Les évaluations permettant l'application du modèle MOHO</u>	21
3.4.3 <u>Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO)</u>	22
3.4.4 <u>L'évaluation du MCREO</u>	22

<u>PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES</u>	23
<u>EXPERIMENTATION</u>	24
1 <u>CHOIX DE L'OUTIL</u> :	24
2 <u>CHOIX DE LA POPULATION</u> :	24
3 <u>LE PROTOCOLE</u> :.....	25
4 <u>PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS D'ENTRETIENS</u> :	26
4.1 <u>MODALITE DE PRISE EN SOINS</u>	26
4.1.1 <i><u>Les résultats</u></i>	26
4.1.2 <i><u>Analyse des modalités de prise en soins</u></i>	28
4.2 <u>LE CADRE THERAPEUTIQUE</u>	28
4.2.1 <i><u>Les résultats</u></i>	28
4.2.2 <i><u>Analyse des résultats sur le cadre thérapeutique</u></i>	32
4.3 <u>LE POSITIONNEMENT DU PATIENT ET DE L'ERGOTHERAPEUTE DANS LES SOINS</u>	33
4.3.1 <i><u>Les résultats</u></i>	33
4.3.2 <i><u>Analyse des résultats sur le positionnement du patient et du soignant</u></i>	35
4.4 <u>LA MOTIVATION DU PATIENT DANS LES SOINS ERGOTHERAPIQUES</u>	35
4.4.1 <i><u>Les résultats</u></i>	35
4.4.2 <i><u>Analyse des résultats en ce qui concerne la motivation</u></i>	36
<u>DISCUSSION</u>	38
1 <u>CONCLUSION DES DONNEES RECUEILLIES</u>	38
2 <u>VERIFICATION DES HYPOTHESES</u>	39
3 <u>PISTES DE REFLEXIONS</u>	39
4 <u>CRITIQUES DE LA METHODE EXPERIMENTALE</u>	41
5 <u>APPORTS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS</u>	41
<u>CONCLUSION</u>	43
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	I
<u>ANNEXES</u>	

« Ce qui fait l'homme, c'est sa grande faculté d'adaptation. »

Socrate

INTRODUCTION :

D'après les résultats de l'INSEE, parus en 2015, il y aurait « plus d'un français sur quatre qui souffre d'une incapacité, d'une limitation d'activité ou d'un handicap (26,4 % des français soit 11 804 208 individus) ». La loi du 11 février 2005 définit le handicap de la manière suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » Le handicap constitue un enjeu majeur de santé publique en France. En effet, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, confère aux personnes malades une égalité des droits d'accès aux soins.

Dans ce système de soins, l'ergothérapeute agit de manière à « Maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace », décrit l'ANFE dans sa définition mise à jour en mars 2016. Afin de répondre à ces objectifs, l'ergothérapeute va aider la personne à s'engager dans sa rééducation et réadaptation afin de lui permettre de réinvestir des activités de la vie quotidienne significatives et significatives. Pour ceci, la motivation personnelle est essentielle, puisque celle-ci permet, d'après la définition du Larousse 2015 la « mise en action ». Or, l'activité est l'essence même de l'ergothérapie. Le professionnel, va chercher à mettre en place un cadre thérapeutique permettant d'optimiser la motivation afin de permettre une récupération maximale.

La notion de handicap n'échappe pas au milieu pénitentiaire. Comment les détenus sont-ils donc pris en soins ? L'ergothérapeute peut-il agir auprès des détenus ?

L'ergothérapeute peut également exercer en hôpital pénitentiaire toujours en réponse à la loi Kouchner du 4 mars 2002, précédemment cité. De plus, la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ajoute que : « le service public hospitalier assure, dans des conditions fixées par voie réglementaire, les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ».

En réponse aux demandes de soins des structures pénitentiaires le premier poste d'ergothérapeute en SSR pénitentiaire a vu le jour en 1994. Comment l'ergothérapeute met-il en place son cadre thérapeutique ? Les conditions d'exercices se voient-elles modifiées ? Entre soins et privation de liberté : comment l'ergothérapeute fait-il face au paradoxe du milieu ?

La prison implique une population de patients particulière. La personne détenue est-elle identifiée comme patient ou comme détenu ? La motivation des patients par rapport à leur santé est-elle impactée ?

Tous ces questionnements m'ont amenée au choix de ce sujet de mémoire d'initiation à la recherche de fin d'étude d'ergothérapie.

Dans un tout premier temps, nous commençons par définir le concept d'identité : la personne hospitalisée en structure pénitentiaire n'est pas seulement un patient mais est aussi un détenu. Il est important de comprendre son statut avant de développer les concepts suivants.

Dans un second temps, nous développerons une partie sur le SSR pénitentiaire et ses particularités.

Enfin, nous terminons cette première partie par expliquer le concept de motivation.

Ce sujet vise à réfléchir sur l'influence du cadre législatif sur la motivation du patient dans les soins ergothérapeutiques. C'est pourquoi, suite à la première partie théorique, la seconde partie reprend les réponses d'ergothérapeutes ayant travaillé en SSR pénitentiaire afin de répondre à nos questionnements.

Pour finir, je vous fais part de la critique de ce travail mais aussi des pistes de réflexions envisagées.

PARTIE THEORIQUE

1 . La notion de perte d'identité

1.1 L'identité :

D'après le Larousse 2015, l'identité est le « caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité ».

Tout d'abord l'identité personnelle va permettre la construction du « Soi » par le biais de la société. Celle-ci permet donc d'être reconnu par autrui au sein d'un groupe de pairs.

Ensuite, l'identité possède une signification objective et une signification subjective :

Tout d'abord, l'identité objective est définie par Marc (2009) comme étant dépendante des particularités liées au caractère héréditaire de l'individu. Ainsi, la construction de l'identité suit un processus évolutif débuté depuis la naissance.

Par ailleurs, il y a une identité subjective associée à une expérience du « Soi » qui renvoie à la définition de Mucchielli (1986) qui dit que l'identité est caractérisée par « un ensemble de critères de définition d'un sujet et un sentiment interne [nommé sentiment d'identité] composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance autour d'une volonté d'exister ». L'identité devient le fruit du vécu de l'individu. Les expériences personnelles permettent donc à la personne de se positionner tant sur le plan moral que réflexif au sein de la société. Ce positionnement est alors évolutif puisque chaque individu doit faire face à de nouveaux événements qui rythment sa vie. Ceux-ci, corrélés aux faits précédents rendent compte d'une histoire de vie unique et personnelle qui crée les réactions et les ressentis des personnes face à de nouveaux faits.

1.2 L'identité patient :

La pathologie implique un changement des habitudes de vie, du réseau de relation par le biais d'appareillage avec d'autres pairs, la contrainte de soins, et les limites physiques.

L'apparement à un groupe de tiers peut, a contrario renforcer l'identité subjective de celui-ci, accroître les sentiments de cohérence, d'appartenance et de valeur.

Le handicap engendre chez la personne un processus qui consiste à fonder une nouvelle identité dans le but d'intégrer ce critère particulier qui fait désormais état au quotidien dans la vie de la personne.

P. Bataille dans « le cancer comme redécouverte de soi » écrit que la reconstruction d'une identité destabilisée par la maladie se fait progressivement grâce à la mobilisation des énergies personnelles, à un réflexe de protection, et à la découverte de l'expérience de la solitude. Il conclut que le sentiment de différence s'appuie sur « la révélation en soi de la conscience des ordres sociaux, de la place que l'on y tient, des organisations qui en découlent, des jeux de rôles sociaux des identités et des socialisations ».

Il existe donc un état de crise et un questionnement sur sa place sociétale qui redéfinissent les critères identitaires de la personne.

1.3 L'identité détenu :

En milieu pénitentiaire, le patient a une autre identité singulière : celle de détenu. Cette identité lui est prescrite à son arrivée. Le caractère évolutif du processus identitaire est alors « stoppé ». Ils sont identifiés comme prisonniers par la société et répondent à un numéro de matricule dans les critères d'identification pour les démarches administratives. Le nom et le prénom de la personne ne font plus état. Le sentiment d'unité est alors perverti comme le souligne le témoignage de Vickie dans l'ouvrage *Paroles de détenus* de 2012, « je n'étais plus qu'un nom, un prénom ; bien pire, un numéro d'écrou ».

Par ailleurs, l'autonomie, qui renforce l'unicité du sujet par le développement de ses capacités, est peu présente en structure de détention comme l'énonce Jean dans son témoignage tiré du même ouvrage : « humiliation, perte d'identité, de l'action, du mouvement, s'accompagnent d'une perte de sa conscience de citoyen, d'homme ».

L'identité d'un individu se forge aussi sur sa volonté d'exister et d'être. Celle-ci est bouleversée car le cours de la vie est comme rompu.

2 La structure pénitentiaire de soins

2.1 Soins de suite et réadaptation (SSR)

D'après le dossier Solidarité Santé n°23, de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), parut en 2008. Nous pouvons définir les Services de Soins de suite et Réadaptation (SSR) comme correspondant à ce que nous appelions auparavant les « moyens séjours ». Il est un établissement public ou privé qui dispense des soins de réhabilitation et de réadaptation. L'intégration à ce service s'inscrit entre le court séjour et l'Hospitalisation à Domicile (HAD) dans le but de restaurer le maximum d'autonomie afin de réinsérer la personne à domicile dans les conditions optimales de sécurité.

Une surveillance médicale est assurée durant la période d'hospitalisation en SSR.

Un bilan global socio-médical individualisé permet de définir le projet de soins de la personne hospitalisée.

2.1.1 Les objectifs du SSR :

Selon la définition du syndicat des soins de suite et de réadaptation : l'activité de SSR a pour objet de : « prévenir ou de réduire ou de compenser les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ».

Il visera donc à rééduquer, prévenir les complications, et éduquer le patient et sa famille afin d'optimiser un retour dans les meilleures conditions possibles.

2.1.2 L'équipe pluridisciplinaire en SSR :

Le fonctionnement d'un SSR dépend d'une équipe pluridisciplinaire sur laquelle repose la coordination des soins comme le relate le DREES dans un rapport sur les SSR en 2008 qui dit : « la mise en œuvre des SSR requiert, dans chaque site, des compétences professionnelles variées et complémentaires permettant d'assurer en tant que de besoin des soins médicaux, de rééducation et de réadaptation, de prévention et d'éducation thérapeutique et un accompagnement à la réinsertion sociale, familiale [...] ou professionnelle [...] une bonne lisibilité du dispositif de SSR

afin de faciliter la collaboration entre les équipes et les établissements autour des besoins des patients ».

L'équipe de rééducation est généralement constituée, d'un médecin de médecine physique et réadaptation, de médecins spécialisés (neurologues, rhumatologues, orthopédistes, radiologue), d'infirmières diplômées d'Etat, d'aides-soignantes, de brancardiers, d'orthophonistes, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues, de neuropsychologues, de diététiciennes et d'assistantes sociales.

2.2 L'hôpital pénitentiaire.

L'hôpital pénitentiaire dans lequel j'ai pu effectuer des observations et mener mes recherches, est séparé en deux instances : la structure pénitentiaire et la structure hospitalière. L'établissement abrite alors deux directeurs. Le Directeur pénitentiaire dirige l'établissement tandis que le directeur hospitalier assure son bon fonctionnement et sa gestion.

Suite à un stage de deux mois réalisé au cours du semestre cinq de la formation au diplôme d'Etat d'Ergothérapie, j'ai pu recueillir des données et observer le fonctionnement de cet Hôpital, quelque peu particulier. De ce fait, je vais me baser sur certaines de mes observations pour vous présenter l'environnement pénitentiaire.

2.2.1 La structure pénitentiaire.

Dans ce lieu réside tout d'abord une prédominance sécuritaire. En effet, pour accéder à l'établissement il, faut passer par plusieurs points de contrôle :

Un premier est réalisé au niveau du poste de garde. Lorsque la personne employée dans la structure y pénètre pour la première fois, un contrôle d'identité est réalisé. Pour le personnel soignant un badge leur est délivré afin de passer ce point de contrôle. Ce point permet le passage de la première porte.

Ensuite, il faut déposer son téléphone dans un casier. En échange de la clef du casier que la personne garde sur elle la journée, celle-ci doit donner une pièce d'identité valide qui est le permis de conduire, le passeport ou la carte d'identité.

Les sacs et objets métalliques sont contrôlés par un scanner et la personne doit passer sous un portique de sécurité. Après ce passage la deuxième porte peut s'ouvrir.

A cet instant, la personne accède à une cour extérieure. Un surveillant ouvre une grille permettant d'accéder à la porte d'entrée de l'établissement. L'ouverture de cette porte est électronique et dépend de l'action du surveillant de ce point de contrôle.

Une fois les locaux intégrés le badge permettant de passer le point de contrôle est donné à un surveillant qui donne à la personne les clefs correspondant au numéro de sa profession. La dernière porte s'ouvre ! Suite à ce passage de cinq portes successives, la personne peut prendre ses fonctions. D'autres portes restent à franchir mais leur passage peut se faire soit grâce au trousseau de clefs ou bien à l'ouverture électronique des portes gérée par un surveillant.

En ce qui concerne les détenus, les femmes et les hommes sont séparés. Les détenues femmes doivent être accompagnées uniquement par des surveillantes. Les surveillants assurent les déplacements des détenus dans la structure : un même surveillant peut accompagner plusieurs détenus.

Pour l'environnement matériel, les trousseaux de clefs doivent être attachés à la tenue de l'employé.

[2.3 La structure hospitalière.](#)

Comme décrit ci-dessus dans ce lieu, la sécurité est la priorité. Le deuxième élément essentiel est le soin.

Il y a trois services spécifiques : un service de médecine, deux services de médecine physique et de réadaptation. Ces services réunissent quatre-vingt lits. Les détenus sont présents pour une durée de séjour supérieure à soixante-douze heures. Ils ne doivent pas présenter une prédominance psychiatrique dans les soins.

De plus, les détenus sont accueillis suite à leur arrestation ou dans le courant de leur peine.

[2.3.1 Les prises en soins à l'hôpital pénitentiaire :](#)

Dans ce SSR pénitentiaire, les personnes hospitalisées peuvent venir de prison de toute la France ou plus rarement de pays étrangers.

Les prises en soins d'ergothérapie dépendent de la prescription médicale du médecin. La durée des séances est de cinquante minutes. Un surveillant fait

descendre les patients et reste devant la salle le temps de la séance. La porte de la salle reste ouverte et les patients sont au nombre maximum de trois.

Il se peut que certains soins soient réalisés en chambre. Dans ce cas, un surveillant ouvre et referme la chambre du patient. Il reste à proximité de celle-ci durant toute la durée du soin.

2.3.2 Les conditions de détention

D'une part, les hommes et les femmes ne doivent pas se rencontrer dans les couloirs ou dans les salles de soins.

D'autre part, toutes les cellules sont fermées à clefs comme en détention classique. Ce sont les surveillants qui assurent les déplacements. Les femmes doivent être accompagnées par des surveillantes. Dans la mesure où cette condition d'exercice ne peut être assurée, le surveillant doit faire appel à son supérieur hiérarchique avant d'engager tout déplacement.

Les détenus résident dans une pièce de vie appelée « cellule » par l'administration pénitentiaire et « chambre » par les services de soins. Dans la cellule ils disposent d'un lit médicalisé, d'une chaise, d'une tablette à roulettes, d'un lavabo, d'un W-C, d'un placard et d'une étagère. La cellule contient une fenêtre en oscillo-battant derrière laquelle il y a des barreaux. Le détenu ne peut y apporter que des vêtements, des aliments non périssables et des effets personnels ne présentant aucun risque pour la santé d'autrui et de la personne elle-même. Les objets métalliques et tranchants ne peuvent être mis en chambre par exemple. Ces effets personnels sont conservés par le service pénitentiaire le temps de la peine.

Les détenus évoluent seuls ou à deux en cellule en fonction de la peine encourue.

2.3.3 Relations soignantes/soignées :

L'accès aux prestations sanitaires favorise « une rhétorique du soupçon » Marc Bessin (2000), qui a un impact direct sur la relation de soin. Comme le montre une étude de dernier et Marie-Hélène Lechien, intitulée : *Soignant et malade incarcéré*, les détenus ont l'impression de ne pas être dans une relation soignant/soigné et perçoivent une mise à distance par rapport à leur condition de détenu. De plus, certains délits fortement stigmatisés encouragent ce sentiment. Cependant, les soignants de par leur condition chercheront à mettre en place une relation d'aide et d'écoute. Le

patient-détenu pourra alors à contrario voir l'opportunité d'une relation sociale, morale et effective au sein d'un univers pénitentiaires qui fait effet de privation.

2.3.4 [La relation soignant/surveillant/détenus.](#)

En hôpital pénitentiaire, il existe une relation triangulaire où les professionnels de la pénitencière et les hospitaliers coopèrent autour d'une même personne : que nous appellerons ici le patient-détenu.

Les soignants n'ont pas accès au dossier détenu, et inversement, le personnel pénitentiaire n'a pas le visu sur les dossiers médicaux.

Le secret médical, répertorié à l'article 4 du *Code de Santé Publique* (2015), intitulé *secret professionnel*, qui fait référence directe au malade ou à sa victime, fait face au secret pénal, repris dans le décret n° 2010-678 relatif à la protection du secret de la défense nationale (2010), qui se rapporte à la personne coupable ou présumée-coupable. Il y a donc un conflit et une ligne de divorce quant à la condition et l'identité de la personne qui est en soin en milieu pénitentiaire. Dans ces conditions, il existe une négociation autour du secret médical puisque qu'il y a une surveillance permanente qui fait appel à l'éthique et la morale professionnelle des deux parties.

Dans la pratique, nous pouvons remarquer que certains surveillants ont connaissance d'éléments médicaux à propos des personnes hospitalisées. Le surveillant effectue les déplacements des détenus. Il peut parfois être amené à venir en aide à ce détenu hospitalisé. Il devient alors un brancardier. Dans ces conditions, il est important qu'il soit au courant de certains éléments médicaux afin de ne pas mettre en danger la personne hospitalisée et d'agir en complément des soins. Les chambres se situant à l'étage, le surveillant passera, soit par les escaliers, soit par l'ascenseur. Le choix se fera en fonction des autres déplacements de détenus. Ainsi, ayant connaissance de certaines incapacités comme prendre les escaliers par exemple, le surveillant pourra adapter le trajet emprunté. La relation entre le soignant et le surveillant a donc toute son importance.

Pour 71,3% des surveillants, la relation avec les détenus est bonne tandis que pour 15,7%, elle est mauvaise d'après Mbanzoulou. Cette relation entre surveillant et détenu est complexe. Bouloc écrit en 1991 : « Les personnels de surveillance sont à la fois ceux qui gardent, qui contrôlent, qui fouillent, qui sanctionnent et les premiers interlocuteurs avec qui les détenus peuvent échanger, parler de leurs problèmes. »

Les surveillants et les détenus évoluent dans une relation paradoxale. Comme l'écrit Mendès-Leite Rommel dans l'article *Soigner les détenus, surveiller les malades. Paradoxes des interactions entre personnels de santé et pénitentiaire dans un hôpital en milieu carcéral* (2006) : « Pour certains surveillants, le contexte hospitalier fait que leurs interactions avec les détenus sont nettement plus faciles que dans d'autres établissements pénitentiaires ».

Cette triade relationnelle s'avère complexe en tout point.

2.4 Le cadre :

Le sens commun du cadre est défini dans le Robert 2015 comme étant : « ce qui circonscrit un espace, une scène, une action. Il indique les limites prévenues. » Ainsi, il permet de visualiser la notion d'évolution de la personne au sein d'une activité. Un cadre étroit peut permettre d'être réassuré comme engendrer de la frustration chez l'Homme. En revanche, un cadre plus large fait référence à la liberté mais peut aussi faire apparaître des angoisses. Il reste un repère qui fixe les possibilités d'évolution.

2.4.1 Le rôle de l'ergothérapeute.

Tout d'abord, je vais vous présenter l'ergothérapie en général à partir de la définition faite par l'ANFE et revue le 7 mars 2016 : « La profession d'ergothérapeute est règlementée par le Code de la Santé Publique (L4331-1 et R4331) ». Cette profession du secteur médico-social a pour objectifs de maintenir et restaurer un niveau d'autonomie et d'indépendance le plus important possible dans les activités significatives et significatives pour la personne. L'ergothérapeute va veiller à réduire au maximum les situations de handicap dans les activités de la vie quotidienne, de loisirs ou professionnelles, en prenant la personne de manière holistique, c'est-à-dire en considérant ses ressources et difficultés personnelles ainsi que son environnement humain et matériel. Il agit obligatoirement avec une prescription médicale et à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

L'hôpital pénitentiaire n'échappe pas à ces deux composantes. Suite à des observations terrain, je vais vous décrire le rôle de l'ergothérapeute au sein de ce service de SSR.

Les ergothérapeutes agissent auprès des détenus, malgré des modalités de prises en soins particulières tant sur le plan rééducatif que réadaptatif. Ils vont, de même que dans un établissement ordinaire, faire un entretien d'entrée et réaliser

des bilans initiaux, intermédiaires et finaux. Le déroulement des soins passera par la mise en place d'objectifs décidés avec le patient. Les conditions de détention qui suivront la sortie des soins sera également prise en compte. Les ergothérapeutes proposeront le matériel adapté aux conditions de détention et répondant au mieux aux besoins de la personne en assurant des liens avec des revendeurs médicaux et des essais de plusieurs matériels. Enfin, des programmes d'éducation thérapeutique sur l'autogestion de sa pathologie sont mis en place. Ils s'avèrent être essentiels car les ressources de la personne dans son lieu de détention à la sortie restent inconnues pour la personne et le soignant. A la fin de la prise en soins, l'ergothérapeute s'assure de l'accessibilité de lieu de détention dans lequel va aller la personne.

2.4.2 [Le cadre thérapeutique en SSR pénitentiaire](#)

Dans la plupart des centres de rééducation, le cadre thérapeutique est défini avec le patient et l'équipe soignante. Il reprend les modalités de prise en charge, l'estimation du temps de prise en charge, le temps des séances, l'environnement matériel (locaux, matériels, matériaux), les horaires, les conditions de prises en charge, et le positionnement du thérapeute par rapport au patient (positionnement verbal ou physique). La personne hospitalisée a généralement connaissance dès le premier entretien en ergothérapie du cadre de sa prise en charge. Ce cadre a donc plusieurs fonctions, qui sont les suivantes :

- Il a tout d'abord une fonction contenante décrit Anzieu D 1995, puisqu'il permet d'éviter les conflits en limitant les débordements. Il doit permettre à la personne de se sentir en sécurité sur le plan psychique. Les moyens utilisés par l'ergothérapeute seront l'environnement matériel et temporel de la prise en charge, comme le décrivent Muriel Mutis et Jean Pierre Kahn en 2006. La temporalité permettra à la personne d'avoir des repères quotidiens qui lui permettront d'être actrice de ses soins.
- Ensuite, il permet de faire de l'ergothérapie un espace intermédiaire entre les soins et les projets futurs en se basant sur les difficultés dans la vie quotidienne. Il permet alors de faire un lien entre ce que la personne fait avec tous les différents acteurs de la rééducation et la sortie des soins. La rééducation s'inscrivant dans un processus de reconstruction, cet espace peut rappeler l'espace transitionnel de l'enfant décrit par Winnicott en 1969.

- Celui-ci peut également être un lieu rassurant. Les modalités de soins en ergothérapie ne sont pas figées. En effet, l'ergothérapeute peut faire des prises en charge de groupe ou individuelles. Même lors des séances individuelles, les personnes peuvent se retrouver avec d'autres personnes hospitalisées. Dans ce cas, il peut y avoir une identification aux pairs qui permet de répondre aux besoins d'appareillement de l'Homme que décrit Maslow dans la *pyramide des besoins*.
- Enfin, le cadre thérapeutique est le support d'un engagement commun entre le thérapeute et la personne hospitalisée. Elle permet de fixer les règles d'usage, mais aussi d'intégrer la notion de respect. Dans le cas de non-respect des modalités, la prise en soin peut être altérée.

A l'hôpital pénitentiaire, la mise en place du cadre thérapeutique se fait de la même manière que dans d'autres établissements. L'ergothérapeute au cours du premier entretien fixera ce cadre en fonction des besoins du patient et du cadre législatif imposé par la structure pénitentiaire. L'ergothérapeute et la personne hospitalisée se doivent de faire entrer un troisième acteur dans la mise en place du cadre, l'Administration Pénitentiaire par le biais du cadre législatif.

2.4.3 [Le cadre législatif.](#)

Le cadre législatif correspond aux règles auxquelles est soumise l'Administration pénitentiaire par rapport aux déplacements du détenu, aux conditions de surveillance et aux conditions de détention.

Le surveillant doit répondre à la loi de 1987 qui stipule que : « le surveillant doit assurer l'entretien du détenu, lui porter secours en cas de maladie et veiller au maintien de l'ordre ». Son rôle sera d'exécuter les décisions de la hiérarchie et les sentences pénales, et de maintenir la hiérarchie. Pour répondre à ses fonctions, le surveillant s'appuiera sur le cadre législatif. Celui-ci assurera différentes fonctions :

- En premier lieu nous pouvons lui attribuer une fonction sécurisante, que ce soit pour le détenu, le soignant ou le personnel pénitentier. En effet, « la sécurité » est le maître mot en prison, comme le décrit le Ministère de la Justice dans la description des missions des surveillants pénitentiaires. L'Administration pénitentiaire doit veiller à exclure le risque d'évasion et limiter les troubles internes à la prison entre détenus, que ce soit des conflits verbaux ou

physiques. Pour assurer cette fonction des moyens matériels, technologiques et humains sont mis en place. Les moyens matériels regroupent les barreaux aux fenêtres, les grilles, les barbelés au sommet des murs, les serrures, etc. Les moyens technologiques regroupent les détecteurs de métaux auxquels sont soumises toutes personnes entrant dans l'enceinte de l'établissement que ce soit détenus, employés, ou visiteurs externes. Il y a aussi les détecteurs de mouvement et les caméras. Le dernier moyen sera l'Administration pénitentiaire permettant de par son organisation d'effectuer des contrôles, des fouilles en cellules et des affaires du détenu dès son arrivée dans l'établissement.

- Dans un deuxième temps, le cadre législatif a une fonction structurante. « L'autorité que les surveillants exercent sur les détenus est un élément structurant et permet l'intériorisation de la norme sociale » écrit Mbanzoulou en 2000. En effet, nous pouvons observer sur le terrain le rôle d'éducation aux règles sociales que les surveillants pratiquent, toujours dans le but de favoriser leur réinsertion sociale en réponse aux règles pénitentiaires européennes adoptées par la France et par l'ensemble des Etats membres du Conseil européen en janvier 2006.
- Puis, celui-ci se montre contraignant. En effet, suite aux observations de terrain, les déplacements sont appelés « mouvements ». Ils sont dépendants de l'organisation de rondes des surveillants. Ils ne sont pas quotidiennement à la même heure, ce qui ne permet pas aux détenus de s'organiser dans le temps et le rend entièrement dépendant de l'Administration pénitentiaire. De plus, les heures de parloirs sont fixes comme pour les promenades, les repas et autres activités.

Ensuite, les déplacements quels qu'ils soient se font obligatoirement sous la surveillance d'un membre de l'Administration pénitentiaire que ce soit dans les couloirs ou durant les promenades. Il y a un phénomène de « déresponsabilisation » que décrit Mbouzou en 2000 dans l'ouvrage *La réinsertion des détenus*.

- Enfin, ce cadre est normé. Les surveillants répondent aux lois et à leurs obligations professionnelles liées au Code moral et éthique de la profession énoncées dans le Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 du Code de déontologie du service public pénitentiaire.

3 Le concept de motivation :

L'état de santé ou de bien-être d'une personne est en partie influencé par la force de la motivation. Selon Boyer, le concept de motivation vise à « éclairer les causes, les motifs de l'action humaine » (2001).

De nombreux travaux ont été menés afin de définir le concept de motivation. Les premières recherches sur ce concept sont rapportées dans les travaux des psychologues Tolman en 1932 et Lewin en 1936. Beaucoup d'environnements font l'objet d'études : la famille, les groupes sociaux, l'école, l'église et la politique. Rapidement, l'essor économique du XX^{ème} siècle va amener la psychologie à s'intéresser de près à la motivation des salariés face au souci de productivité des entreprises et l'organisation scientifique du travail.

Lorsqu'on s'intéresse à l'étymologie grecque du mot « ergothérapie », « ergo » signifie « travail » et « thérapie » veut dire « cure ». Ainsi, « ergothérapie » correspond à soigner par le travail, c'est-à-dire l'activité. C'est pourquoi il me semble important de mettre en lien la motivation dans les soins en ergothérapie avec certains concepts de motivation développés depuis des études sur « la motivation au travail » que je vais vous citer par la suite.

3.1 Définition

La motivation est définie dans le Robert 2015 comme étant : « ce qui pousse quelqu'un à agir ». Parallèlement, d'après le Robert 1998, en psychologie, elle représente « l'action des forces (inconscientes et conscientes) qui déterminent le comportement... » ; en philosophie, c'est « la relation d'un acte aux motifs qui l'expliquent ou le justifient » ; en économie, elle est l'« ensemble des facteurs déterminant le comportement de l'agent économique, plus particulièrement du consommateur ».

Sur un plan étymologique, on la retrouve dans le verbe latin *moveo* qui signifie « mouvoir, se mouvoir » qui donnera au XIV^{ème} siècle l'adjectif puis le substantif *motif* et enfin le verbe *motiver* au XVI^{ème} siècle.

Elle est l'élément qui va mettre en action une personne.

3.2 [Des points de vue antagonistes sur le concept de motivation.](#)

Vallerand, sportif de haut niveau en hockey sur glace et Thill, ténor français, définissent en 1993, la motivation, comme étant « une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, ainsi que la persistance et l'intensité du comportement et de l'action ».

De plus, toujours en 1993, Theresa M. Amabile, professeur à Harvard Business School, écrit : « les individus sont intrinsèquement motivés lorsqu'ils effectuent une activité pour le plaisir, l'intérêt, la satisfaction de curiosité, l'expression de soi ou le challenge personnel. Les individus sont extrinsèquement motivés lorsqu'ils s'engagent dans une activité pour satisfaire un objectif en dehors de l'activité elle-même ».

3.2.1 [Déterminants internes.](#)

Elle va tout d'abord dépendre de déterminants internes à l'origine du plaisir, du contentement et de la satisfaction provoqués par la pratique volontaire d'une activité.

D'après Deci en 1985, nous y repérons, les besoins psychologiques qui font partie d'un processus inné qui sous-tend les interactions avec l'environnement. Il y a aussi les besoins physiologiques et les besoins sociaux qui eux correspondent à un processus psychologique acquis activant des réponses émotionnelles à un événement incitatif. Dans les déterminants internes on repère aussi les émotions et les cognitions.

Suite à leurs travaux menés, Deci et Ryan en 1985, s'appuient sur le postulat suivant : « La motivation intrinsèque serait suscitée par des besoins [...], se sentir compétent et autodéterminés ». Les compétences sont augmentées par la capacité à interagir efficacement avec son environnement professionnel, social, etc. L'autodétermination quant à elle correspond au développement des capacités à pouvoir choisir dans le plus grand nombre de situations possibles. Celle-ci permet d'améliorer la perception du locus de causalité interne de la motivation. L'environnement permet à la personne de localiser ce locus de causalité ; treil est donc comme le support de l'autonomie. En retour, le développement de l'autodétermination permet d'augmenter la motivation intrinsèque.

Ensuite, El Akremi, en 2000, fait constat que lorsque le contexte environnemental renvoie vers l'individu un feedback positif sur ses réalisations et ses

performances, il renforce son sentiment de compétence et par conséquent, sa motivation intrinsèque.

3.2.2 Déterminants externes

Ensuite, la motivation est aussi impactée par l'intervention de déterminants externes qui peuvent être plaisants ou déplaisants, et donc être à l'origine d'un engagement non inhérent à l'activité. Vallerand et Thill parlent de « forces » externes traduisant le déclenchement, l'intensité, la direction et la persistance d'un comportement.

Quelques années avant, Lawler en 1971 et Kanfer en 1990 parlaient de la « maximisation des affects positifs » et de la « minimisation des affects négatifs » par adoption de comportements visant à l'obtention de résultats associés à la plus grande « valeur ou utilité globale positive perçue », écrivait Kanfer.

3.3 Les théorisations

3.3.1 La pyramide des besoins de l'être humain (Maslow. A 1970) :

Sur un plan purement scientifique, avant l'introduction du concept de motivation, Hull en 1943, parlait du concept de « drive ». Elle faisait foi dans le cadre de la théorie de l'apprentissage, de la sorte que les behavioristes la concevaient. Il apparaît que certains « drives » dits secondaires peuvent être appris. C'est ainsi que les behavioristes expliquent les motivations humaines comme l'appât du gain ! Par conséquent, les « drives » secondaires découlent des « drives » primaires qui seraient une réponse aux besoins physiologiques. Un lien apparaît donc entre le comportement humain et le besoin.

Les théories modernes sur les motivations reposent sur cette notion de besoins.

James (1890) et McDougall (1908) ont réalisé les premiers travaux scientifiques sur le concept de motivation en proposant, non pas une liste de besoins, mais d'instincts. Aujourd'hui, le terme « d'instinct » est davantage utilisé pour le comportement animalier bien que nous parlons encore de l'« instinct maternel » ou d' « instinct de survie » qui se rattache à l'Homme.

Sur un plan psychologique, la notion de besoins apparaît également comme dans les travaux de Maslow (1943) qui en a établi une pyramide dynamique, où nous

trouvons à la base, les besoins physiologiques élémentaires, et à son sommet, nous retrouvons les besoins psychologiques et affectifs, d'ordre supérieur. De la base au sommet :

- Les besoins physiologiques qui sont au nombre de six, forment la base de la pyramide. On distingue le besoin d'oxygène, de liquide, de nourriture, de maintien de la température corporelle et d'élimination. Les personnes ayant des déficiences et incapacités psychiques et physiques, et les détenus peuvent être dépendants d'un tiers pour répondre à ces besoins primaires.

La personne détenue sera a minima dépendante du service pénitentiaire pour assurer le besoin en nourriture, boisson et l'environnement climatique.

- Les besoins de protection et de sécurité arrivent ensuite :

On retrouve tout d'abord le besoin de sécurité physique. Elle correspond à l'absence de danger. L'hôpital pénitentiaire est un milieu hostile. Les dangers foisonnent : on a tout d'abord les risques infectieux liés au médical mais aussi les dangers liés à la présence d'autres détenus. Hospitaliers et pénitenciers sont gardiens de la sécurité physique du patient-détenu.

Ensuite, nous avons la sécurité psychologique. Pour qu'une personne se sente en sécurité psychologiquement, elle doit savoir à quoi s'attendre dans ses relations avec les autres, ainsi que ses projets qu'ils soient d'ordre familiaux, de loisirs ou professionnels. En prison, Il y a une perte de repères et une incertitude quant aux projets futurs. En ce sens, la sécurité psychologique des détenus peut être fragile.

- Les besoins d'amour et d'appartenance constituent le troisième étage de la pyramide. L'être humain a besoin de l'affection d'autrui pour se mouvoir. Il doit se sentir en sécurité dans ses rapports avec ses proches. En effet, dans ses liens familiaux, amicaux ou professionnels, l'homme est en quête de leur reconnaissance.

En structure pénitentiaire, les visites sont réglementées. Elles dépendent de l'accord des juges et de l'autorité pénitentiaire. Il s'avère difficile d'obtenir des visites régulières. La personne peut alors se sentir seule et isolée. L'insécurité par rapport à l'amour de ses proches peut ainsi rendre instable cet étage de la pyramide.

- Les besoins d'estime de soi et de considération. Il suit les besoins précédents. Toute personne a besoin d'appartenir à un groupe et de la reconnaissance de ses pairs.

L'être humain recherche l'estime des autres. Selon Maslow « Le besoin d'estime de soi est rattaché au désir de force, de réussite, de mérite, de maîtrise et de compétence, de confiance en soi face aux autres, d'indépendance et de liberté. Une personne a aussi besoin d'être reconnue et appréciée des autres ».

L'image qu'a la société sur les personnes détenues peut avoir un impact sur ces besoins humains et la personne peut se sentir vulnérable et impuissante face à ces besoins inaccomplis.

- Le besoin d'actualisation de soi. L'Homme a besoin de s'accroître personnellement en s'accomplissant dans des activités qui font sens dans sa vie, comme son emploi ou ses loisirs. Il aura besoin de développer son potentiel et d'augmenter son niveau de connaissances dans ces domaines pour s'améliorer et pouvoir s'ouvrir à d'autres perspectives ou projets. Ce besoin ne peut être accompli que si les besoins précédents l'ont été. Ainsi la personne sera en mesure de se satisfaire d'une activité bien réalisée et de reconnaître son échec dans une activité qui n'est pas réussie. Elle sera également en mesure d'accepter des conseils chez autrui, de partager son expérience et résoudre de nouvelles situations similaires par le biais de l'anticipation.

En milieu pénitentiaire, la personne ne pourra pas continuer son processus d'apprentissage sur ces activités qui font sens pour elle. L'ouverture vers d'autres activités sera alors difficile à envisager. De plus, les propositions d'activités seront très vite limitées. La personne pourra alors avoir le sentiment de ne plus pouvoir avancer. Il y aura donc un impact sur sa motivation personnelle. Elle aura donc plus de difficultés à s'engager dans une activité, donc de s'en satisfaire ou d'en tirer des expériences l'aidant à avoir une bonne estime de soi.

[3.3.2 Les théories de l'autorégulation et de la métacognition.](#)

En premier lieu, Locke introduit *La théorie de la fixation des objectifs* ou *Goal Setting Theory* en 1968. Elle vise à répondre à la question suivante : « Comment motiver les gens ? », toujours dans le contexte de productivité au travail. La solution proposée par Locke serait la fixation d'objectifs précis, définis et quantifiables par le biais d'évaluations des performances. Ce point de vue peut être mis directement en lien avec l'ergothérapie où le professionnel, pour construire sa prise en charge va fixer des objectifs précis et définis avec les personnes hospitalisées, puis évaluer les progrès pour permettre l'engagement de la personne. Le *Modèle Canadien du*

rendement et de la performance Occupationnelle que je présenterai par la suite, reprend les terminologies de cette théorie de la fixation des objectifs.

Locke part de l'hypothèse que « les objectifs sont déterminés par des processus cognitifs et des réactions affectives qui influenceraient fortement le comportement ». Cette hypothèse postule pour le fait que la motivation a tout d'abord une base cognitive, car la personne a le contrôle sur ses stimuli extérieurs, et ferait des choix qui orientent l'action en direction de l'objectif consciemment. Ensuite intervient la volition, qui est, d'après le cadre conceptuel du groupe Terminologie d'ENOTHE : « la capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire ».

Il est difficile pour un détenu de répondre au concept de volition par rapport au cadre législatif dans lequel il évolue. L'autonomie de choix est mise à mal.

3.3.3 [Le concept de volition](#)

Gladys Mignet, dans l'ouvrage des Troisièmes Assises de l'ergothérapie intitulé *L'Activité Humaine : un potentiel pour la santé ?* (2015), définit la volition comme étant un processus qui permet l'engagement dans l'activité, avant, pendant et après le déroulement de celle-ci. Elle se fait en réponse au vécu de la personne par ses expériences positives et négatives liées à son histoire de vie. La volition fait le lien entre les valeurs, les intérêts et ce que la personne pense d'elle-même dans l'activité en cours. Le processus de volition s'effectue en 4 étapes liées les unes aux autres :

- 1- L'expérience : ce sont les pensées et sentiments ressentis par rapport à notre performance dans une activité.
- 2- L'interprétation : c'est le fait de réfléchir à la signification et signifiante d'une activité.
- 3- L'anticipation : c'est le fait d'attendre quelque chose d'une activité en se projetant.
- 4- Le choix de faire l'activité : C'est l'engagement même dans l'activité pour réaliser de nouveaux rôles, acquérir de nouvelles habitudes, et entreprendre de nouveaux projets.

Gary Kielsoner écrit en 2008 : « la volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur son environnement », qu'il décrit dans un modèle ergothérapeutique.

3.4 Les modèles conceptuels en lien avec la motivation en ergothérapie.

En ergothérapie, il existe deux modèles développés par des ergothérapeutes canadiens pour aider à l'approche de la motivation dans les activités pour la personne. Nous avons tout d'abord le MOHO basé sur la vision de l'activité Humaine selon Gary Kielhofner et le MCREO qui repose sur les activités qui font sens pour la personne. Je vais donc au cours de ce paragraphe vous présenter de ces deux modèles conceptuels et des évaluations qui y sont associées.

3.4.1 Le modèle de l'occupation Humaine (MOHO)

Appelé *Model of Human Occupation* en anglais, le MOHO (2002, 2008) est un modèle conceptuel ergothérapique général développé en 1975 par Gary Kielhofner, chercheur canadien. Il est le modèle d'ergothérapie le plus cité en France.

Ce modèle est dit patient-centré car il prend en compte non seulement les ressources de la personne et ce qu'elle est, mais aussi l'environnement dans lequel elle évolue : c'est-à-dire les composantes physiques, temporelles et socio-culturelles, que ce soit lors des activités de loisirs, de travail ou les activités quotidiennes. L'environnement offre « des opportunités, des ressources, des exigences et des contraintes qui peuvent avoir un impact important sur la personne et sur ses activités » écrit Gary Kielhofner en 2002.

Dans ce modèle l'Homme est décrit selon trois sous-systèmes que seraient, la volition, l'habituatation et les capacités de performances, qui sont interdépendants et inséparables de l'environnement.

Dans la pratique, les observations se font à trois niveaux quand la personne agit : la participation occupationnelle en lien étroit et direct avec la volition, la performance occupationnelle qui reprend la façon dont la personne fait son activité et les habilités motrices, procédurales, de communication et d'interaction.

3.4.2 [Les évaluations permettant l'application du modèle MOHO](#)

Il existe trois évaluations correspondant à l'application de ce modèle.

En premier lieu, nous avons le *MOHOST* soit *Model of Human Occupation Screening Tool*, qui est une évaluation de la participation de la personne dans la réalisation d'une activité. Il est principalement basé sur l'observation de la personne dans plusieurs activités, sur une durée assez longue et dans plusieurs environnements différents. Il est composé de six sections d'observations dont le premier intitulé « motivation pour l'occupation » qui permet d'évaluer la volition. Cette section reprend les items suivants : « évaluation des aptitudes », « attentes de réussite », « intérêts », « choix ». Nous pouvons mettre ses intitulés en lien avec les étapes du processus de volition et la théorie de Locke, sur la motivation au travail, tous les deux présentés précédemment. En milieu pénitentiaire ces premiers items seront compliqués à évaluer.

Dans un deuxième temps il y a le *volitional questionnaire* (VQ) développé depuis 1988 par De Las Heras, afin d'évaluer les personnes avec lesquelles les entretiens verbaux ou l'auto-évaluation ne seraient pas possibles. Il est composé en 14 items qui « décrivent les comportements reflétant la volition ». Il est préconisé d'observer la personne dans plusieurs environnements car le niveau de motivation peut varier en fonction de ceux-ci. L'échelle montre qu'une personne avec une volition haute fait des choix d'actions et montre des affects positifs, tandis qu'une personne présentant un niveau de volition plus limité aura besoin de ressources environnementales et de divers soutiens. C'est en ces points que la prison pouvoir être une limite à la volition.

Enfin, il existe l'*OCAIRS* qui est un entretien qui regroupe une série de questions sur la participation occupationnelle. Il est long à faire passer mais couvre l'ensemble des éléments personnels. Celui-ci reprend les rôles, les habitudes de vie, les déterminants personnels, les valeurs, les intérêts, les habilités, les buts, les interprétations des expériences, l'environnement, et la volonté de changement.

3.4.3 [Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel \(MCREO\)](#)

Le *MCREO* (2013), repose sur les travaux de Mary Rails. Il a été développé par l'association Canadienne des Ergothérapeutes. Celui-ci repose sur l'activité qui a du sens pour la personne. Il est un modèle patient-centré, développé sur la performance de satisfaction.

Tout d'abord, il permet de mettre en interdépendance permanente la personne, l'occupation et l'environnement. Pour la personne, quatre dimensions sont prises en compte : le spirituel qui va orienter les choix de la personne, l'affectif prenant en compte l'estime de soi et les relations avec autrui, le cognitif et le physique. En ce qui concerne le domaine de l'occupation, trois dimensions ressortent : les soins personnels qui font référence aux activités de la vie quotidienne, la productivité en lien avec l'activité professionnelle, et les loisirs. Enfin, l'environnement prend en compte plusieurs domaines : la culture, l'institution qui reprend les lois et l'économie, les facteurs physiques et les facteurs sociaux.

Ce modèle décrit l'impact du rendement et de l'engagement occupationnel sur l'interaction dynamique sur l'ensemble des domaines tels que la personne, l'occupation et l'environnement.

3.4.4 [L'évaluation du MCREO](#)

L'évaluation du MCREO permet au thérapeute d'identifier les motivations de la personne. Elle se déroule en quatre phases.

La première partie sert à identifier les problèmes de rendement occupationnel.

Dans la seconde, la personne est sollicitée afin de coter elle-même sur une échelle de 1 à 10 l'importance des activités qu'elle fait dans son quotidien.

Ensuite, le patient et thérapeute vont répertorier les cinq problèmes qui semblent être les plus importants.

Enfin, la personne sur le même principe que la deuxième étape va coter les cinq problèmes définis au préalable.

Cette évaluation va permettre à la personne et au thérapeute de collaborer pour mettre en place un projet de soins basé sur des objectifs concrets.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

Nous avons vu précédemment, que l'apparition d'un handicap ou le diagnostic d'une maladie dégénérative peut engendrer chez une personne un questionnement par rapport à son identité. En effet, celle-ci verra ses compétences relationnelles, professionnelles et fonctionnelles bouleversées. Michel Reich, décrit ce phénomène dans sa présentation *Cancer et image du corps : identité* : « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel » (2008). Il en est de même pour l'enfermement qui implique un arrêt brutal des activités de la personne et des relations avec ses proches. Peut-on le qualifier de situation de handicap ?

L'enfermement a une influence directe sur le comportement de la personne et donc sur ses motivations personnelles dans les soins. En effet, l'ergothérapeute doit veiller à mettre en place son cadre thérapeutique afin d'aspérer à la motivation optimale de la part de la personne tout en respectant le cadre législatif. Ce dernier est prioritaire ! Cependant, bien que contraignant il peut être utilisé par l'ergothérapeute pour permettre de rendre la personne actrice de sa prise en soins. Il existera donc une relation triangulaire entre le patient-détenu, le surveillant et l'ergothérapeute.

Cette première partie m'amène à la problématique suivante : **En SSR pénitentiaire, le cadre législatif influence-t-il la motivation du patient dans son processus de rééducation en ergothérapie ?**

Hypothèse 1 : Le cadre législatif modifie les modalités de prise en soins en l'ergothérapie en SSR pénitentiaire.

Hypothèse 2 : Le cadre législatif a une influence sur la motivation du patient dans sa rééducation en SSR pénitentiaire.

EXPÉRIMENTATION

1 Choix de l'outil :

Afin de tenter de répondre à mes deux hypothèses, j'ai décidé de réaliser des entretiens pour mon étude. Ce choix a été fait dans le but d'obtenir des résultats qualitatifs en correspondance avec la subjectivité que reflète la motivation. Les études sur la motivation, bien que très nombreuses laissent transparaître la subjectivité de ce « construit hypothétique » comme évoqué dans la première partie. De plus, il me semblait important d'avoir le ressenti des personnes par rapport à l'aspect sécuritaire en contradiction parfois avec le monde des soins. J'ai alors concentré mon étude sur des entretiens semi-directifs. Ils permettent à la fois d'orienter l'entretien tout en laissant les personnes discourir à partir de questions ouvertes. Il faut tout de même préparer des questions de relances pour solliciter davantage la personne à exprimer son ressenti personnel et son vécu par rapport au sujet. Cette méthode permet de ne pas enfermer la personne dans une série de questions et de garder un niveau attentionnel élevé en fonction de celles-ci. Ainsi la personne interrogée est davantage rassurée et disposée à énoncer ce qu'elle ressent.

2 Choix de la population :

Par rapport à mon sujet, il me semblait important d'interroger une population ayant évolué dans un SSR en hôpital pénitentiaire. J'ai choisi d'interroger trois ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant actuellement dans le même hôpital pénitentiaire afin que les conditions d'exercices soient identiques par rapport aux règles de l'établissement afin de ne pas fausser l'étude qualitative. Je souhaitais également que les ergothérapeutes soient à proximité temporelle de stages en milieu ordinaire ou aient exercé ailleurs qu'en soins pénitentiaires afin d'apprécier une comparaison des ressentis entre les structures.

Six ergothérapeutes ont exercé au sein de cet hôpital pénitentiaire pris en compte pour l'étude. Seulement trois ont répondu positivement pour s'entretenir dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche. Bien que peu nombreux, ils représentent la moitié de l'échantillon total.

Les trois ergothérapeutes interrogées étaient des femmes dont l'âge moyen est de 27 ans et 3 mois.

Diplômée depuis 2011, la première personne interrogée a exercé dans le SSR à deux reprises : une fois durant 12 mois et une seconde fois pendant 15 mois. Nous l'appellerons E1. Elle ne travaille plus dans la structure depuis janvier 2016. Toutefois, elle a pu travailler dans le secteur de l'hospitalisation à domicile et en SSR ordinaire.

La deuxième personne interrogée est diplômée depuis 2013 et a débuté son premier poste d'ergothérapeute dans la structure pénitentiaire. Nous l'appellerons E2. Lors de l'écriture de ce devoir elle est toujours en poste. Ses comparaisons avec le milieu ordinaire s'effectuent par rapport à ses stages d'études qui étaient de cinq, en SSR, en lieu de vie et en psychiatrie.

Pour finir, la dernière personne qui a passé l'entretien est diplômée depuis 2008 et exerce depuis 2011 au SSR pénitentiaire. Nous la nommerons E3. Depuis ses débuts dans ce milieu, elle a réalisé un D.U sur les neuropathologies au cours duquel elle a effectué un mémoire de fin d'étude sur la coordination des soins en service pénitentiaire. Son point de vue sur les relations entre les surveillants, les détenus et les soignants est donc davantage aiguisé. Elle avait auparavant travaillé en SSR classique et en EHPAD.

3 Le protocole :

Pour des raisons pratiques en rapport avec les disponibilités de chacun, j'ai mené des entretiens téléphoniques enregistrés avec l'accord préalable des personnes interrogées. En ce qui concerne l'organisation et les informations complémentaires nous échangeons par mails ou conversations téléphoniques.

La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes. Au début de chaque entretien, je redemandais l'accord de la personne pour l'enregistrement de la conversation. De plus, je posais le cadre de l'entretien et j'introduisais ma thématique de recherche. Par la suite, nous conversions autour des questions de mon guide d'entretien que je posais. Pour finir, j'effectuais des remerciements pour temps qu'elles m'avaient accordé et m'assurai de pouvoir les solliciter à nouveau en cas de questionnements complémentaires.

Quatre grandes thématiques étaient évoquées. D'abord, j'évoquais les modalités de prise en soins générales au sein du SSR pénitentiaire. Puis, je parlais du cadre thérapeutique, pour dans un troisième temps s'interroger sur le positionnement du patient et de l'ergothérapeute dans la prise en soins. La dernière partie porte sur la motivation du patient sur les soins ergothérapeutiques.

4 Présentation et analyse des résultats d'entretiens :

4.1 Modalité de prise en soins.

4.1.1 Les résultats

Question 1 : Quelles sont les pathologies principalement rencontrées ? Pouvez-vous les classer par ordre de prédominance si ordre il y a ?

Les trois ergothérapeutes s'accordent à dire qu'elles peuvent rencontrer tout type de pathologies, qu'elles soient de l'ordre de la « traumatologie, de la neurologie centrale et périphérique, que cela soit des brûlés ou début de démence du au vieillissement de la population carcérale » (E3). Cependant, leur point de vue diffère en ce qui concerne la présence d'un ordre de prédominance des pathologies :

Y-a-t-il un ordre de prédominance des pathologies ?	Réponses des personnes interrogées
Oui	E1 : « la traumatologie en un et la neurologie en deux ». E2 : « en position une, je dirai traumatologie et neuro centrale, surtout AVC ».
Non	E3 : « très variable, il n'y a pas de constance ».

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des réponses apportées à la question : « Y-a-t-il un ordre de prédominance des pathologies rencontré en SSR pénitentiaire ? »

Question 2 : Pouvez-vous me parler des modalités générales d'admission en SSR pénitentiaire ?

Les trois ergothérapeutes interrogées expliquent que la demande d'admission au SSR pénitentiaire est faite par un médecin de la structure où évolue la personne hospitalisée avant son admission, c'est-à-dire soit en « maison d'arrêt ou centre pénitentiaire » dit E3. Cette demande est faite sur réclamation du patient ou sur la constatation des besoins faites par le médecin lui-même.

De plus, les patients peuvent être envoyés « par les différents médecins de UCSA ou UHSI qui font la demande auprès des médecins du SSR pénitentiaire pour l'admission. Si la personne est admise nous recevons une fiche de suivi permettant de prévenir de son arrivée » précise E3.

Il existe une autre modalité d'entrée au SSR pénitentiaire qui est liée au contexte de l'arrestation ou à un handicap présent en amont de celle-ci. Dans cette situation, il y a une entrée directe à l'hôpital pénitentiaire. Cette entrée directe peut être la première expérience en prison car elle correspond à une première arrestation : E2 dit « qu'il y en a qui n'ont jamais connu la prison avant d'entrée à l'hôpital pénitentiaire ». E3 ajoute que cela peut être « une personne qui pendant le délit a eu un accident ou fait une tentative de suicide ou a eu une blessure par balles ou plaies à l'arme blanche » et que dans ce cas de figure : « ils sont également adressés par les médecins de l'UHSI ».

Question 3 : Que pouvez-vous me dire sur les modalités de prise en soins en ergothérapie en SSR pénitentiaire ?

Toutes trois s'accordent à dire que l'arrivée du patient en ergothérapie se fait suite à une prescription du médecin référent de la personne hospitalisée. E2 complète cette information en précisant que : « ça arrive que les prescriptions soient faites lors du STAFF, après discussion en équipe ».

A son arrivée, la personne est soit vue en chambre parce qu'elle a besoin d'installation ou pour que l'ergothérapeute se présente et explique ses fonctions dans son parcours de soins à venir : « soit la personne nécessite une installation en chambre ; dans ce cas on va aller le voir le jour même [...] on se présente et explique qu'on va se voir en rééducation, soit il n'a pas besoin d'installation, et dans ce cas, on a le temps d'aller les voir en chambre et se présenter » répond E2. Si le temps manque aux ergothérapeutes pour faire une première visite, comme le dit E3 : « parfois malheureusement nous n'avons pas le temps » ; la première fois, le patient sera vu directement en salle d'ergothérapie la première fois.

Dans les trois entretiens ressort le fait que les séances durent cinquante minutes, à raison d'une séance par jour, quelle que soit la pathologie de la personne. Les patients sont accompagnés par un surveillant qui reste devant la porte de la salle

durant le temps de la séance. Les modalités de prises en soins en ergothérapie sont expliquées au patient lors du premier entretien.

E3 fait un aparté en expliquant que les séances sont généralement « collectives » mais qu'il se peut que la personne soit « isolée, pour des raisons pénitentiaires souvent en lien avec des cas de violence ». De plus, elle fait part des mises en situation en chambre où il faut « attendre que le surveillant responsable de l'étage ce jour, nous ouvre la chambre de la personne » et que le surveillant « reste à proximité de la chambre sans rester devant » (E3).

4.1.2 Analyse des modalités de prise en soins.

D'abord, nous pouvons voir que le temps des séances n'est pas variable et reste figé. Puis, le thérapeute est dépendant du surveillant en ce qui concerne les déplacements des détenus, ainsi que pour les soins en chambre. Il se peut que l'Administration pénitentiaire fasse une demande de soins isolés. Dans ce cas, le thérapeute doit effectuer les soins dans une autre pièce que la salle d'ergothérapie où se font les autres prises en soins. Les ergothérapeutes vont chercher à voir le patient le plus souvent possible et tenter d'être présent dès l'entrée à l'hôpital.

4.2 Le cadre thérapeutique.

4.2.1 Les résultats

Question 4 : Pouvez-vous m'expliquer, si différence il y a, ce qui change selon selon vous dans la mise en place du cadre thérapeutique par rapport à un milieu de prise en soins ordinaire ?

Les ergothérapeutes révèlent toutes les trois des différences avec un milieu de soins ordinaire en fonction de leur vécu en stage ou au cours d'autres postes. Cependant, elles apportent des nuances quant à leurs explications :

Éléments de différences relevées dans les entretiens :	Etayage des ergothérapeutes
Le cadre	E1 : « cadre assez rigide. Ils savent bien que lorsqu'ils viennent à l'hôpital pénitentiaire ils seront toujours accompagnés pour venir et repartir. »
L'approche avec la personne	E2 : « Le patient est parfois très méfiant [...], le premier contact n'est pas forcément évident ».
La gestion des émotions	E2 : « S'il y a eu des problèmes pendant l'arrestation, l'état moral peut être délicat » - « si l'attente pour entrer en hôpital pénitentiaire est trop longue il peut être revendiquant ». E3 : « on n'est pas juste confronté au domaine du handicap, on est confronté à la privation de liberté, et des personnes pas toujours jugées. Il faut gérer l'enfermement ».
L'organisation	E3 : « on ne peut pas les garder en séance comme ça. Il faut que les chefs soient au courant. »

Tableau 2 : Les différences par rapport à un lieu de soins ordinaire relevées depuis les réponses des ergothérapeutes interrogées.

Question 5 : Que pouvez-vous me dire sur les spécificités de la prise en soins en ergothérapie en SSR pénitentiaire ?

A cette question, les réponses données se recoupaient les unes avec les autres. Il semble ne pas y avoir de contrat thérapeutique particulier de soins, sauf pour les cas particuliers comme en structure classique, le but étant de ne pas « leur faire perdre confiance dans la prise en charge et se sentir stigmatisé » explique E2. Ils sont en droit de refuser les soins. E3 décrit une prise en soins type comme dans toutes les structures : « entretien, bilans, relevé des incapacités et déficiences, diagnostic ergothérapeutique, mise en place d'objectifs et élaboration du plan de traitement ». C'est donc sur d'autres aspects que le SSR pénitentiaire révèle un suivi spécifique :

Spécificités du SSR pénitentiaire relevées	Etayage des ergothérapeutes
Le cadre thérapeutique	Il y a une différence de point de vue en fonction des pathologies des patients. E3 : « pas trop de différence en traumatologie à part les horaires et le cadre pur de l'ergo »
Le projet de sortie	E3 : « en neuro c'est quand même différent parce que pas la même liberté d'action pour le concret [...] Mise en situation [...] difficile à se projeter ».
La durée globale d'hospitalisation	E1 : « elle me paraît plus longue en général. Souvent en attente de places ailleurs, surtout pour les démences ». E2 : « on est sur des durées de séjour plus longues ». E3 : « la durée de prise en charge est plus longue c'est sûr par rapport à un autre milieu. ».
Concordance avec le temps pénitencier	Les temps de parloirs et de balade, sont importants pour les détenus. E2 : « On demande systématiquement s'ils vont en promenade et aux parloirs pour essayer autant que faire se peut de ne pas programmer en même temps que la promenade. »

Tableau 3 : Les spécificités de la prise en soins ergothérapeutiques en SSR pénitentier.

Question 6 : Quelles sont selon vous les limites de la prise en soins ergothérapeutiques en SSR pénitentier ?

Huit limites liées au cadre législatif ont été relevées dans les soins ergothérapeutiques à partir des réponses aux questions d'entretiens.

Les limites relevées	Les réponses des ergothérapeutes
Accès à la chambre du patient	E1 : « Beaucoup moins de facilité à entrer en chambre...pas mal de porte à passer »
Dépendance organisationnelle au cadre législatif	E1 : « dépendant de quelqu'un pour aller en chambre » ici l'ergothérapeute fait référence à la dépendance au surveillant – « si la fatigabilité du patient ne lui permet pas de faire plus de 20 minutes de séance, il doit attendre la fin de la séance. » E2 : « Sur les modalités pratiques, on ne peut pas voir le patient quand on veut » - « Tous les mouvements sont faits par des surveillants ».
Temps de séance	E1 : « la structure impose 50 minutes de séance, donc c'est 50 minutes ». E2 : « On n'a pas de marge de manœuvre sur la durée des séances ».
Essai et prêt de matériel	E1 : « côté financier toujours un peu compliqué ». E2 : « Patient besoin d'un couteau-fourchette et la pénit' dira non n'y pensez même pas. » E3 : « Aide repas, toilette, habillage, accordés, mais dans la détention ou retourne le détenu peut être refusé, parce que toute personne retournés peut devenir une arme potentielle. »
Projection de la sortie	E1 : « difficile de se projeter sur l'extérieur » - « pour projeter dans l'avenir c'est compliqué » E2 : « Tout ce qui est indépendance et autonomie, pas de visu sur ce qui va être fait après ». E3 : « On ne sait pas si ce qu'on a mis en place pourra être continué après la rééducation. »
Relation soignant -soigné	E3 : « Confiance limitée par rapport aux conditions d'enfermement. »
Relation soignant – surveillant	E2 : « nous en tant que rééducateur on voit l'indépendance du patient et eux, l'aspect sécuritaire parfois pas facile de travailler ensemble parce que pas sur la même vision de la personne. »

Tableau 4 : Les limites liés au cadre législatif.

Question 7 : Dans votre prise en soins, vous sentez-vous aidé par le cadre législatif de la structure ? Quels avantages pouvez-vous en ressortir ?

Les réponses à cette question furent mitigées pour les ergothérapeutes interrogées. E1 ne pense pas que le cadre législatif puisse l'aider dans ses prises en soins. E2 pense qu'il l'aide en fonction de la personne rencontrée et de son comportement face aux soins. E3 y trouve des avantages.

Réponses à la question 7	Etayage apporté par les ergothérapeutes
Oui	E2 : « pour un défaut d'initiation, il permet d'être hyper cadrant parce que les déplacements rythment la journée. » - « comme le surveillant vient le chercher, le patient peut être plus impliqué dans les soins » - « les patients disent que s'ils étaient à l'extérieur ils ne se soigneraient pas ». E3 : « Permet d'aider certaines personnes à initier le fait d'aller en soins, ils sont guidés. »
Non	E1 : « pas trop non » E2 : « parfois parasité par la détention [...] après ils sont très méfiants ».

4.2.2 [Analyse des résultats sur le cadre thérapeutique.](#)

Les réponses précédentes sur le cadre thérapeutique, indiquent que le cadre législatif joue un rôle prépondérant dans la mise en place des soins ergothérapeutiques. Il peut y avoir un effet autant positif que négatif comme le traduit le tableau des réponses à la question 7. Ceci dépend du ressenti de la personne par rapport à la détention, de son histoire de vie avant son arrivée à l'hôpital pénitentiaire, et de son comportement face aux soins. Cinq thématiques sont ressorties de la spécificité des soins ergothérapeutiques en SSR pénitentiaire et sept thématiques ont été relevées en ce qui concerne les limites de celles-ci face au cadre législatif particulier de la structure. Ces résultats montrent qu'il y a une influence significative du cadre législatif sur la mise en place du plan d'actions en ergothérapie.

4.3 [Le positionnement du patient et de l'ergothérapeute dans les soins.](#)

4.3.1 [Les résultats](#)

Question 8 : Comment pensez-vous que la personne hospitalisée se positionne par rapport à votre rôle de soignant ?

Les ergothérapeutes interrogées sont unanimes pour dire que la personne hospitalisée se positionne comme « patient » (E1, E2, E3). E1 explique que « le relationnel change en fonction de la personne qu'il a en face de lui : l'uniforme bleu représente le côté pénitentiaire et la blouse blanche, le soin ». Cette différence de statut viendrait des discours différents affiliés aux deux instances et de la relation que l'on noue avec la personne comme E2 le dit : « se place en tant que patient parce que je ne parle pas des mêmes choses avec lui que les surveillants. On le nomme [patient] et on ne parle pas de [cellule] mais de [chambre]. » Il se peut tout de même, que certaines personnes ne sachent pas où se situer entre patient et détenu face à l'ergothérapeute lorsque que la détention prend une ampleur plus importante que les soins, « c'est aussi notre rôle de les écouter » (E3) afin de palier ce souci statutaire.

Question 9 : Quelles connaissances avez-vous du dossier détenu ?

Comme indiqué dans la théorie, les soignants n'ont pas connaissance du dossier détenu comme les surveillants n'ont pas connaissance des dossiers patients. Or, dans la pratique bien que peu détaillé, il se peut que les soignants aient connaissance d'une partie des dossiers détenus. E3 fait référence à la pratique en disant : « parfois nous avons un morceau de dossier [penit'] dans le dossier des urgences, ou c'est une affaire médiatique, ou la personne peut le dire, plus rarement », E1 évoque les mêmes causes de digression du Secret pénal. E2 parle d'une autre forme d'écart au secret pénal qui viendrait des fiches de renseignements à l'entrée de la personne dans la structure : « il y a la fiche A et la fiche B, fiches de renseignements [penit'] et médicale, où parfois se trouvent des comptes rendus médicaux entier dans les deux dossiers ». Dans ce cas, il s'agit d'un problème externe. Il se peut également que certains indices médicaux soient donnés en vue d'améliorer le brancardage effectué par les surveillants toujours dans l'intérêt de la personne hospitalisée.

Question 10 : Connaissez-vous le projet de sortie envisagé pour le patient ?

Le projet de sortie du patient n'est pas connu. Si celui-ci n'est pas jugé, il sera difficile d'envisager la suite et de fonder le plan de rééducation et de réadaptation par rapport à la sortie, suggèrent de manière commune les trois ergothérapeutes interrogées. E3 fait part du seul élément les orientant : « On va juste demander si la personne est prévenue ou condamnée : ce qui nous donnera une idée approximative sur les conditions de retour ou de sortie », de plus, « si la personne est en fin de peine nous partons sur une prise en charge normale ». Les plans d'action se fondent très rarement sur un projet de sortie certain. Les soins se font donc sur des objectifs immédiats ou proches dans le temps. De plus, la durée d'hospitalisation à l'hôpital pénitentiaire est approximative aussi bien que les dates de sorties pour éviter les fuites auprès de la personne concernée. Ceci fait partie du Règlement législatif de l'établissement afin d'assurer le maximum de sécurité.

Question 11 : Pouvez-vous me parler de votre ressenti personnel par rapport à votre rôle de soignant en SSR pénitentiaire ?

Personnes interrogées	Réponses sur les ressentis des ergothérapeutes
E1	« Je n'ai jamais eu trop d'appréhension » - « tu vas faire attention à ne pas dire ton âge, où tu habites ou des choses comme ça »
E2	« Plus long à assimiler les démarches liées au milieu carcéral »
E3	« Confiance beaucoup plus difficile à acquérir avec ces patients qu'en milieu ordinaire. Parce qu'ils ont à faire aux juges, avocat, pénitentiaire en général. Demande faites si on est diplômé »

Tableau 6 : Les ressentis des ergothérapeutes interrogées par rapport à leur rôle en SSR pénitentier

En ce qui concerne les personnes ayant passé les entretiens, aucune n'a connu d'appréhensions particulières au cours de son exercice. Les approches avec les patients s'en voient quelque peu modifiées en réponse à l'environnement pénitentiaire comme : ne pas divulguer des informations personnelles, un travail plus important sur la mise en place de la relation de confiance, de la réassurance quant au statut de patient, que la personne hospitalisée doit assimiler lorsqu'elle est en soin afin de lâcher

prise et laisser place à sa santé. Ensuite, certaines fonctions administratives sortant du décret d'acte de l'ergothérapeute mais répondant aux contraintes législatives doivent être assimilées par le thérapeute.

4.3.2 Analyse des résultats sur le positionnement du patient et du soignant

Le recueil de réponses montre que la majorité des patients et ergothérapeutes s'y retrouvent dans leurs rôles et statuts respectifs. Nous pouvons, malgré tout relever une discordance liée au cadre législatif de la structure qui ne laisse nullement place à une prise en soins basée sur le projet de vie du patient comme appris en institut de formation au diplôme d'Etat d'ergothérapie ou observée dans les structures de soins classiques. Cette divergence vient de la méconnaissance ou de la connaissance approximative du lieu et de la date de sortie de la personne.

Les contraintes du milieu impliquent parfois une mise à l'écart du secret pénal ou médical. Il peut s'agir d'un acte dans l'intérêt du patient ou, en tout autre mesure, en lien direct avec une arrivée médiatisée ou une erreur externe créant des fuites en ce qui concerne le dossier. Lorsque le patient évoque de lui-même les causes de son arrivée, ceci peut mettre à mal sa relation de confiance avec le soignant. Il est cependant en droit de s'exprimer ; étant formé à l'écoute empathique de la personne, le soignant doit être en capacité d'exprimer son ressenti à l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle il travaille pour éviter les conséquences sur la rééducation du patient.

4.4 La motivation du patient dans les soins ergothérapeutiques.

4.4.1 Les résultats.

Question 12 : Que pouvez-vous me dire de la motivation de vos patients dans les soins ergothérapeutiques par rapport à une structure ordinaire ?

Les trois ergothérapeutes tendent à dire que les patients montrent de l'intérêt pour la prise en soins en ergothérapie en raison de la spécificité des soins, du lieu, des mises en situations écologiques qui font référence directe à leur condition d'Homme et au climat d'écoute mis en place. E1 dit que : « ça change de leur cadre habituel et qu'on est là pour s'occuper d'eux en dehors du contexte pénitentiaire », ce qui reprend la mise à distance de leurs conditions de détenus. E3 quant à elle évoque comme une « bouffée d'air ». Ils peuvent se recentrer sur eux mêmes et leur santé.

L'ergothérapeute va chercher la motivation du patient en jouant des conditions environnementales et se servant de la mise en activité pour mettre à distance les idées préoccupantes pour le sujet. E3 fait part de son utilisation du « jeu comme médiateur » pour créer un « climat de confiance ». Le jeu permet ce climat tout en permettant la rééducation en modifiant certains aspects de celui-ci. Ainsi, il sera plus facile évoque E3 « de faire des mises en situations écologiques à la toilette ou à l'habillage sans paraître trop intrusif pour la personne ».

Puis, E2 rend compte d'une satisfaction générale des soins ergothérapeutiques ce qui renforce la motivation personnelle du patient. Elle évoque le fait que lorsque deux rendez-vous sont fixés à la même heure, le patient choisira souvent de venir en ergothérapie.

Les trois ergothérapeutes parlent d'une motivation parfois altérée par d'autres problématiques d'ordre pénitentiaire, E3 dit : « un jugement récent, une interpellation récente ou un jugement en attente peuvent occuper toutes les pensées de la personne ».

Question 13 : Si vous aviez un modèle à utiliser dans la structure, quel serait ce modèle ?

E2 et E3 qui travaillent actuellement à l'hôpital s'harmonisent à dire que le modèle qui selon elles serait utilisé, serait celui de Gary Kielhofner, le MOHO. Quant à E1, elle évoque la possible utilisation du modèle « PPH ou CIF, sachant que la CIF est plus orienté vécu et environnement », donc une prédominance pour « PPH ».

4.4.2 Analyse des résultats en ce qui concerne la motivation.

Les réponses à ces deux dernières questions reflètent la présence d'une motivation certaine dans les soins en ergothérapie. Cependant, le milieu pénitentiaire étant prépondérant, il s'avère être difficile d'échapper à la préoccupation majeure liée à la détention. Cette contradiction révèle l'influence certaine du milieu pénitentiaire sur la motivation personnelle de la personne. Elle peut impactée de manière positive lorsque le détenu en fait une force et se créé une échappatoire des séances d'ergothérapie. Elle peut a contrario être une faille à la motivation lorsque la détention est la pensée prioritaire.

Les deux réponses en direction de l'utilisation du MOHO comme modèle laissent à penser que la « motivation » questionne la prise en soins des soignants en SSR pénitentiaire.

DISCUSSION

1 Conclusion des données recueillies

Les réponses aux entretiens réalisés ci-dessus permettent de répondre au questionnement de départ.

Dans la première partie, sur les modalités de prise en charge, nous avons pu nous rendre compte de la dépendance certaine de l'ergothérapeute au cadre législatif de la structure. Le contexte fait que l'Administration pénitentiaire est primante sur la rééducation et la réadaptation. En effet, la sécurité est le maître mot. Le soignant est dépendant du cadre temporel, de l'environnement matériel, et des surveillants quand il s'agit de déplacements de détenus ou de soins en chambre.

Les patients sont transférés d'établissements extérieurs sur l'accord du médecin de la structure pour des problèmes d'ordre neurologiques, traumatologiques, de démences ou autres pathologies dégénératives. Pour répondre à cette demande de soins variés, le thérapeute devra s'adapter à l'environnement pénitentiaire dans lequel il évolue.

Dans la seconde partie, malgré une utilisation possible du cadre législatif en fonction des personnes pour permettre de poser le cadre thérapeutique, des limites et contraintes à une prise en soins dite « optimale » pour une structure ordinaire ont été relevées. La relation soignant-soigné peut-être altérée par un souci de confiance de la part de la personne hospitalisée. De plus, le projet de sortie étant incertain ou méconnu le plan de rééducation se voit altéré. La marge de manœuvre de l'ergothérapeute sur l'organisation est limitée. Tout ceci engendre un allongement des temps d'hospitalisation.

La troisième partie révèle un secret professionnel pénal ou médical parfois révélé en partie par, ou pour le patient lui-même, ce qui peut affecter la relation de soins.

Le patient arrive pour la plupart du temps à se référer à son statut de patient dans les soins ce qui peut aider à la mise en place d'un climat de confiance permettant d'optimiser le processus motivationnel dans la rééducation.

Pour finir, il s'avère que les patients sont généralement motivés par les soins ergothérapeutiques grâce au cadre qui diffère de leur quotidien, la mise en activité

significative si possible, et le lien avec les activités de vie quotidienne comme se laver, s'habiller et manger.

La mise en relation avec le MOHO et le PPH montre une mise en lien avec l'environnement de la personne et la prise en compte des ressources personnelles et surtout motivationnelles dans la mise en activité.

2 Vérification des hypothèses

Avant de débiter l'étude expérimentale, deux hypothèses avaient été avancées.

Les entretiens menés semblent valider entièrement la première hypothèse. En effet, les discours des trois ergothérapeutes relevaient d'un impact immédiat du cadre législatif lié à la structure dans lequel elles évoluent, sur leur exercice professionnel et sur la mise en place des soins ergothérapeutiques. De ceci ressortait une problématique liée aux contraintes des règles pénitentiaires particulièrement en lien avec l'organisation générale des soins par rapport à un SSR ordinaire.

En ce qui concerne la seconde hypothèse, la validation nécessiterait une étude plus poussée. En effet, dans les réponses apportées lors des entretiens, nous pouvons relever que « la motivation » du patient en hôpital pénitentiaire par rapport aux soins, reste en suspens et qu'elle est patient-dépendante. Le comportement volitionnel et motivationnel du patient-détenu sera en lien direct avec les conditions de détention antérieures, les raisons de son arrivée au centre et du jugement. Certes, nous ne pouvons pas mettre de côté que la motivation du patient est directement impactée par le cadre législatif ; cependant, l'ergothérapeute de par son décret d'acte, veille à remettre en fonction ce processus lorsqu'il n'est plus. La motivation du patient en ergothérapie évoluerait donc au cours de la prise en soins malgré les contraintes du milieu pénitencier. Cette hypothèse demande donc à être étudiée davantage.

3 Pistes de réflexions

Suite à l'étude débutée, d'autres axes de réflexion me sont apparus.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, il faut : « assurer à la population carcérale une qualité de soins équivalente à celle dont dispose l'ensemble de la population. » A partir de cette loi, nous pouvons nous questionner sur le rôle respectif des surveillants pénitentiaires et des soignants, notamment les ergothérapeutes. D'après le Ministère

de la Justice, le surveillant se doit de faire : « l'accompagnement dans la réinsertion des détenus ». Il est nécessaire d'avoir « des qualités d'écoute ». L'ergothérapeute au cours de son cursus de formation au diplôme d'Etat apprend à assurer une écoute empathique et créer une relation de confiance dans les soins, tout en sachant garder une distance thérapeutique permettant d'assurer la sécurité psychique de la personne hospitalisée et du professionnel lui-même. Malgré leurs rôles respectifs, assurer des soins en structure pénitentiaire pour le soignant et accompagner une personne en situation de handicap pour le surveillant ne font pas partie de leur formation initiale. C'est pourquoi, une courte formation permettant aux pénitenciers de se familiariser avec le handicap et aux soignants de s'adapter plus rapidement au cadre législatif pour assurer un meilleur suivi de la personne semblerait être pertinent et rassurant pour le patient-détenu.

Ensuite, je pense qu'une étude quantitative et qualitative plus poussée avec la mise en place d'un protocole auprès des patients-détenus directement permettrait de rendre compte de manière plus précise, et juste de l'impact du cadre législatif sur la motivation du patient dans les soins ergothérapeutiques. Il faudrait dans ce cas de figure que la durée de l'étude se fasse dès l'entrée la personne en séjour de soins, avec son accord et sur un échantillonnage d'au moins trente personnes afin de rendre fiables les résultats.

De plus, il serait intéressant d'élargir les recherches à d'autres pays où l'ergothérapie fait effet en prison afin d'effectuer une étude comparative sur les modalités de prise en soins, sur les règles législatives de détention et sur la motivation de la personne.

Enfin, étudier la motivation de la personne hospitalisée en appliquant les modèles spécifiques ergothérapeutiques comme le MCREO et le MOHO permettrait d'effectuer une étude validée. L'utilisation de ces modèles nécessite une formation complémentaire. Ceci, représente une éventuelle limite, car peu d'ergothérapeutes y sont formés. Pour autant, de plus en plus d'ergothérapeutes vont être sensibilisés à l'utilisation des modèles conceptuels ce qui pourrait rendre cette étude possible dans l'avenir.

4 Critiques de la méthode expérimentale.

Tout d'abord, je pense qu'il est difficile d'effectuer un mémoire d'initiation à la recherche sur le SSR en hôpital pénitentiaire sans avoir effectué de stage dans ce domaine de soins. Il existe une forte disparité entre les a priori de la société sur la prison et sur le vécu des professionnels de tout corps de métiers soient-ils au sein de l'hôpital pénitentiaire. Je pense donc que ce stage m'a permis d'approfondir mes recherches et de mettre en place un protocole de passation des entretiens davantage adapté au milieu d'exercice.

Ensuite, le choix des entretiens permettait d'avoir une vision qualitative par rapport à mon sujet d'étude. Cette méthode permet de relever le ressenti des personnes. Cependant, seules trois ergothérapeutes ont pu passer les entretiens, malgré le fait que ça représentait 50% de personne susceptibles de le passer, cela ne permet pas d'affirmer la conclusion des résultats obtenus. Qui plus est, l'aspect pratique de la passation téléphonique pour répondre aux disponibilités de chacun ne m'a pas permis de relever les renseignements non verbaux permettant d'appuyer les arguments de la personne entretenue.

Après réflexion, je pense qu'il aurait été également judicieux d'intégrer des personnes en cours de formation du diplôme d'état d'ergothérapeute ayant effectué un stage en SSR pénitentiaire afin d'analyser leurs points de vue par rapport à la courte durée d'exploration, qui aurait été soit de 4 semaines, soit de 8 semaines.

Pour finir, le contexte législatif ne m'a pas permis de mettre en place des entretiens avec les patients-détenus sur la durée impartie pour réaliser ce travail de recherche. Les témoignages de personnes hospitalisées auraient permis de traiter les hypothèses avec plus de certitudes quant aux résultats finaux

5 Apports personnels et professionnels.

Ce mémoire d'initiation à la recherche m'a permis de m'intéresser de près à l'intérêt de la motivation de la personne dans son processus de rééducation et réadaptation. Il m'a également permis d'approfondir mes connaissances sur les modèles conceptuels en ergothérapie. De plus, j'ai pu me questionner sur les difficultés de positionnement identitaire des personnes en situation de handicap au-delà de la détention. Ce travail a été très enrichissant et a permis d'attiser ma curiosité

dans le domaine des soins en milieu fermé mais aussi de me questionner sur ma future pratique professionnelle et mon positionnement en tant que thérapeute.

CONCLUSION

Ce travail de fin d'étude avait pour objectif de comprendre l'influence que pouvait avoir le cadre législatif sur le cadre thérapeutique mis en place par l'ergothérapeute et la motivation de la personne hospitalisée en SSR pénitentiaire.

La partie théorique nous a permis de comprendre le positionnement de la personne hospitalisée par rapport aux deux instances différentes qui font effet face à elle : l'Administration pénitentiaire et l'hôpital. Deux instances, donc deux statuts qui ne sont pas en correspondance avec nos statuts habituels. La perte des repères quotidiens peut engendrer un questionnement sur son identité. Ici le questionnement s'avère être double. Ainsi, la seconde partie sur la description des deux instances et la coordination des soins par rapport au cadre législatif permet davantage comprendre le questionnement des personnes hospitalisées par rapport à leur identité au sein de cette structure particulière. Ce questionnement identitaire interroge sur la motivation de la personne par rapports aux soins. Malgré une interrogation identitaire, est-il possible pour la personne de prendre pleinement part à sa rééducation ? C'est pourquoi j'ai développé une partie sur la motivation dans le but de comprendre le concept et ses subtilités. La théorie et la pratique confirment la place importante de ce concept dans les soins ergothérapeutiques.

Les entretiens menés au cours de la partie expérimentale bien que peu nombreux laissent paraître un réel impact du cadre législatif sur les modalités de prise en soins de la personne. L'influence de la structure pénitentiaire et des règles qui en découlent sur la motivation des patients dans les soins est également confirmée, cependant une étude plus poussée serait nécessaire afin d'en sortir des résultats fiables sur lesquels baser des conclusions. Nous pouvons toutefois, mettre en avant que d'après les thérapeutes la motivation peut être impactée à la fois positivement et négativement en fonction du moment de la prise en soins et de la pathologie de la personne.

L'ergothérapeute a pleinement sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire du SSR pénitentiaire.

Dans ce devoir, nous nous sommes intéressés sur la prise en soins et la motivation de la personne hospitalisées par rapport au cadre législatif imposé par la structure. Mais, quels sont alors les moyens mis en place par l'ergothérapeute ? Dans

quelle mesure évolue la motivation du patient au cours de sa rééducation ? Les écrits restent encore peu nombreux. Ces interrogations confirment la multitude de travaux qui pourraient être encore menés

BIBLIOGRAPHIE

Mémoire ou thèse

BALOURD Meylanie, BLANC Hervé, BOURBON Anne et al. *Module interprofessionnel de Santé publique : Vieillir derrière les barreaux*. Ecole des hautes études publiques en santé, 2015, 66 pages

BESSIN Marc et LECHIEN Hélène. *Soignants et malades incarcérés : conditions, pratiques et usage des soins en prison*. Etude des mouvements sociaux, Centre de sociologie européenne, Paris, 2000, 427 pages.

BIARD Nicolas. *Ergothérapie et accès maniaque : Réflexion sur le suivi en ergothérapie d'un patient présentant un accès maniaque*. Diplôme d'Etat en ergothérapie. 2001, p 9 -15.

BOURGIN Elise. *L'Ergothérapie en unité pour malades difficiles : Un vecteur d'intégration d'habilités sociales*. Diplôme d'Etat en ergothérapie, Rennes, 2010, 71 pages.

DOULOUE Carine. *Parenthèse dans une vie... ? Accompagnement de personnes hospitalisées de longues dates en unité pour malades difficiles*. Diplôme d'Etat en ergothérapie, ADERE Paris, 2005, 98 pages.

GOLAY Alain. *Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique*. Université de Genève, 10 pages.

MONNET Julie. *Les motivations pour la spécialisation IBODE*. Institut de formation des infirmières de bloc opératoire de Tours, 2009, 80 pages.

RAMAHAVITA Sophie. *La relation soignant-soigné en prison*. Diplôme d'Etat infirmiers, Nantes, 2007, 34 pages.

Livre :

CAIRE Jean-Michel. *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. 2^{ème} édition. Marseille : Solal, 2008, 357 pages.

EDWARD et LAWLER. *Motivation in work organisations*. California : hale publishing co, 1973. 274 pages.

KIELHOFNER, G. *Model of human occupation theory and application*. 4^{ème} édition. Baltimore : 2008.

MARIN Michel. *Cahier de psychologie clinique : le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité*. 2^{ème} éd. Paris : Boeck. P.103–120.

LOCKE. *Organizational Behavior and Human Performance : Toward a theory of task motivation and incentives*. 1968. vol.3, n°2, p.157 à 189.

MOREL-BRACQ Marie-Chantal. *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. 2^{ème} éd. Paris : Boeck, 176 pages.

MOREL-BRACQ Marie Chantal, RIGUET Karine, TROUVE Eric et al. *L'activité humaine, un potentiel pour la santé*. Paris : Boeck, mars 2015, 342 pages.

ROUSSEL Patrice. *La motivation au travail – concepts et théories*. Paris : EMS, 2001.

THILL et VALLERAND. *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval : Vigot, 1993. p.3 à 39.

Encyclopédie.

Larousse [en ligne].

Le Robert illustré. Paris : Babel, 2015.

Articles :

BALINT Tatania et BRUCIAG Constantin. *The Use of occupational therapy for convicted person in prison, during the probation period.* Academic journal [en ligne] 2013, p11.

CHAMBON Nicolas et LAVAL Christian. *Prison, santé mentale et soins.* Rhizome. 2015, n°56.

COQUELET Fabienne et VALDELIERE Hélène. *Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : potentiel traité et offre de soins.* Dossier Solidarité et Santé du DREES. 2001, n°23, 35 pages.

GUERIN Geneviève. *La santé en prison.* ADSP. 2003, n°44.

HUNGERUHLER Philippe. *Le quotidien d'un médecin en milieu pénitentiaire : une expérience derrière les barreaux.* Courrier du médecin Vaudois. 2015, n°6, p15.

LOCKE. *Personnel attitudes and motivation.* Annual Review of Psychology. 1975, CA. vol.26, p 457 à 480.

LOCKE. *Goal setting, a motivational technique that works.* Psychological Bulletin. 1984. vol.90, n°1, p.125 à 152.

LE ROUX V., *L'ergothérapie fonctionnelle : une création de poste à l'hôpital carcéral de Fresnes,* Journal d'ergothérapie. 1997, vol. 19, n° 1, p 14-18.

MASLOW. *A theory of human motivation.* The Psychological Review. 1943. vol.50, n°4, p.370 à 396.

MBANZOULOU P. *La réinsertion sociale des détenus,* Dossier de presse.2005.

METRAUX Béatrice. *Dans le respect de la relation patient –soignant : Gérer les profils des détenus et minimiser les risques.* Courrier du médecin Vaudois. 2015, n°6, p.4-5.

PELET Odile. *La confiance au service du contrôle : secret médical en milieu carcéral*.
Courrier du médecin Vaudois. 2015, n°6, p.9.

SVM. *Secret médical en milieu carcéral*. *Courrier du médecin Vaudois*. 2015, n°6,
p.10-11

YRJÖ Engeström. *La volition et l'agentivité transformation : perspective théorique de
l'activité*. Journal universitaire d'Helsinki, p 1 à 8.

Ministère de la justice. *Administration pénitentiaire en France*. 2007, 18 pages. Visible
sur : www.prison.justice.gouv.fr

Personnes ou institutions :

ANFE. *Ergothérapie : définition*. Paris. Disponible sur : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Préparation de la sortie du
patient Hospitalisé*. 2001. Disponible sur : <http://www.snfge.asso.fr>

Textes de lois :

Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé . BO Solidarité
envers les personnes handicapées. n°2002-303 du 4 mars 2002. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des
personnes handicapées. N° 2005-102 du 11 février 2005. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi relative au service public pénitentiaire. N° 87-432 du 22 juin 1987.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi relative à la santé publique et à la protection sociale. N° 94-43 du 18 janvier 1994.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapé. N°87-517 du 10 juillet 1987.

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.

Annexes

ANNEXE I : GLOSSAIRE	I
ANNEXE II : REFERENTIEL D'ACTIVITE DE L'ERGOTHERAPEUTE.....	III
ANNEXE III : PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW	V
ANNEXE IV : MOHO.....	VI
ANNEXE V : MCREO.....	VII
ANNEXE VI : PROTOCOLE D'ENTRETIEN.....	VIII

ANNEXE I : GLOSSAIRE

Administration pénitentiaire : Direction et services relevant du ministère de la Justice. L'administration pénitentiaire prend en charge, en prison ou en milieu ouvert, les personnes qui lui sont confiées par l'autorité judiciaire. Elle participe à l'exécution des décisions pénales et au maintien de la sécurité publique. Elle met en œuvre des actions de réinsertion sociale des personnes, d'après le Ministère de la justice en mai 2016.

Cellule : Pièce utilisée pour enfermer quelqu'un, d'après le Larousse 2015.

Condamné : Personne frappée par une peine décidée par la Justice, après avoir été jugée coupable, d'après le Larousse 2015.

Détention : état d'une personne emprisonnée, d'après le Larousse 2015.

Détenu : personne incarcérée par l'ordre de l'autorité judiciaire, d'après le Larousse 2015.

Hôpital pénitentiaire : Établissement pénitentiaire clos, aménagé pour recevoir des individus condamnés par les tribunaux à une peine les privant de liberté ou des prévenus en instance de jugement (centre national de ressource textuelle et lexical)

Incarcération : état d'une personne mise sous écrous, d'après le Larousse 2015.

Législation : Ensemble des lois d'un pays, dans un domaine déterminé, d'après le Larousse 2015.

Maison d'arrêt : prison destinée à recevoir les personnes mises en examen, prévenus et accusés soumis à la détention provisoire et, dans un quartier distinct, les condamnés à une peine de moins d'un an, d'après le Larousse en ligne.

Prévenu : Qui est cité devant un tribunal pour répondre d'un délit, d'après le Larousse 2015.

Réadaptation : La réadaptation constitue l'ensemble des mesures ayant pour objet de rendre au malade ses capacités antérieures et d'améliorer sa condition physique et mentale, lui permettant d'occuper par ses moyens propres une place aussi normale que possible dans la société, d'après l'OMS.

Rééducation : Techniques qui visent à aider l'individu à réduire les déficiences et les incapacités d'un patient, d'après l'OMS.

STAFF : réunion d'équipe.

UCSA : L'unité de consultation et de soins ambulatoires est un service hospitalier dédié à la prise en charge des détenus au sein des maisons d'arrêt et des centres pénitentiaires, d'après le ministère de la justice en mai 2016.

UHSI : L'unité hospitalière sécurisée interrégionale est une véritable structure hospitalière. Les UHSI reçoivent les détenus souffrant de pathologies somatiques (non psychiatriques) pour des séjours de durée moyenne, supérieure à 48 heures. L'hôpital de proximité reste compétent dans les autres cas. Placée sous l'autorité d'un médecin hospitalier, l'UHSI fonctionne grâce à la coopération des personnels pénitentiaires, des personnels hospitaliers, des policiers et des gendarmes, d'après le ministère de la justice en mai 2016.

ANNEXE II : RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS DE L'ERGOTHÉRAPEUTE

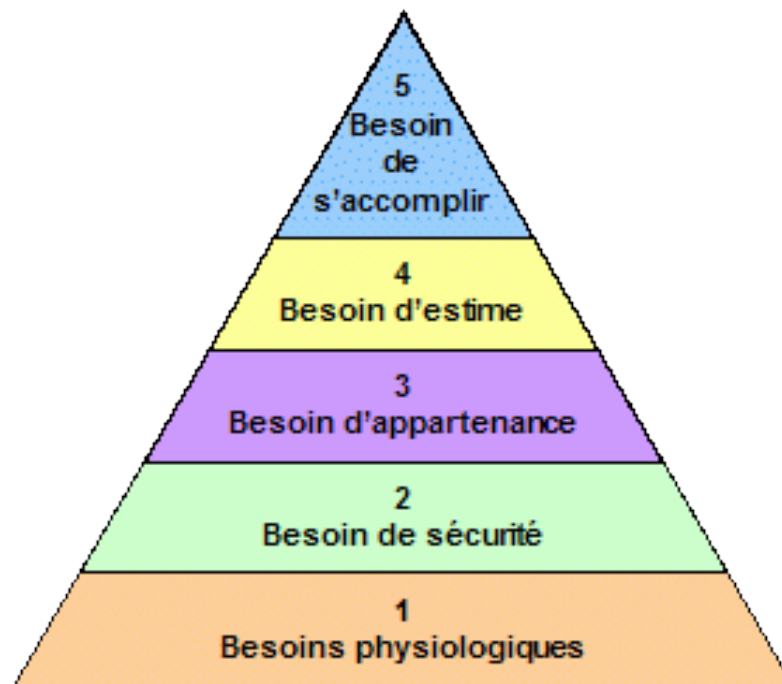
Référentiel d'activités d'après l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au métier d'ergothérapeute :

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé. L'ergothérapie s'exerce dans les secteurs sanitaire et social et se fonde sur le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement. L'activité s'entend selon la définition du terme anglo-saxon « occupation » (1) : « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société ». Elles comprennent notamment les soins personnels, le travail et les loisirs. L'ergothérapie intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif ou social. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. Il collabore avec la personne et son entourage, l'équipe médicale et paramédicale, les intervenants dans le champ social, économique et éducatif afin d'établir des projets d'intervention pertinents. L'ergothérapeute agit sur prescription médicale lorsque la nature des activités qu'il conduit l'exige. L'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie en proposant un cadre d'intervention repéré dans le temps et dans l'espace. Il s'attache à recevoir le consentement éclairé du bénéficiaire de son intervention. L'ergothérapeute évalue les intégrités, les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation des personnes ou des groupes de personnes, en prenant en compte les âges, les données pathologiques, les environnements humains et matériels, et les habitudes de vie. Il élabore ainsi un diagnostic ergothérapique. L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. Ces activités, qu'elles soient à visée de soins personnels, de productivité ou de loisirs, favorisent l'entretien et l'amélioration des

fonctions, et réduisent les limitations fonctionnelles. Elles développent les capacités résiduelles, sollicitent les ressources d'adaptation et d'évolution et ainsi permettent aux personnes de conserver ou développer leur potentiel physique, cognitif, sensoriel, psychique et relationnel, d'indépendance et d'autonomie. »

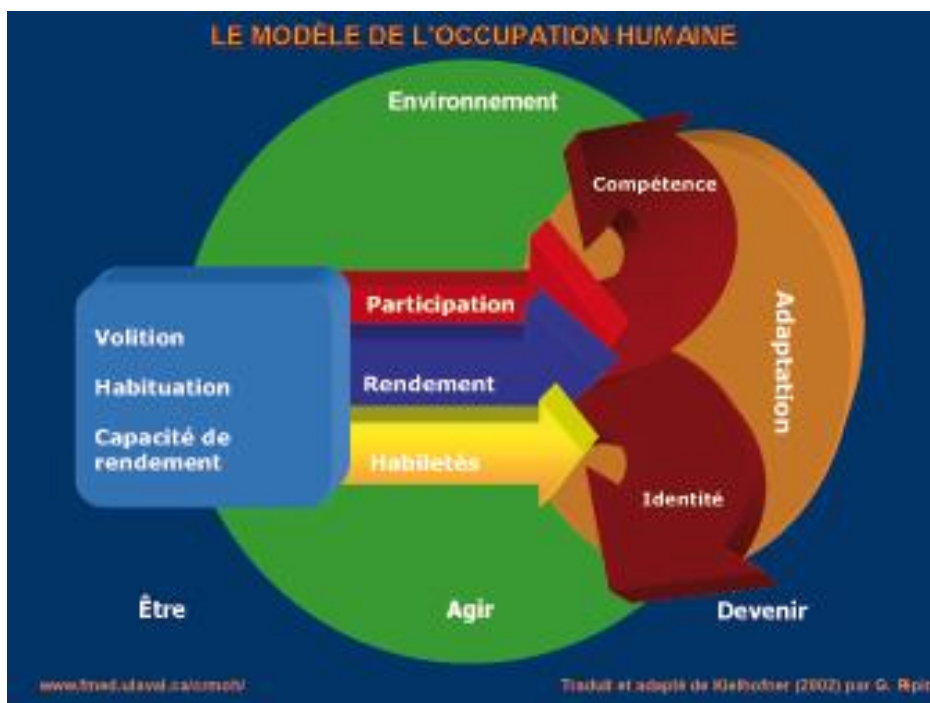
ANNEXE III : PYRAMIDE DES BESOINS DE MASLOW

La pyramide des besoins fondamentaux de l'être humain selon A. Maslow (1970) :



ANNEXE IV : MOHO

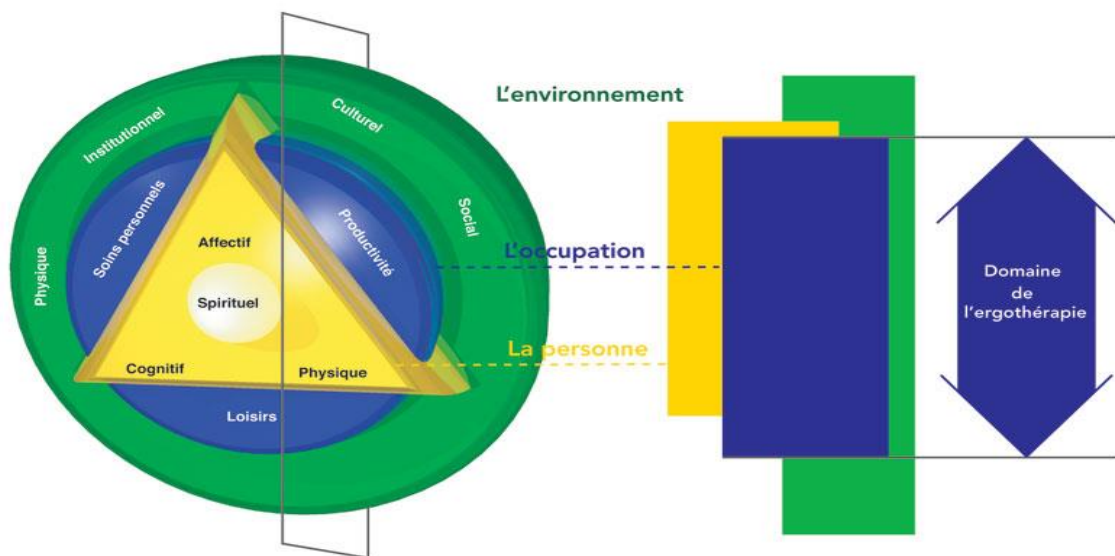
Schéma de représentation du Modèle de l'occupation Humaine de Gary Kielhofner



ANNEXE V : MCREO

Schéma représentatif du modèle canadien du rendement et de l'engagement occupational

Figure 1.3 Le MCRO-P¹ : Spécifier notre principal domaine



A¹ : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

ANNEXE VI : PROTOCOLE D'ENTRETIEN

Bonjour, actuellement en troisième année de formation au diplôme d'Etat d'ergothérapie à l'institut de formation de la Musse à Saint Sébastien de Morsent dans le département de l'Eure, je réalise un mémoire d'initiation à la recherche sur : la motivation du patient en SSR pénitentiaire ». Afin de répondre à la problématique suivante : **En hôpital pénitentier, le cadre législatif influence-t-il la motivation du patient dans son processus de rééducation en ergothérapie ?** je réalise des entretiens avec des ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant actuellement dans ce type de structure.

L'entretien durera environ 40 minutes et sera enregistré. Je vais tout d'abord vous poser des questions de présentation personnelle. Ensuite nous évoquerons les modalités de prises en soins et les prises en soins ergothérapeutiques spécifiquement. Puis, nous parlerons du positionnement du détenu par rapport au soin et de l'attitude adopté par l'ergothérapeute. Enfin, les dernières questions porteront sur la motivation du patient.

Vous êtes libre de ne pas répondre à des questions. Les résultats resteront anonymes.

Merci du temps que vous me consacrez.

1- Présentation :

- a) Quel âge avez-vous ?
- b) Depuis quand êtes-vous diplômée ?
- c) Depuis combien de temps exercez-vous la profession d'ergothérapeute ?
Quand avez-vous commencé à exercer en SSR pénitentiaire ?
- d) Avez-vous déjà exercé dans un autre type de structure ? Si oui, quel type de structure ?

2- Modalité de prise en soins.

- a) Quelles sont les pathologies principalement rencontrées ? Pouvez-vous les classer par ordre d'importance si ordre il y a ?
- b) Pouvez-vous me parler des modalités générales d'admission en SSR pénitentier ?
- c) Que pouvez-vous me dire sur les modalités de prise en soins en ergothérapie en SSR pénitentier ?

3- Les prises en soins.

- a) Pouvez-vous m'expliquer, si différence il y a, ce qui selon vous change dans la mise en place du cadre thérapeutique par rapport à un milieu de prise en soins ordinaire ?
- b) Que pouvez-vous me dire sur les spécificités de la prise en soins en ergothérapie en SSR pénitencier ?
- c) Quelles sont selon-vous les limites de la prise en soin ergothérapique en SSR pénitencier ?
- d) Dans votre prise en soins, vous sentez-vous aidé par le cadre législatif de la structure ? Quels avantages pouvez-vous faire ressortir ?

4- Le positionnement du patient et de l'ergothérapeute dans les soins.

- a) Comment pensez-vous que votre patient se positionne par rapport à votre rôle de soignant ?
- b) Quelles connaissances avez-vous du dossier détenu ?
- c) Connaissez-vous le projet de sortie envisagé pour le patient ?
- d) Pouvez-vous me parler de votre ressenti personnel par rapport à votre rôle de soignant en SSR pénitencier ?

e) La motivation.

- a) Que pouvez-vous me dire de la motivation de vos patients dans les soins par rapport à une structure ordinaire ?
- b) Si vous aviez un modèle à utiliser dans la structure, quel serait ce modèle ?

Structure pénitentiaire et service de soins de suite et de réadaptation : En quoi, le cadre législatif peut-il influencer la prise en charge du patient en ergothérapie ?

LEFEVRE Emma

Mots-clefs : ergothérapie – rééducation – milieu pénitentiaire – motivation - cadre législatif
– cadre thérapeutique – identité.

Résumé :

Le processus de rééducation en ergothérapie est influencé par la force de motivation de la personne hospitalisée. Toutefois, lorsque les soins s'effectuent dans un contexte pénitentiaire, l'implication de la personne par rapport à ceux-ci peut être différents, puisque son identité s'en voit modifiée.

Ce travail d'initiation à la recherche porte sur l'influence que pourrait avoir le contexte structurel et environnemental lié à l'aspect sécuritaire de la prison sur la prise en soins.

Des entretiens avec des ergothérapeutes ayant travaillé ou travaillant actuellement en milieu pénitentiaire ont permis de mettre en avant l'influence que pouvait avoir le cadre législatif sur les soins ergothérapeutiques.

La vérification significative des deux hypothèses proposées nécessite la mise en place d'une étude sur le ressenti du patient-détenu plus importante en termes de durée et du nombre de personnes interrogées.

Keywords : occupational therapy – rehabilitation – prison - motivation – legislative framework – therapeutic setting – identity.

Abstract :

The occupational therapy rehabilitation process is influenced by the strength of motivation of the hospitalized person. However, where the treatment is carried out in a prison context, the involvement of the person in relation to these can be different, since his identity changes.

This work of introduction to research focuses on the influence that could have the structural and environmental context linked to the security aspect of the prison on care.

Interviews with therapists who worked or working currently in prison helped to highlight the influence that could have the legislative framework on occupational therapy care.

The significant audit of the two hypotheses proposed requires the up of a study on the feeling of the prisoner-patient largest in terms of duration and number of respondents.