



Association pour le Développement, l'Enseignement et la  
Recherche en Ergothérapie

Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

## **La médiation en ergothérapie : un support de rêverie ?**

*Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'UE 6.5.*

*S6 : Evaluation de la pratique professionnelle*

Sous la direction de Madame Fabienne Lascaux

**RAVARI Kimia**

Session juin 2016

**Note aux lecteurs :** « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné* ».

## **Remerciements**

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je souhaite remercier ma Maître de Mémoire, Mme Fabienne Lascaux, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien tout au long de ce travail.

Je remercie également Séverine G., pour son aide précieuse lors de diverses étapes de cet écrit.

Mes remerciements vont aussi aux cinq patients qui ont bien voulu répondre à mes questions, malgré le contexte de passation et leur difficulté avec la langue française pour certains.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenu lors de ces derniers mois et qui ont participé, de près ou de loin, à l'aboutissement de ce mémoire d'initiation à la recherche.

# **Table des matières**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>LE CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>3</b>
1. LES SOINS PSYCHIATRIQUES : UNE NECESSITE DANS LES PRISONS EN FRANCE .....	3
1.1. <i>Quelques données sur les prisons françaises</i> .....	3
1.2. <i>Les soins en milieu carcéral en France</i> .....	6
1.3. <i>La psychiatrie en milieu carcéral</i> .....	11
2. LA REVERIE : UN SOUTIEN CONTRE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	14
2.1. <i>Qu'est-ce que la souffrance psychique ?</i> .....	14
2.2. <i>La rêverie : une défense contre la souffrance psychique</i> .....	17
2.3. <i>Le développement psychique selon Winnicott</i> .....	20
3. LA MEDIATION EN ERGOTHERAPIE : UN SUPPORT DE REVERIE ? .....	24
3.1. <i>L'ergothérapie : une définition</i> .....	24
3.2. <i>L'atelier d'ergothérapie comme espace potentiel</i> .....	26
3.3. <i>L'ergothérapie comme lieu d'échappatoire</i> .....	31
<b>METHODOLOGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>35</b>
1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE .....	35
1.1. <i>Le choix de l'outil d'enquête</i> .....	35
1.2. <i>Elaboration de l'outil</i> .....	35
1.3. <i>Choix de la population</i> .....	38
1.4. <i>Réalisation des entretiens</i> .....	39
1.5. <i>Les limites de cette enquête</i> .....	40
2. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS .....	40
2.1. <i>Analyse des résultats</i> .....	40
2.2. <i>Discussion</i> .....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>II</b>

## **Abréviations**

OIP : Observatoire International des Prisons

SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPMP : Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD : Unité pour Malades Difficiles

## Introduction

Dès le début de mes études à l'Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie (A.D.E.R.E.), je me suis interrogée sur la question de l'accompagnement des personnes en prison. Les détenus peuvent souffrir des mêmes maladies que la population « extérieure » mais leurs conditions de vie sont bien différentes. De ce fait, comment peut-on leur procurer la même qualité de soins qu'à toute autre personne ?

Ma première confrontation à ce sujet était dans le cadre de l'enseignement en sociologie, lors d'une analyse de l'article « Proximité avec le corps malade des détenus. La participation des prisonniers aux soins » de M. Bessin et M.-H. Lechien (2004). Cet écrit cherche à comprendre comment le corps et la dépendance sont considérés en prison et soulève une question importante : *à qui revient la charge de s'occuper des détenus handicapés et dépendants ?* Ces derniers, de par la surpopulation carcérale et par le vieillissement de cette population, sont de plus en plus nombreux. Or, même si la santé est mieux prise en charge dans le milieu carcéral depuis le changement de loi en 1994<sup>1</sup>, l'augmentation du handicap et de la dépendance des détenus n'a pas été prise en compte. En s'appuyant sur des écrits et sur la réalisation d'entretiens, Bessin et Lechien développent l'idée d'une délégation de l'accompagnement des détenus dépendants entre les différents professionnels du milieu pénitentiaire (des surveillants pénitentiaires aux infirmières). Chaque profession, ayant déjà une surcharge de travail importante, considérerait que ce n'est pas leur rôle d'accompagner ces détenus. De même, bien qu'il existe une entraide entre détenus, les aidants ne la verrait que comme une solution temporaire car ce n'est pas à eux d'épauler ceux qui sont dans le besoin. C'est par la lecture de cet article que je me suis posée la question de la pertinence de l'ergothérapie dans le milieu pénitentiaire.

---

<sup>1</sup> Les deux grandes mesures de la loi de 1994 sont : le principe du bénéfice de la protection sociale pour tous les détenus dès leur incarcération et le transfert de l'organisation et de la mise en œuvre du dispositif de soins en prison de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. En conséquence à cette loi, il y a eu une amélioration de l'offre de soins : rénovation des locaux hospitaliers afin de répondre au mieux aux normes hospitalières, création d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), réalisation systématique d'examen médicaux pour chaque nouvel arrivant, ou encore la simplification de l'accès aux médecins généralistes et aux nouvelles technologies médicales (examens, radios, opérations...). (Bessin M. et Lechien M.-H., 2004)

Après quelques recherches et lectures supplémentaires sur le sujet du soin en milieu carcéral, je me suis demandée dans quelle mesure les ateliers d'ergothérapie en centre pénitentiaire permettent aux détenus en situation de handicap d'améliorer leur indépendance et leur autonomie dans un lieu qui restreint leur capacité à agir.

De cette question plutôt vaste et générale, j'ai ciblé ma recherche autour des troubles psychiatriques. Par des lectures et des entretiens avec des ergothérapeutes ayant travaillé en milieu carcéral, j'ai pu me rendre compte que la souffrance psychique prenait une place importante au sein d'une population carcérale présentant initialement des troubles psychiques.

C'est pour cela que je vais chercher à comprendre, dans ce mémoire, **en quoi la médiation en ergothérapie en milieu carcéral contribue-t-elle à diminuer la souffrance psychique liée à l'incarcération des détenus suivis en psychiatrie.**

Je présenterai dans un premier temps le cadre conceptuel de ma recherche. J'aborderai d'abord la nécessité des soins psychiatriques en milieu carcéral. Je développerai ensuite la notion de la rêverie comme soutien contre la souffrance psychique. La dernière partie du cadre conceptuel se concentrera sur la médiation en ergothérapie comme support de rêverie.

La deuxième partie de ce travail de recherche comportera l'étude que j'ai réalisée pour répondre à ma question de recherche et pour valider ou non mon hypothèse. Je développerai tout d'abord la méthodologie utilisée pour concevoir mon support d'étude puis je présenterai les résultats de mon enquête avant de les analyser.

## **Le cadre conceptuel**

### **1. Les soins psychiatriques : une nécessité dans les prisons en France**

#### *1.1. Quelques données sur les prisons françaises*

##### 1.1.1. Qu'est-ce que la peine de prison ?

Dans tous types de sociétés, il existe un système pour punir les personnes perturbatrices de l'ordre. En France, comme dans la plupart des pays occidentaux, la prison fait partie intégrante de ce système. D'après Combessie (2009), la prison, ou le milieu carcéral, est un lieu d'enfermement. Il explique que l'enfermement est un dispositif présent dans la quasi-totalité des sociétés humaines mais que la peine de prison, elle, est plus récente.

Durant l'Antiquité, les individus étaient enfermés dans l'attente de leur condamnation, dont la sentence pouvait aller du bannissement jusqu'au supplice. A partir de la fin du XVIIIe siècle, des bouleversements économiques et politiques dans le monde occidental ont lieu en même temps qu'une réflexion plus profonde sur la place de l'individu dans la société. Avec le développement de la pensée des philosophes humanistes pendant la période des Lumières, la souffrance des châtiments corporels devient inacceptable. On limitera donc la condamnation à mort à un nombre réduit de crimes et une mise à mort moins cruelle sera instaurée avec la création de la guillotine. Il fallait également envisager une alternative plus pratique, souple et moins traumatisante aux supplices. C'est ainsi que la peine par l'enfermement a été mise en place et que le terme « peine de prison » est apparu à titre de sanction judiciaire. (Combessie, 2009)

##### 1.1.2. Un état des lieux des prisons françaises

Les peines d'emprisonnement se font dans des lieux spécifiques : les établissements pénitentiaires. L'OIP (2004) explique que ces structures se répartissent en cinq catégories : les maisons d'arrêt, les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les centres pour peines aménagées. En France, on peut recenser 188 établissements pénitentiaires (Ministère de la Justice, 2016). Toutes ces structures sont très hétérogènes, que cela soit du point de vue de l'architecture, de la dimension de leurs locaux ou de leur vétusté (OIP, 2004). Les conditions de détention varient donc d'un établissement à un autre.

Les établissements pour peine sont des structures destinées aux personnes condamnées à purger une peine de privation de liberté (OIP, 2004). Alors que les centres de



détention accueillent des personnes condamnées pour 1 à 5 ans de prison, les maisons centrales abritent des détenus incarcérés pour plus de 5 ans. Les centres pénitentiaires, quant à eux, sont des établissements comportant au moins deux régimes de détention différents (maison d'arrêt d'une part, et centre de détention ou maison centrale d'autre part). (Barbier, Demontès, Lecerf et Michel., 2010)

Les maisons d'arrêt sont les structures pénitentiaires les plus connues et les plus nombreuses en France. Ce sont des établissements d'attente de jugement prévus pour les prévenus<sup>2</sup> avant leur procès. Pourtant si la personne est déclarée coupable à la fin du procès, le temps passé en maison d'arrêt sera automatiquement transformé en temps de peine en raison de la pénibilité du séjour. En plus des prévenus, les maisons d'arrêt abritent des condamnés dont la peine est inférieure à un an ou à qui il reste moins d'un an de peine suite à la différence entre leur peine de jugement et leur temps en préventive. Ce sont les structures pénitentiaires les plus peuplées, accueillant au 1<sup>er</sup> janvier 2009 plus des deux tiers des détenus de France. (Combessie, 2009)

D'après les statistiques du Ministère de la Justice au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les prisons françaises sont surchargées avec 76 601 personnes sous écrou<sup>3</sup> dont 66 678 incarcérées<sup>4</sup>. Le rapport met en évidence que 118 établissements ou quartiers pénitentiaires ont une densité supérieure ou égale à 100%, dont 4 supérieure ou égale à 200%. Le surnombre de détenus est passé de 9 280 en 2010 à 12 964 au 1<sup>er</sup> janvier 2016, ce qui implique une augmentation de 39,6% en 6 ans avec un taux de densité carcéral général de 114%.

Ce fort taux de densité carcérale serait une des raisons des critiques actuelles des conditions de vie en prison. Dans un rapport au gouvernement de la République française,

---

<sup>2</sup> Les prévenus sont des personnes en détention provisoire, qui sont en attente de leur condamnation définitive. (OIP, 2004)

<sup>3</sup> « Personne placée sous écrou en raison d'une mesure judiciaire (titre de détention), hébergée ou non dans un établissement pénitentiaire. L'écrou est l'acte par lequel est établie la prise en charge par l'administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté. » (Chemlal K., Echard-Bezault P. et Deutsch P., 2014, p.222)

<sup>4</sup> Une personne détenue ou incarcérée est une « personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire. La personne détenue ou incarcérée est hébergée de façon continue (à temps complet) ou discontinue (à temps incomplet) au sein d'un établissement pénitentiaire ». (Chemlal K. et al., 2014, p.222)

le Comité européen pour la prévention de la torture écrit que ce surpeuplement des maisons d'arrêt françaises « entravait le fonctionnement de tous les secteurs d'activités de ces établissements et avait mis en péril tant la qualité de vie des détenus que les conditions de travail du personnel » (OIP, 2004, p. 125). L'Etat cherche à endiguer cette surpopulation par la création de nouveaux établissements pénitentiaires correspondants aux normes actuelles de sécurité et d'hygiène. Cette recherche d'amélioration de conditions de vie des détenus est une notion présente depuis la création des prisons.

### 1.1.3. Une évolution du sens de la peine

Combessie (2009) explique qu'au départ, la pénibilité de la vie en détention était justifiée par le concept de l'expiation. La peine avait pour objectif de traiter le mal par le mal : la personne condamnée devait souffrir à la hauteur de l'acte qu'elle avait commis. Mais aujourd'hui, l'objectif de la peine a changé avec l'intégration de la théorie justificative de la réadaptation. Cette logique est tournée vers l'avenir : la peine vise à aider le coupable, en l'éduquant ou le formant, pour lui permettre ensuite de se « réinsérer » dans la société afin de réduire la probabilité qu'il ne commette une nouvelle infraction. La prison garderait son rôle de punir la personne pour le délit qu'elle a commis, de protéger la société en empêchant ses nuisances pendant un temps donné, tout en cherchant à aider la personne condamnée pour qu'elle ne transgresse pas de nouveau la loi.

Ceci permet de mettre en avant une véritable volonté de la part de la société d'améliorer les conditions de détention. La pénibilité de l'incarcération n'est donc pas une volonté manifeste. Pourtant, en raison du fort taux de densité carcérale et de locaux parfois très vétustes, la réalité n'atteint pas toujours ce qui est attendu. Des études ont été réalisées à la demande du gouvernement pour permettre de faire l'état des lieux de la situation carcérale et fixer des axes d'amélioration. J'ai fait le choix de me baser sur des sources gouvernementales qui présentent ces différentes études pour illustrer mon travail.

Cette préoccupation autour des conditions d'emprisonnement ne se cantonne pas uniquement à la justification de la peine, mais s'étend également aux conditions de vie des personnes détenues, notamment à leur droit à l'accessibilité des soins en prison.

## *1.2. Les soins en milieu carcéral en France*

### 1.2.1. L'instauration des soins en milieu carcéral

D'après Bertaud (2009), la première notion de soins aux détenus en France apparaît dans la Réforme du Code Pénal de 1810, avec la création des sœurs de la Charité par St Vincent de Paul, qui visitent les prisonniers malades. Ce n'est qu'à ce moment, qu'une ordonnance impose le maintien de la santé des détenus. La présence d'infirmières au sein même des prisons devient quant à elle obligatoire en 1819.

La prochaine grande évolution des soins en milieu carcéral a lieu avec la création de la Charte des Nations Unies de 1945 et la Déclaration des Droits de l'Homme de 1948. Ces deux textes sont à la base de la législation d'aujourd'hui. C'est à partir de règles énoncées dans ces documents et reprises par la législation européenne que se sont établies les règles pénitentiaires et l'organisation des soins en milieu pénitentiaire. (Bertaud, 2009)

En 1993, suite à un rapport du Haut Comité de la Santé Publique révélant une grande quantité de pathologies lourdes en prison, une nouvelle réflexion se fait autour du soin en milieu carcéral. C'est alors que se met en place la loi du 18 janvier 1994 n°94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale<sup>5</sup> (Bertaud, 2009). L'objectif était de permettre aux détenus de bénéficier des mêmes offres, qualité et suivi de soins que des personnes extérieures, tout en tenant compte des restrictions relatives à leurs conditions (OIP, 2004).

Les soins psychiatriques s'implantent au sein même des structures pénitentiaires à partir de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. C'est presque cent ans plus tard, en 1977, que l'organisation d'aujourd'hui est mise en place, avec l'apparition des Centres Médico-Psychologiques Régionaux, appelés depuis 1986 les Services Médico-Psychologiques Régionaux. (Barbier et al., 2010)

### 1.2.2. L'organisation des soins en milieu carcéral

Il existe plusieurs unités de soins dans les établissements pénitentiaires, permettant de répondre de la manière la plus adaptée et la plus rapide aux besoins des personnes détenues.

---

<sup>5</sup> Présentée en note de bas de page n°1 page 1.

Pour la médecine générale, chaque établissement pénitentiaire présente une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA). Elle doit pouvoir assurer les prestations relevant de la médecine générale, les soins dentaires et certaines consultations spécialisées. Si la personne détenue nécessite des soins qui ne peuvent être assurés au sein de l'UCSA, ces soins seront alors administrés au sein d'une structure extérieure, telle que l'hôpital dont dépend l'UCSA ou les Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI). (OIP, 2004)

Les soins en psychiatrie, quant à eux, ont été confiés dès 1986 au service public hospitalier, avec le décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Ainsi, des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP), ont été créés dans chaque région pénitentiaire. L'un des services principaux du SPMP est le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). Ces services de consultations sont implantés dans l'enceinte des maisons d'arrêt ou des centres pénitentiaires. Leurs missions principales sont de « recevoir systématiquement toutes les personnes arrivant dans l'établissement pénitentiaire d'implantation [pour dépister des troubles psychiques], assurer le suivi au cours de l'incarcération et préparer la mise en place du suivi post-pénal » (Barbier et al., 2010, p.44). Pour répondre à ces missions, l'équipe pluridisciplinaire du SMPR - composée de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'ergothérapeutes, d'assistants sociaux et de travailleurs éducatifs – met en place des actions de prévention, de diagnostic et de soins. Ces prestations sont à la fois à destination des personnes incarcérées dans l'établissement où les SMPR sont implantés, mais aussi des détenus en provenance des établissements pénitentiaires relevant de leur secteur. (Barbier et al., 2010).

Bien que les patients soient hébergés dans des cellules au sein des SMPR, la prise en charge est principalement assurée de jour. Seules deux structures (Fresnes en région parisienne et les Baumettes à Marseille) disposent d'une présence paramédicale nocturne. En raison de cette absence de soins continus ainsi que de l'obligation de consentement des détenus suivis en SMPR, certaines personnes ne peuvent rester au sein de la détention. En cas de crise ou de nécessité d'une prise en charge thérapeutique intensive, la seule solution est l'hospitalisation en établissement psychiatrique extérieur. (Barbier et al., 2010)

Il existe plusieurs structures pour accueillir des personnes détenues en hospitalisation complète : les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), les établissements de

santé autorisés en psychiatrie dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du code pénal<sup>6</sup> (dans l'attente de la finalisation du programme UHSA) et les Unités pour Malades Difficiles (UMD) (Chemlal K., Echard-Bezault P. et Deutsch P., 2014).

Les UHSA sont des unités hospitalières en psychiatrie implantées dans un établissement de santé sécurisé par l'administration pénitentiaire. Bien qu'en dehors de l'unité de soins, cette dernière contrôle les transferts, les entrées et les sorties. (Chemlal et al., 2014). Prévues par la loi d'orientation et de programmation de la justice du 9 septembre 2002, l'objectif des UHSA est de permettre aux détenus de « bénéficier d'une prise en charge réellement équivalente à celle qui prévaut en dehors du milieu carcéral » (Barbier et al., 2010, p.55).

L'ensemble des UHSA n'étant pas encore construit, certaines hospitalisations doivent obligatoirement s'effectuer en Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SDRE) pour que les détenus puissent être accueillis dans l'hôpital psychiatrique référant le plus proche ou en UMD. Si le régime de SDRE est levé pour un patient détenu, alors il sera de nouveau remis à la disposition de la justice.

Pourtant, comme l'expliquent Barbier et al. (2010), bien que la prise en charge médicale ait progressée depuis la loi du 18 janvier 1994, la prison ne peut pas être considérée comme un lieu de soin.

### 1.2.3. La prison : des conditions non propices aux soins

La prison peut être vécue d'une façon différente pour chaque personne. Pour certains, les règles au sein du milieu carcéral peuvent présenter un caractère structurant. Mais pour d'autres, ce lieu serait source de contraintes et de renforcement d'un sentiment d'insécurité. Bien que contradictoires, ces deux aspects ne s'annulent pas. Au contraire, ils sont tous deux possibles, selon les détenus, les périodes et les conditions de détention. Dans ma recherche,

---

<sup>6</sup> « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. » (Legifrance, 2016).

j'ai choisi d'étudier le deuxième aspect afin d'expliciter des facteurs internes au milieu carcéral qui majoreraient la souffrance psychique de personnes déjà atteintes de pathologies psychiatriques.

Selon l'étude épidémiologique des troubles psychiatriques chez les détenus en prison de F. Rouillon *et alii* (dans Guignard L. et Guillemain H., 2008) réalisée en 2004<sup>7</sup>, près de 25% de la population carcérale serait atteinte de troubles mentaux. Ces statistiques ont pu être effectuées en raison d'une visite médicale d'entrée. D'après l'OIP (2004), cette première visite médicale a lieu dans les plus brefs délais suite à l'écrou afin de déceler les risques suicidaires ou des affections contagieuses évolutives qui nécessiteraient des mesures d'isolement ou des soins urgents. D'après une étude<sup>8</sup> de la Direction de recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) réalisée en 2001, il a été mis en évidence par ces visites d'entrée qu'au moins un trouble psychique de gravité plus ou moins important était repéré chez 55% des entrants. Un suivi psychiatrique serait préconisé pour ce même pourcentage d'entrants (Barbier et al., 2010). Il y aurait donc entre un quart et la moitié de la population entrante en milieu pénitentiaire qui serait en souffrance psychique et qui nécessiterait des soins adaptés.

Or, si une personne n'est pas dirigée vers les structures de soins suite à cette évaluation initiale, elle peut rencontrer des difficultés à y avoir accès ultérieurement. En effet, pour être vu en consultation, le détenu doit en rédiger la demande dans une lettre à l'attention du personnel infirmier. Ceci suppose que la personne ait repéré ses troubles et son besoin de soins. Or, cela n'est pas toujours évident, surtout pour des personnes en nécessité de soins psychiatriques. La difficulté de l'accès aux soins est parfois renforcée par le fait que tous les détenus ne savent pas écrire. Certains doivent demander de l'aide auprès d'un codétenu ou d'un surveillant pénitentiaire pour rédiger leur lettre et ensuite la transmettre auprès du personnel soignant. Le détenu doit donc accepter de révéler ce besoin de soins à une tierce personne en qui il n'a pas forcément confiance. L'accès aux soins peut donc être

---

<sup>7</sup> Enquête réalisée dans une vingtaine de prisons, par un comité scientifique piloté par les Ministères de la Santé et de la Justice, avec l'intervention de professionnels de santé et pénitentiaires

<sup>8</sup> Etude sur la santé mentale des détenus concernant l'ensemble des entrants pour le mois de juin 2001 dans les établissements dotés d'un SMPR et l'ensemble des patients suivis par les SMPR au cours de ce même mois.

un enjeu de relations dominant-dominé, que cela soit entre détenus ou entre le demandeur de soins et l'agent pénitentiaire servant d'intermédiaire avec l'équipe médicale. (OIP, 2004).

Une autre source de difficultés pour un déroulement optimal des soins se situe dans le fonctionnement des SMPR. L'absence de personnel d'entretien, l'hygiène défectueuse, et l'absence d'infirmiers la nuit ne permettent pas de distinguer les cellules de détention des chambres d'hospitalisation. D'après une étude sur le recours aux soins des détenus en 2003, cette non-distinction peut poser problème lors d'une prise en charge médicale (Barbier et al., 2010). Un exemple de ceci serait la promiscuité forcée. En détention comme au sein des SMPR, une cellule est une pièce de 9m<sup>2</sup> partagée entre deux voire trois personnes. Ces personnes doivent donc cohabiter de façon continue, avec les temps de soins comme seuls moments de séparation. Cette cohabitation quasi permanente peut être source de tensions et de violences et ainsi entraîner des conséquences négatives sur l'état psychique d'une personne déjà en situation de souffrance.

Une autre défaillance serait le délai d'attente pour des soins spécialisés, des hospitalisations ou encore des problèmes d'escorte pour des consultations en extérieur. De nombreuses consultations en milieu hospitalier sont annulées faute de personnel pour assurer ces escortes. Certains détenus voient donc passer plusieurs rendez-vous avant de pouvoir être soignés en extérieur, ce qui rallonge leur délai de souffrance. (OIP, 2004)

Avant même la difficulté de l'accès aux soins en détention, il est possible que les conditions de vie en milieu pénitentiaire aient des conséquences sur la santé des détenus. Chemlal et al. (2014) expliquent que, bien que les conséquences de l'incarcération sur la santé des personnes enfermées n'aient pas encore fait l'objet d'études spécifiques en France, il est toutefois reconnu qu'elles peuvent provoquer l'aggravation voire la réactivation de certaines affections telles que les maladies transmissibles, les troubles mentaux ou encore l'utilisation de produits psychoactifs. Les causes possibles seraient la promiscuité, les conditions d'hygiène, l'isolement affectif, les conditions d'hébergement, la surpopulation carcérale ou encore l'inactivité. Plusieurs prisons françaises (telles que les Baumettes à Marseille ou Nouméa en Nouvelle-Calédonie) ont été dénoncées pour insalubrité par le contrôleur général des lieux de privations de liberté (Fondation Après-Tout, 2016). Ces caractéristiques, propres à l'incarcération, vont générer de la violence homo- ou hétéro-agressive entraînant des conséquences à la fois sur la santé physique et sur la santé mentale.

Une autre cause de souffrance psychique est la promiscuité forcée par la surpopulation carcérale. Les personnes détenues, déjà privées de leur liberté en raison de leur peine, sont privées d'un espace personnel minimum. Comme mentionné précédemment, elles doivent partager une cellule de 9m<sup>2</sup> avec une voire deux personnes, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette promiscuité forcée peut avoir un effet négatif sur l'espace psychique interne de la personne ayant déjà une représentation intérieure défailante.

Suite à ces diverses observations, on peut s'apercevoir qu'il y a une opposition entre l'avancée de la pratique médicale en milieu carcéral et les contraintes liées au système pénitentiaire qui entraîneraient des souffrances psychiques. Une conséquence extrême de ces souffrances psychiques est le taux important de mortalité par suicide chez la population carcérale. Chemlal et al. (2014) mettent en avant que la mortalité par suicide est sept fois plus élevée en milieu carcéral qu'en population générale masculine (pour des hommes âgés entre 15 et 59 ans). Ce fort taux de mortalité par suicide peut être rapproché du fait qu'une part de la population des détenus souffrirait d'anxiété et de dépression : 17,9% des détenus se trouveraient dans un état dépressif majeur et 12% souffriraient d'anxiété généralisée. Cette fragilité expliquerait le besoin de structures de soins psychiatriques en milieu carcéral.

### *1.3. La psychiatrie en milieu carcéral*

#### *1.3.1. Une population en nécessité de soins psychiatriques*

Il est important de ne pas confondre dangerosité et maladie mentale. D'après Barbier et al. (2010), des données disponibles pour les pays industrialisés démontrent que les personnes présentant des troubles mentaux graves seraient responsables de moins d'un homicide sur vingt. On peut donc en déduire que les personnes atteintes de maladies mentales ne seraient pas les plus violentes. Au contraire, d'après Jean-Louis Senon (cité dans Barbier et al., 2010), professeur de médecine à l'université de Poitiers, une personne souffrant de maladie mentale à 17 fois plus de risque que la moyenne d'être victime de violence. Toute personne dangereuse n'est donc pas atteinte de troubles mentaux, et réciproquement.

Pourtant, une étude réalisée en 2003 par la Drees met en évidence que le recours des détenus aux soins psychiatriques était dix fois supérieur à celui observé en population générale. Bien qu'un pourcentage élevé de détenus serait en état de souffrance psychique, cette dernière ne relèverait pas nécessairement d'un état pathologique. De plus, la forte



différence entre population carcérale et population générale ne serait pas uniquement due à l'état initial de personnes entrant en milieu carcéral. En effet, d'après Annie Kensey, chef du bureau des études et de la prospective à la direction de l'administration pénitentiaire, ce taux important de nécessité de soins psychiatriques par les détenus pourrait en partie s'expliquer par des facteurs qui tendent de l'incarcération elle-même. Elle cite notamment des facteurs énoncés plus haut tels que l'isolement affectif ou encore la promiscuité. (Barbier et al., 2010).

Face aux résultats des différentes études utilisées pour la rédaction du rapport d'information du sénat, Barbier et al. (2010) observent que, parmi cette importante population de détenus nécessitant des soins psychiatriques, la majorité présente des symptômes qui s'atténueront par un suivi particulier. Par contre, il existe une prévalence de troubles mentaux graves plus importante que pour la population générale. Un exemple serait la schizophrénie, touchant 8% des personnes en prison contre 1% de la population générale. Or, pour ces personnes souffrant de troubles mentaux graves, tels que les psychoses, la peine n'a pas de sens. Pour expliquer ceci, ils citent un extrait de l'ouvrage *les jardiniers de la folie* écrit par E. Zarifian en 2000. Cet auteur distingue la psychose de la névrose par la présence d'une activité délirante que les personnes psychotiques vivent comme une réalité. Il sera donc difficile pour ces personnes d'avoir la lucidité nécessaire pour prendre conscience de leurs troubles. Elles seront donc dans l'impossibilité d'exprimer leur souffrance ou de demander de l'aide et ne comprendront pas forcément le motif de leur enfermement. La proportion des personnes dans cette situation-là serait estimée à 10% de la population pénale. (Barbier et al., 2010)

### 1.3.2. Une population carcérale de plus en plus vulnérable

L'augmentation de la proportion des personnes nécessitant des soins psychiatriques peut être en partie expliquée par l'évolution de l'irresponsabilité pénale des personnes présentant des troubles mentaux.

Dès l'époque romaine, et ce jusque les années 1820, une séparation nette était faite entre un criminel et une personne malade. Cette dernière ne pouvait pas être condamnée mais pouvait être séquestrée par mesure de sécurité. Cette frontière nette entre criminel et malade fut contestée dès les années 1820-1830 avec les lois du 25 juin 1824 et du 28 avril 1832 qui donnent la « possibilité aux juges de reconnaître des circonstances atténuantes dans certains

crimes et délits, et d'adapter, en conséquence, la peine aux circonstances de l'espèce et à la personnalité et aux motivations de l'accusé » (Barbier et al., 2010, p. 14). C'est de là que viennent les deux situations distinguées dans l'article 122-1 du code pénal actuel<sup>9</sup>. Dans le premier cas, la personne est déclarée irresponsable en raison d'une atteinte d'un trouble mental qui a aboli son discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits. Dans le deuxième cas, la responsabilité de la personne sera atténuée en raison d'une atteinte d'un trouble mental qui a altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes au moment des faits. (Barbier et al., 2010)

Pour Guignard L. et Guillemain H. (2008), en introduisant une responsabilité à la fois psychique et graduée, l'article 122-1 rend moins automatique le non-lieu pour trouble mental, ce qui a pour conséquence un déclin des décisions d'irresponsabilité pénale avec 611 cas annuels en 1989 contre 196 en 2006. Barbier et al. (2010) confirment cette idée en précisant que le deuxième alinéa de l'article 122-1 ne prévoit pas l'altération du discernement comme une cause légale de diminution de cette peine. En conséquence, pour Jean-Pierre Getti, président de chambre de la cour d'appel de Versailles et ancien président de cour d'assises de Paris, la détection d'un trouble mental chez l'accusé aura plus souvent pour résultat d'inquiéter le jury, qui aura la conviction que la prison représenterait le lieu le plus sûr pour protéger la société de la dangerosité de l'accusé.

Ce déclin d'irresponsabilité pénale serait également une conséquence de l'utilisation plus systématique des procédures rapides de jugement. Les textes de Guignard L. et Guillemain H. (2008) et de Barbier et al. (2010) mettent en avant que la préférence donnée aux procédures rapides de jugement (5,71 % de comparutions immédiates en 2001 à 10,8 % en 2006) entraînent une baisse du nombre des mises en examen (76485 en 1989 à 49167 en 2006). Or, les non-lieux étant des procédures décidées par le juge d'instruction suite à une mise en examen, leur nombre s'est aussi vu diminué (7950 en 1989 à 3940 en 2006) y compris les non-lieux pour cause de trouble mental. De plus, Barbier et al. (2010) mettent en avant qu'avec le système de procédures rapides de jugement, la personne poursuivie ne

---

<sup>9</sup> Article 122-1 du Code Pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. [...] » (Legifrance, 2016)

fait pas obligatoirement l'objet d'un examen psychiatrique. Il sera donc impossible d'attribuer un non-lieu à des personnes présentant pourtant des troubles mentaux graves.

Suite à ces observations, bien que la prison ne soit pas un lieu de soins, on peut supposer que l'évolution des lois et des procédures de jugement entrainerait l'entrée en milieu carcéral de personnes souffrant déjà de troubles psychiques. Ceci a une importance pour cette recherche car ces personnes seront d'autant plus vulnérables aux souffrances psychiques intrinsèques aux conditions de détention.

Les troubles psychiques que l'on peut retrouver en détention s'étendent des troubles anxio-dépressifs aux troubles psychotiques. Pour Guignard L. et Guillemain H. (2008), il est plus facile de percevoir la corrélation entre les conditions de la détention et les troubles anxieux et dépressifs que de voir la manière dont l'enfermement amplifierait la psychose. Pourtant, Barbier et al., (2010) mettent en avant que la vie carcérale est un facteur de risque majeur de déréalisation. Or, un des éléments centraux de troubles psychotiques est la perte de contact avec la réalité. On peut donc émettre l'hypothèse que les conditions d'incarcération pourraient renforcer la déréalisation et ainsi la psychose de certaines personnes.

En conclusion, dans cette partie, nous avons pu constater la nécessité de l'accès aux soins psychiatriques par certains détenus dont les conditions d'incarcération renforceraient leurs souffrances psychiques. Mais pour comprendre comment diminuer ces dernières, il est tout d'abord nécessaire de les définir.

## **2. La rêverie : un soutien contre la souffrance psychique**

### *2.1. Qu'est-ce que la souffrance psychique ?*

#### 2.1.1. Définition générale de la souffrance psychique

La « souffrance psychique » est un terme du domaine médical défini par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes comme « un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. C'est la mesure de son degré d'intensité, sa permanence et sa durée ainsi que ses conséquences qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. »

Cette définition met en valeur une notion de « mal être » qui est développée par le Centre d'analyse stratégique dans un rapport<sup>10</sup> de 2009 (Pôle de ressources – Ville et développement social, 2010, p.3). Il y est décrit que « la détresse psychologique ou souffrance psychique [...] indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. »

Ces deux définitions permettent une compréhension générale de la souffrance psychique. Cette dernière pourrait être ressentie par tout un chacun, à un moment de notre vie, face à une situation pénible et difficile. Malgré le fait que certains symptômes y sont énoncés (« symptômes anxieux et dépressifs »), ces définitions ne sont pas assez approfondies médicalement pour les utiliser pour développer mon sujet. Il serait donc intéressant d'approfondir la notion de « souffrance psychique » par des écrits du domaine des sciences humaines, plus particulièrement en psychologie.

### 2.1.2. La souffrance psychique en psychanalyse

La psychanalyse est une méthodologie d'investigation du domaine de la psychologie visant à comprendre la signification inconsciente des comportements. Elle s'intéresse à l'existence de souvenirs, d'images ou encore de désirs qui causeraient des troubles psychiques ou physiques (Delamare, 2002, p. 685). L'approche psychanalytique permettrait un approfondissement de termes et de notions clés de mon travail de recherche, telle que celle de la souffrance psychique.

---

<sup>10</sup> Le rapport « La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie », effectué par un groupe de travail « Santé mentale et déterminant du bien-être » du Centre d'analyse stratégique, a été remis en novembre 2009 à la secrétaire d'Etat en charge de la Prospective et du Développement de l'Economie numérique. (Pôle de ressources – Ville et développement social, 2010)

Roussillon<sup>11</sup> (2011, p.25) explique que la souffrance psychique viendrait « du non-approprié de l'histoire et de l'expérience subjective ». Il définit le « non-approprié de soi » comme « ce qui n'a pas ou mal, été symbolisé et ne peut être intégré et approprié par la suite dans la vie psychique « utilisable » pour le développement de soi. »

Cette définition semble reprendre le caractère de mal-être cité dans les premières définitions, car la symbolisation<sup>12</sup> est un procédé intrinsèque au fonctionnement psychique humain. Un exemple de symbolisation dans la vie de tous les jours serait lorsqu'on associe une personne, un objet ou une situation à une odeur sentie dans la rue. La simple senteur de l'odeur rappelle le souvenir de l'expérience passée auquel cette dernière est reliée. Un élément contient donc toute une scène chargée affectivement. Roussillon (2011) développe la cause des symptômes anxieux et dépressif comme étant une impossibilité de symboliser des expériences subjectives pour les intégrer au développement psychique. Cette conception de la souffrance psychique semble rejoindre une des théories de Wilfred Bion<sup>13</sup>.

Pour Bion (1962), nous recevons tous les jours des impressions sensorielles brutes (éléments-bêta) qu'il définit comme des faits non digérés, à distinguer des souvenirs. Pour permettre le développement psychique, ces éléments-bêta sont traités par un ensemble de fonctions mentales (la fonction-alpha) pour être transformés en une expérience émotionnelle mentalisée (les éléments-alpha), c'est-à-dire en faits digérés et mis à disposition de la pensée. Un exemple simple pour comprendre ce processus serait la sensation d'avoir la bouche pâteuse, sèche (élément brut) et le fait de pouvoir reconnaître cette sensation comme de la soif, avoir besoin de boire (expérience émotionnelle mentalisée). L'exemple présenté ici est un exemple simple du phénomène, pour mettre en avant et expliquer le mécanisme, mais ce dernier agit de la même façon pour des vécus plus complexes. Dans tous les cas, si les éléments-bêta ne sont pas transformés en éléments-alpha, ils ne peuvent être utilisés correctement par le psychisme et vont donc être cause de souffrance. Si l'on reprend

---

<sup>11</sup> René Roussillon est psychanalyste et professeur à l'université Lyon 2, Centre de recherche en psychopathologie et psychologie clinique.

<sup>12</sup> « Mécanisme fondamental de l'expression de l'inconscient consistant à faire correspondre à un objet ou à un élément conscient un autre élément inconscient constituant le sens symbolique du premier élément. » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2016).

<sup>13</sup> Wilfred Bion (1897-1979) était un médecin psychiatre et un psychanalyste britannique.

l'exemple précédent, dans le cas où la fonction-alpha n'est pas opérante, la personne ne reconnaîtra pas le besoin de boire et risque d'entrer un état de déshydratation, mettant sa santé en danger. De plus, n'associant pas forcément la sensation de bouche pâteuse avec la soif, la personne risque de chercher à apaiser sa souffrance de façon décalée. La sensation de soif ne sera alors pas comblée. L'enfant, par exemple, nécessite l'aide des adultes dont il est sous la responsabilité pour s'hydrater correctement. Pour Bion, un moyen pour permettre ce processus de transformation serait le recours à la rêverie.

## 2.2. *La rêverie : une défense contre la souffrance psychique*

### 2.2.1. La rêverie : entre la pensée et le rêve

Pour comprendre ce qu'est la « rêverie », il est important de pouvoir la différencier des concepts de « rêve » et de « pensée ». Cette différenciation est nécessaire pour ne pas confondre les caractéristiques de ces trois notions qui peuvent sembler très proches mais qui induisent différents traitements psychiques.

D'après le site internet Larousse, la pensée est l'« ensemble des processus par lesquels l'être humain au contact de la réalité matérielle et sociale élabore des concepts, les relie entre eux et acquiert de nouvelles connaissances ». La pensée est liée au verbe « penser » qui lui, signifie « Former des idées dans son esprit ; concevoir des notions, des opinions. [...] Concevoir, imaginer en fonction d'une fin déterminée » (Le Petit Larousse, 2001, p 763). De part ces définitions, la pensée serait la réflexion qu'a un individu pour pouvoir élaborer des idées et des concepts pour répondre à un besoin à un instant précis. De plus, les verbes présents dans ces deux définitions, tels que « concevoir », « élaborer », « relier », « acquérir » ou encore « former », laissent à croire que « penser » est une activité volontaire. Ceci implique donc que les pensées seraient des phénomènes mentaux conscients et volontaires d'un individu.

Le rêve, quant à lui, est défini par le Petit Larousse (2001) comme la « production psychique survenant pendant le sommeil, et pouvant être partiellement mémorisée » (p.889). Dans cette définition, il est induit que le rêve est un événement psychique qui échappe à notre contrôle, car il se déroule durant le sommeil, état où la vigilance d'une personne est

temporairement suspendue (Le Petit Larousse, 2001, p 950). Cette définition peut être approfondie au travers du travail de Freud<sup>14</sup> sur le rêve.

Pour Freud, les rêves sont des processus purement physiologiques qui serviraient de « gardiens du sommeil ». Durant l'état de sommeil, le psychisme de la personne se tourne entièrement vers sa vie intérieure et va se déconnecter de la logique de la vie éveillée. En entrant dans cet état interne, le psychisme sera plus à même d'accueillir des éléments venant de l'inconscient. C'est le rêve qui va permettre ce passage, en traduisant le contenu inconscient (ou latent) en contenu manifeste (ce dont parle le rêve). Le rêve serait une barrière de protection contre les tensions perturbatrices du sommeil grâce au principe de la censure<sup>15</sup> qui laissera se déployer ce qu'il faut de la tension générée par des pulsions inconscientes. Par cette définition, nous constatons qu'au contraire de la pensée, le rêve serait une activité qui échapperait à la conscience. (Schneider, 2011)

Bion va pousser la fonction du rêve un peu plus loin. Pour lui, rêver « implique la poursuite de la vérité par la pensée et l'émotion » (Schneider, 2011, p.104). Par sa fonction de recherche de vérité, de ce qui est réel dans nos expériences, le rêve serait un moteur du développement humain et du psychisme. Cette notion diffère de la théorie de Freud pour qui les rêves sont uniquement des lieux d'expression de l'inconscient, sans réelle conséquence sur le développement psychique d'une personne. Pour Bion (1969), le rêve permettrait le processus de transformation de façon inconsciente de l'expérience émotionnelle vécue pendant l'état de veille en une expérience émotionnelle mentalisée dans le but de lui donner un sens et de l'intégrer au développement psychique. Bion développera ce processus dans le concept de « rêveries ».

Dans le dictionnaire Le Petit Larousse (2001, p. 890), la rêverie est « un état de distraction pendant lequel l'activité mentale n'est plus dirigée par l'attention et s'abandonne à des souvenirs, à des images vagues ». Les termes « ne plus être dirigée » et « s'abandonner » indiquent que la rêverie serait une activité non volontaire. Par contre, le terme « distraction »

---

<sup>14</sup> Sigmund Freud (1856-1939) était un médecin neurologue autrichien, fondateur de la psychanalyse.

<sup>15</sup> « En psychanalyse, la censure [...] agit [...] comme un filtre qui empêche les désirs inconscients d'accéder au stade du préconscient ou de se frayer un chemin entre le préconscient et la conscience. » (Fédération Freudienne de Psychanalyse (2009), définition extraite du *Nouveau Dictionnaire de la Culture Psy* d'Eric Ruffiat).

(état possible qu'à condition d'être éveillé) implique que la rêverie serait une activité consciente. Des exemples de moments de rêveries seraient lorsque l'on laisse voyager notre esprit en regardant par une fenêtre de bus ou encore lorsque l'on prend un bain relaxant.

Pour Bion (1962), la rêverie est le processus inconscient qui permet la transformation des expériences émotionnelles brutes en expériences émotionnelles signifiantes. Si une personne ne peut mettre en place ce processus, alors cela pourrait « [engendrer] un désastre comparable dans le développement de la personnalité [...] (ce qui inclut) une détérioration psychique [...] telle que la mort de la personnalité. » (p. 59). La rêverie serait donc un mécanisme nécessaire pour se développer et ne pas souffrir psychiquement.

### 2.2.2. Lutter contre la souffrance psychique par la rêverie

Pour Bion, le processus de rêverie est mis en place dès l'enfance, au travers de la relation entre le bébé et la mère. La rêverie serait la capacité de la mère à accueillir les sensations de soi acquises par le petit enfant. (Bion, 1962)

En accord avec cette théorie, Ferro (2001) va expliquer que dans un développement normal, lorsqu'un enfant vit une expérience trop bouleversante pour qu'il puisse l'intégrer lui-même, il va projeter dans la mère ses angoisses primitives. La mère va accueillir ce sentiment en rendant l'expérience plus tolérable pour l'enfant et ainsi lui permettre de se le réintrojecter. Nous pouvons associer cette notion à « la terreur sans nom » de Winnicott (1971). Un exemple de cette terreur sans nom est que quand le bébé a faim, il ne comprend pas ce qui lui arrive et va donc crier pour extérioriser cette expérience désagréable et non comprise. La mère va accueillir ces pleurs en lui offrant le sein pour qu'il mange et ainsi répondre au besoin qui le terrorisait.

Par contre, dans le cas d'un développement anormal, si la projection de ce sentiment d'angoisse n'est pas acceptée par la mère (par exemple qu'elle ne lui donne pas le sein), le sentiment réintrojecté dans l'enfant sera celui d'une terreur sans nom car l'enfant aura l'impression que son angoisse est dépourvue de toute signification. Une conséquence de cette impossibilité à trouver une psyché assez accueillante serait, pour Ferro (2001), l'agir violent, qui aurait pour objectif d'extérioriser la souffrance psychique engendrée.



Par cette explication, Ferro (2001) met en avant que la rêverie serait donc le processus permettant l'accueil et la transformation de « projections d'angoisses primitives » (les éléments bêta) en « angoisses bonifiées » (les éléments alpha) par une psyché qui en a la capacité (la sienne où, si ce n'est pas le cas, celle d'un « Autre-disponible »). Par la rencontre avec une psyché ouverte et accueillante, une fonction de contenance et de transformation commence à se construire chez la personne ayant projetée les éléments bêta. La rêverie serait donc ce que Bion nomme « la fonction alpha » car elle permettrait de transmettre la méthode pour accomplir la transformation d'éléments bêta en éléments alpha.

Cette théorie de Bion peut être mise en rapport avec la définition de la souffrance psychique de Roussillon citée précédemment. Le « non-approprié de l'histoire et de l'expérience subjective » pourrait être associé aux « éléments bêta » de Bion car, dans les deux cas, ces éléments nécessitent d'être intégrés pour permettre leur appropriation dans la vie psychique. En me rendant compte que ces deux psychanalystes abordaient des phénomènes proches dans leurs écrits, j'ai considéré les théories développées précédemment comme complémentaires.

De sa définition de souffrance psychique, Roussillon (2011) va émettre une conception du travail du soin psychique comme une appropriation dans la psyché de l'expérience subjective « en souffrance » en la jouant symboliquement. Cette notion de jeu symbolique dans le développement psychique est notamment développée dans les travaux de Donald W. Winnicott<sup>16</sup>.

### *2.3. Le développement psychique selon Winnicott*

#### *2.3.1. La préoccupation maternelle primaire et la mère « suffisamment bonne »*

Dans les écrits de D. W. Winnicott sur le développement psychique humain, la relation entre la mère et l'enfant a une place prépondérante. Une première notion qu'il met en évidence est celle de la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956). C'est une condition psychologique de la mère qui se développe généralement au cours de la grossesse et qui dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant. Lors de cette condition psychologique, la mère est entièrement dévouée à son enfant. Cela lui permet de s'adapter avec délicatesse à ses tous premiers besoins. Winnicott fait le parallèle de cet état

---

<sup>16</sup> Donald D. Winnicott (1896-1971) était un médecin pédiatre et un psychanalyste britannique.

avec la « relation symbiotique » développée par Anna Freud, qui serait une identification consciente et inconsciente de la mère à son enfant.

La mère ayant atteint le stade de « préoccupation maternelle primaire » fournit un cadre au développement de l'enfant. L'adaptation de la mère aux besoins de l'enfant permet à ce dernier de créer et de maintenir « un sentiment continu d'exister » en limitant les heurts de l'environnement. Dans le cas où la mère n'atteint pas le niveau d'adaptation nécessaire, l'enfant ressentirait une « menace d'annihilation » du soi, aussi appelée « angoisse primitive » par Winnicott (1956, p. 45). Ainsi, par l'adaptation de la mère à ses besoins, l'enfant est protégé de la souffrance engendrée par des angoisses primitives qui laisseraient des traces si pas suffisamment apaisées. L'enfant développe donc une élaboration de l'expérience psychique par la présence d'une mère « suffisamment bonne ». (Winnicott, 1956)

Durant la phase de « préoccupation maternelle primaire », la mère et l'enfant ont le sentiment de ne faire qu'un. Par l'adaptation de la mère à ses besoins, l'enfant développera un sentiment d'être qui entrainera à son tour la possibilité « d'agir, de faire et de subir ». Ceci va lui permettre, avec le temps, d'être capable de faire l'expérience du soi et de voir sa mère comme une personne à part. (Winnicott, 1956)

Pour que ce développement d'identité personnelle se mette en place, il est nécessaire que l'adaptation de la mère ne soit pas parfaite, mais « suffisamment bonne » (Winnicott, 1966). Si la mère répond à tous les besoins de l'enfant de façon idéale, elle ne lui laisse pas de place pour ressentir de la frustration et donc le principe de réalité. Or, c'est par la frustration de l'attente que l'enfant va développer ses capacités propres et son autonomie. Il est donc nécessaire que l'adaptation de la mère diminue progressivement pour laisser à l'enfant plus d'espace dans la gestion de son environnement. Winnicott (1971) explique cela comme la tâche de désillusionnement progressif de la mère pour sevrer son enfant du principe de plaisir (c'est-à-dire de l'illusion que l'extérieur existe pour répondre à tous ses besoins).

Winnicott illustre cette désillusion par une attente de l'enfant à la réponse de ses besoins qui devient progressivement plus longue. Il explique qu'avec le temps, la mère reprendra conscience de son environnement autre que l'enfant et va donc reprendre, au fur et à mesure, ses habitudes de vie antérieures. Ceci implique qu'elle ne pourra pas répondre

immédiatement aux appels de son enfant. Ce dernier vivra donc plus longtemps l'attente du sein (et donc ses angoisses primitives), qui sera tout de même apaisée par la mère après un certain temps. L'enfant se rendra compte petit à petit que l'objet de ses désirs, qu'il pensait alors créé par lui-même, est en fait un objet qu'il ne contrôle pas.

Par l'intégration de l'expérience de la frustration face à la réalité de l'environnement, les capacités psychiques de l'enfant pourront se développer. Or, cette intégration d'expérience n'est possible que par une réponse « suffisamment bonne », et non parfaite, de la mère aux besoins de son enfant. Cette adaptation le protège contre les angoisses primitives tout en laissant de l'espace à l'élaboration psychique de l'enfant. La mère suffisamment bonne va créer du manque à une dose supportable pour l'enfant. Ce manque va permettre la création d'un espace où l'absence pourra être pensée.

L'utilisation des termes « angoisses primitives », semblables à ceux utilisés par Ferro (2001) pour décrire les éléments bêta de Bion, m'a permis d'établir un premier lien entre la préoccupation maternelle primaire de la mère suffisamment bonne et la rêverie. Ce lien s'est renforcé lorsque j'ai constaté que ces deux notions sont des processus psychiques qui permettent le traitement d'éléments non-symbolisés par un enfant via le psychisme d'un Autre en protection de souffrances psychiques. La préoccupation maternelle primaire de la mère suffisamment bonne et la rêverie me semblent donc complémentaires.

Bien que la préoccupation maternelle primaire ait une place initiale dans la théorie de Winnicott sur le développement psychique de l'enfant, elle n'en est pas l'unique condition. Il existerait un espace appelé « aire transitionnelle » qui permettrait l'intégration d'expériences brutes dans le psychisme d'une personne (Winnicott, 1971).

### 2.3.2. L'aire transitionnelle

L'aire transitionnelle est conceptualisée par Winnicott dans son ouvrage *Jeu et réalité* (1971) sur lequel je me suis appuyée pour rédiger cette partie. Cette aire est située « entre ce qui est subjectivement créé et ce qui est objectivement perçu » (p.31). C'est dans cet espace que l'enfant développera la capacité de distinction entre son monde intérieur et la réalité extérieure lors de ses confrontations à la frustration, à l'absence de la mère. Pour permettre ceci, l'aire transitionnelle s'accompagne de phénomènes ou objets transitionnels, qui sont propres à chaque enfant (chiffon, peluche, comptine...).

Winnicott définit l'objet transitionnel comme une défense contre la peur qu'il ressent lors du passage du principe de plaisir (la satisfaction qu'il ressent lorsqu'il reçoit le sein de sa mère) au principe de réalité (la frustration de l'attente). Cet objet transitionnel est un objet « trouvé » par l'enfant, qui va en prendre possession. Cet objet n'est ni un objet réel (n'étant jamais hors de contrôle, au contraire de la mère réelle), ni un objet interne (car il présente le caractère vivant et le comportement de l'objet externe). Winnicott le définit comme la première possession « non-moi » de l'enfant.

Via l'objet transitionnel, l'enfant pourra garder une représentation intérieure d'un objet extérieur (notamment de sa mère), limitant le risque de réactions face aux changements et heurts de l'environnement extérieur. Si ce temps est dépassé, la représentation interne s'efface et les phénomènes transitionnels présents dans l'objet perdent progressivement leur signification. L'enfant sera alors incapable d'en faire l'expérience et sera de nouveau confronté à la peur et à l'angoisse que lui prodigue l'absence de sa mère. Ceci implique que l'utilisation de l'objet transitionnel serait aussi une défense contre la souffrance psychique.

Pour Winnicott, le développement psychique et identitaire est fortement lié aux jeux que l'enfant met en place autour de l'objet transitionnel. Il différencie la notion de « jeu » et « d'activité de jeu » (c'est-à-dire « jouer ») en expliquant qu'il ne faut pas uniquement se concentrer sur le contenu du jeu mais aussi sur la manière dont l'enfant joue. Pour lui, quand l'enfant joue, il va investir un espace qui se situe à la fois dans l'imaginaire (le dedans) et dans l'action de faire (le dehors). Ceci est visible, par exemple, lorsque les enfants jouent aux pirates : ils vont utiliser leurs corps et leur environnement pour mettre en scène un monde et une histoire qu'ils auront imaginés. Par cette caractéristique d'investissement à la fois interne et externe, le jeu pourrait être relié au phénomène transitionnel.

Winnicott développe cette association au travers de sa « Théorie du jeu ». Il explique que dans un premier stade, le bébé et l'objet ne font qu'un, avec la mère qui présente au bébé ce qu'il vit comme l'ayant trouvé (l'adaptation de la mère à ses besoins). Dans le deuxième stade, l'enfant va faire l'expérience de la frustration. Il va donc désinvestir l'objet, le ré-accepté pour pouvoir objectivement le percevoir. Le bébé va perdre son sentiment d'omnipotence avec l'instauration d'un état de confiance. Il sera alors capable de faire l'expérience d'un espace intermédiaire entre l'omnipotence de ses processus internes et la tentative de contrôle du réel. C'est à ce moment que le jeu commence avec l'espace

intermédiaire comme terrain de jeu. Une fois l'état de confiance mis en place, l'enfant pourra entrer dans le troisième stade, qui est d'être seul en présence de quelqu'un, c'est-à-dire faire abstraction de la présence d'un autre. Ce n'est qu'au quatrième stade que l'enfant développera la capacité de jouer avec l'autre par la rencontre de leurs aires de jeu. Au départ, la mère devra s'adapter aux jeux de son enfant pour ensuite lui proposer ses propres activités et ainsi permettre un jeu commun, un échange, au sein d'une relation.

Le jeu pour Winnicott pourrait être rapproché de la rêverie de Bion. Dans les deux cas, l'enfant est confronté au sentiment de frustration qui lui fera perdre son sentiment d'omnipotence et ainsi découvrir un monde extérieur à soi. C'est par l'adaptation de la mère aux besoins de l'enfant que ce dernier pourra intégrer des expériences permettant son développement psychique. Le concept du jeu pour Winnicott et la fonction alpha selon Bion permettent la transformation des expériences sensorielles brutes en expériences sensorielles significatives.

La nécessité d'une autre personne pour soutenir un individu en souffrance d'un manque d'autonomie psychique – que cela soit dans le cadre du jeu, de la rêverie ou de la symbolisation - m'a amené à réfléchir sur la place de l'ergothérapeute et de la relation thérapeutique dans la médiation.

### **3. La médiation en ergothérapie : un support de rêverie ?**

#### *3.1. L'ergothérapie : une définition*

##### 3.1.1. Définition générale de l'ergothérapie

Pour la rédaction de la définition de l'ergothérapie, je me suis inspirée du référentiel d'activité du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute (Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique et Ministère de la Santé et des Sports, 2010). D'après ce texte, l'ergothérapie est une profession paramédicale qui vise à prévenir, réduire ou supprimer des situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'objectif principal en ergothérapie est de maintenir, restaurer, permettre voire améliorer l'autonomie et l'indépendance des personnes dans leur vie quotidienne.

L'accompagnement en ergothérapie est réalisé par des activités adaptées aux objectifs et aux habitudes de vie de chaque patient. Ces activités, qui peuvent être de natures

variées (ludiques, domestiques, productives, culturelles...), doivent avoir une signification pour le patient, pour lui permettre d'être acteur de ses soins. En exploitant le potentiel thérapeutique de ces activités, l'ergothérapeute cherche à stimuler, entretenir voire améliorer les capacités des personnes pour limiter les aggravations.

Pour l'ergothérapeute, une activité ne peut se réaliser sans tenir compte du contexte dans lequel elle se fait. L'environnement est donc un facteur important à prendre en compte. Une des fonctions de l'ergothérapeute est d'aménager cet environnement pour le rendre plus facilitant et accessible.

L'ergothérapie englobant les différents aspects d'une personne (physique, environnemental, social et psychologique), la collaboration avec son entourage et les autres professionnels de santé est primordiale.

### 3.1.2. L'ergothérapie en psychiatrie

L'utilisation de l'activité dans les soins n'est pas une réalité récente. D'après des écrits de l'historien grec Galien, on sait que dès le II<sup>e</sup> siècle av. J.-C., les personnes considérées comme aliénées bénéficiaient de pratiques culturelles (musique, théâtre peinture), et de séjours d'isolement en bateau. Ces pratiques vont s'étendre avec le temps pour arriver en France au début du XIX<sup>e</sup> siècle avec Philippe Pinel. (Pibarot, 2013)

Pour Pinel, l'activité stimulerait la circulation sanguine par la mobilisation du corps humain. Cette irrigation du corps entrainerait alors la diminution des divagations des aliénés. Pinel émet donc la théorie que l'entretien des fonctions physiques améliorerait l'état mental. (Pibarot, 2013) Freud, dans son ouvrage *Malaise dans la civilisation*, développera cette idée dans les années 1900, en décrivant le travail comme un lieu de transfert de composantes diverses (narcissiques, agressives et érotiques). Avec le temps, la notion « d'activité » remplacera celle de « travail » pour devenir la thérapie par l'activité (thérapie occupationnelle), que l'on appelle aujourd'hui l'ergothérapie. (Launois, 2015c)

Concernant l'ergothérapie lors des soins psychiatriques en milieu carcéral, les objectifs thérapeutiques restent les mêmes que dans le milieu extérieur. Pour Grégoire et Perrin (2011), il faut tout de même tenir compte des conditions de détention. Cette dernière, par son fonctionnement, ne favorise pas l'autonomie. Les détenus sont contraints à suivre

des horaires précis pour leurs déplacements, leur accès aux douches ou encore leur prise de repas. Ils ne gèrent pas eux-mêmes leur argent et la promiscuité ne favorise pas la relation à l'autre. Le rôle de l'ergothérapeute au sein du SMPR correspond donc à une amélioration de la vie quotidienne en responsabilisant les personnes par rapport à la détention, en leur permettant de s'inscrire dans la réalité de la prison et de l'extérieur tout en favorisant la relation à l'autre.

Dans le domaine de la psychiatrie, l'ergothérapie a fortement été influencée par le modèle psycho-dynamique. Morel-Bracq (2009) explique que l'objectif de cette approche est d'aider la personne à découvrir les raisons inconscientes de sa pathologie ou de son mal-être. Pibarot (2013) va développer cette approche en ergothérapie en s'appuyant notamment sur des théories psychanalytiques pour éclairer les processus thérapeutiques qui se mettent en place lors des séances d'ergothérapie. Une des théories sur laquelle elle se base en particulier est celle de l'espace potentiel de Winnicott développée précédemment.

### *3.2. L'atelier d'ergothérapie comme espace potentiel*

#### *3.2.1. L'atelier d'ergothérapie : un espace « suffisamment bon »*

Pibarot (1996) met en avant qu'une activité ne peut être thérapeutique que si elle est porteuse de sens pour la personne. Ce sens ne sera pas forcément compris dans son intégralité par le thérapeute, mais l'important est de laisser la personne s'approprier son travail thérapeutique et devenir acteur de ses soins. Elle fait le lien entre un thérapeute et son patient avec la relation entre un enfant et sa mère décrite par Freud. Ce dernier explique que lorsqu'un nourrisson vit un changement interne, il va en alerter son entourage par des cris qui ne deviendront signifiants que par l'interprétation d'une personne au courant. Par la présence d'une réponse appropriée, l'expérience devient réalité. Pour Freud, la réalité se constitue dans la capacité de se représenter le monde, donc le non-moi, au travers notamment de l'Autre (c'est-à-dire une personne qui n'est pas soi). On pourrait associer ceci aux théories citées précédemment de Bion, de Winnicott et de Roussillon. D'après ces psychanalystes, l'intégration dans le psychisme d'expériences brutes par leur transformation en éléments signifiants peut être soutenue par les réactions et le comportement adapté d'une autre personne (notamment de la mère). C'est par ces réponses adaptées que l'enfant, ou la personne en souffrance, pourra faire l'expérience de la réalité extérieure et de la distinction du moi et du non-moi.

Pibarot (1996) fait le lien entre cette « zone d'inter-relations » entre le thérapeute et son patient et l'espace potentiel de Winnicott car ces deux espaces permettraient l'organisation du sentiment d'exister. C'est par l'activité propre du patient que ce dernier maintient et renouvelle son sentiment de continuité de son existence. La réalité se construit donc en agissant, en faisant et c'est ce « faire » de la personne qui va lui permettre de se sentir « sujet », de se sentir exister dans un monde où elle est capable de concevoir les choses et l'Autre. L'ergothérapeute va travailler précisément dans ce lieu et ce temps où s'élabore la représentation de soi, de l'autre et des choses, c'est-à-dire dans l'espace potentiel. En restaurant l'espace potentiel endommagé de la personne, cette dernière pourra retrouver le sens de son activité propre. (Pibarot, 1996)

Roussillon (2011) confirme cette idée en citant également Winnicott pour expliquer que le travail réalisé par le patient et le soignant se déroule là où leurs aires de jeux respectives se chevauchent. C'est par cette rencontre de leurs espaces potentiels que la symbolisation de l'expérience en souffrance transférée et engagée dans la relation clinique peut être appropriée et intégrée. Le thérapeute serait alors une personne ayant la capacité d'accueillir l'expérience en souffrance de son patient pour l'accompagner dans la continuation du développement de ces processus psychiques. On peut associer cette théorie de la rêverie de Bion, avec la capacité de la mère à accueillir les expériences trop bouleversantes de l'enfant pour qu'il puisse ensuite les réintégrer.

Donaz (2003) approfondit cette idée, en définissant le thérapeute comme un « substitut parental » sur lequel les conflits intérieurs vécus par le patient dans son enfance vont être inconsciemment transférés pour pouvoir être réintrojectés lors d'un processus thérapeutique. Pour elle, ainsi que pour Pibarot, un lien peut être fait entre l'ergothérapeute et la mère suffisamment bonne de Winnicott. D'après Pibarot (1996), le patient ne peut s'approprier ses soins et trouver ses raisons pour « guérir » que si le thérapeute lui propose une réponse adaptée en lui laissant une marge pour le « faire-sien ». L'ergothérapeute doit laisser le patient agir et adopter « une position de présence-retirée discrète » (p.93). Donaz (2003) confirme ceci en expliquant que le thérapeute doit savoir doser des interventions frustrantes et gratifiantes pour permettre une relation thérapeutique de s'installer. Ainsi, le patient aura la possibilité d'expérimenter le monde dans un lieu où il a des repères fiables et où il pourra évoluer en sécurité. Ce climat de confiance et de sécurité apporté par la relation thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute va permettre au patient de se confronter



aux frustrations imposées par la réalité extérieure. Cette marge d'autonomie est semblable à celle que la mère suffisamment bonne laisse à son enfant pour qu'il puisse expérimenter la frustration. L'ergothérapeute va donc être le garant d'un cadre, d'un environnement où le patient se sent en sécurité et suffisamment étayé pour expérimenter et « faire ». Mais cet environnement ne doit pas uniquement être sécuritaire : cette sécurité doit permettre au patient de faire l'expérience d'un certain degré de frustration et de manque. Ainsi, l'atelier d'ergothérapie sera un environnement « suffisamment bon » et non pas « trop bon ».

Launois (2015b) développe cette idée en expliquant que l'ergothérapeute, en faisant en sorte que son atelier d'ergothérapie soit un espace « suffisamment bon », permet l'existence d'un espace intermédiaire. Tout comme l'aire transitionnelle de Winnicott, cet espace est un lieu où des situations vont pouvoir se jouer et se re-jouer pour aboutir à des expériences permettant la distinction entre le dedans et le dehors, le soi et le non-soi. Il permet ainsi un espace de jeu, un espace créatif potentiel où la découverte du moi est favorisée par la libération de l'imaginaire. Cette notion de jeu pour aboutir à l'intégration d'expériences est également abordée par Roussillon (2011). Il met en avant que le soin psychique est permis quand le thérapeute laisse un espace au patient de rejouer symboliquement l'expérience en souffrance. C'est cet espace, cette adaptation « suffisamment bonne » du thérapeute aux besoins de son patient, qui participe à la diminution de sa souffrance psychique.

D'après Donaz (2003), tout soignant doit pouvoir s'adapter à la situation et aux besoins de son patient pour installer une relation thérapeutique. On peut donc se demander quelle serait la particularité de l'ergothérapie qui permettrait à l'atelier de devenir un espace potentiel. Comme expliqué précédemment, une définition générale de l'ergothérapie est d'être une thérapie par l'activité. La relation thérapeutique se forme donc autour d'une activité, d'une médiation. Pour Donaz, cette dernière est en continuité avec les phénomènes transitionnels décrits par Winnicott, permettant à une personne d'utiliser des éléments du monde extérieur au service de sa réalité intérieure, au travers d'une activité ludique.

### 3.2.2. La fonction de transitionnalité de la médiation en ergothérapie

Si l'on reprend les caractéristiques de l'objet transitionnel de Winnicott, c'est un objet qui accompagne le mouvement de désillusion de l'enfant, allant du principe du plaisir

au principe de réalité. Les phénomènes transitionnels permettent donc d'expérimenter ce qui est de la réalité subjective et ce qui est de la réalité objective. (Donaz, 2003)

Bagnères (2007) met en évidence que l'objet, en psychanalyse, peut être envisagé sous trois aspects principaux. Le premier est en tant que corrélatif de la pulsion, de la recherche d'un certain type de satisfaction. L'objet peut alors être une personne, un objet réel ou encore un objet fantasmatique. Le deuxième aspect est en tant que corrélatif de l'amour ou de la haine. La relation se fait alors entre la personne et un objet dans sa totalité (« personne, entité, idéal, etc. », p.95). Enfin, le dernier aspect est en tant que corrélatif du sujet percevant et connaissant, c'est-à-dire l'objet en tant que tel, avec des caractères fixes et permanents, reconnaissable universellement. L'objet, en psychanalyse, fait aussi allusion à la notion de la relation d'objet, c'est-à-dire de la relation du sujet à son monde. L'objet désigne donc, dans tous ces cas, « une représentation interne, particulière et personnelle au patient, dans sa relation à l'autre » (p.96).

Or, comme Bagnères (2007) l'explique, l'objet en ergothérapie désigne la création d'un patient à partir de différentes matières transformables. Le patient va tout d'abord faire face à une matière, qu'il va transformer en cours de création, pour aboutir à un objet fini. La spécificité de la proposition thérapeutique de l'ergothérapeute est, pour elle, dans l'éclairage de la relation que le patient entretient avec l'objet qu'il crée. Pour cela, l'ergothérapeute doit s'appuyer sur la coexistence des différents concepts associés à la notion d'objet, défini précédemment. Ainsi, l'objet créé en ergothérapie est un objet réel, matériel, qui met en jeu l'objet interne du patient. Il est donc une interface entre un objet interne et un objet externe. Cet objet externe concrétise l'objet interne qui est lui-même le résultat d'un « processus de transformation psychique faite dans l'enfance, à partir des premières relations au monde » (p.96). Ainsi, toute parole du patient se référant à son objet doit être entendue à différents niveaux : celui de l'objet créé en atelier mais aussi celui de l'objet interne du patient, symbolisé en l'objet matériel. Or, si l'on reprend les théories psychanalytiques citées précédemment, les premières relations au monde d'un enfant sont permises par sa capacité à se distinguer du monde extérieur. Cela est possible par différents processus psychiques, notamment par la transitionnalité de Winnicott ou encore la rêverie définie par Bion.

Pibarot (1977) développe également cette idée. Pour elle, par la proposition de réaliser une activité, on donne l'occasion à une personne présentant une souffrance mentale

de prendre contact avec le monde extérieur. La création lui permet de retrouver une conscience réelle de son corps et de se distancier de la souffrance fantasmatique qu'il en a. Ainsi, par la réalisation de l'activité, le patient peut développer l'importance de son identité, de son « être ». Le rôle de l'ergothérapeute sera alors de donner au patient les outils pour réaliser l'objet et lui permettre de se confronter à sa réalité. En faisant, la personne découvre ses capacités ainsi que les possibles et impossibles de la réalité extérieure.

Cette réflexion peut être mise en parallèle avec la « matière première » de la psyché définie par Freud. Roussillon (2011) explique que celle-ci constitue pour Freud les traces intérieures laissées par toute expérience subjective. Ce processus psychique se déroule en deux temps : un temps de réalisation et un temps de signification (la symbolisation). Cette mise en symbolisation résulte d'un travail psychique. Les « matières premières » sont donc une rencontre entre le dedans et le dehors, entre le moi et l'objet ou l'autre. Pour Freud, une personne va tenter d'externaliser la matière première pour pouvoir la traiter, en la transférant dans une matière perceptive qui sera plus facile à travailler. En reliant cette théorie avec celles de Pibarot et de Bagnères, on peut émettre l'hypothèse que l'objet réalisé en ergothérapie serait une extériorisation d'expériences subjectives que la personne cherche à traiter. Si l'on considère que les expériences subjectives de la « matière première » de Freud et celles présentées par Roussillon précédemment sont semblables, alors on peut émettre l'hypothèse que l'objet réalisé en ergothérapie, si investi psychiquement, serait un moyen pour la personne en souffrance psychique de transformer des éléments bruts en éléments capables d'être appropriés psychiquement. Or, si l'on reprend les écrits de Bion, c'est la fonction alpha qui permet le traitement des éléments bruts en expériences émotionnelles mentalisées. On peut donc faire l'hypothèse que l'objet réalisé en ergothérapie tenterait d'amorcer chez le patient la fonction alpha, soutenu par la relation avec l'ergothérapeute autour de cet objet. L'objet créé en atelier d'ergothérapie pourrait donc être support de rêverie.

Si l'on reprend la définition générale de la rêverie, c'est un état de distraction qui permet à une personne de s'abandonner à des souvenirs ou des images vagues. La personne rêvassant est donc consciente mais ses pensées sont dirigées vers un espace-temps différent de celui où elle se trouve actuellement. Or, si l'objet et la médiation utilisés en ergothérapie amorcent la rêverie, alors l'atelier d'ergothérapie serait un lieu où l'esprit pourrait s'échapper du contexte institutionnel et de soins.

### *3.3. L'ergothérapie comme lieu d'échappatoire*

#### 3.3.1. L'atelier d'ergothérapie à la frontière entre l'intérieur et l'extérieur

En tant qu'héritier de l'espace potentiel, l'espace intermédiaire de l'atelier d'ergothérapie en garde des caractéristiques, notamment celui d'être un espace de transition entre le dedans et le dehors : du psychisme du patient et de la réalité extérieure, mais aussi entre l'hôpital et l'extérieur. (Donaz, 2003) Pour les patients suivis en établissement pénitentiaire, en SMPR, l'atelier d'ergothérapie pourrait également être un espace de transition entre le milieu carcéral, le service de soins et la réalité extérieure à la détention.

Pibarot (1977) énonce que l'atelier d'ergothérapie est un espace qui se situe au chevauchement entre la réalité intérieure de la personne malade, la réalité de son histoire (corporelle, psychique et sociale) et la réalité extérieure, c'est-à-dire la réalité environnementale. D'après elle, les différents objets présents dans l'atelier, que ce soit les outils ou les personnes rencontrées, représentent la réalité extérieure : extérieure au patient mais également extérieure à l'institution où se déroulent les soins.

Pour le cas de l'atelier d'ergothérapie en milieu carcéral, par exemple, les patients ont accès à des outils qui leur sont interdits en détention pour des raisons de sécurité, tels que des marteaux, des cutteurs, des scies ou simplement un ordinateur avec un accès à internet. L'atelier est également un espace où ne se côtoient que des personnes en nécessité de soins et des ergothérapeutes, c'est-à-dire des personnes non-rattachées à l'administration pénitentiaire. L'atelier d'ergothérapie sera donc le seul lieu où les patients peuvent réaliser des gestes qu'ils faisaient antérieurement à leur incarcération (tels que le bricolage, ou des recherches d'informations sur internet). Grégoire et Perrin (2011) expliquent que l'atelier d'ergothérapie au SMPR représente pour les patients un espace de liberté en raison d'un libre choix des activités et de l'expression, la présence de musique et l'absence de surveillants pénitentiaires dans l'atelier.

Pibarot (1997) exprime que les différents objets rappelant le monde extérieur à l'institution vont permettre au patient de se trouver un monde familier, où il se sent généralement bien. Les bruits, les odeurs, la disposition de l'espace, ne sont pas les mêmes que dans le reste de l'établissement. Nicolaud et Schetritc (1992) citent l'exemple de l'atelier d'ergothérapie du SMPR des Baumettes, qui est décrit comme spacieux, aéré, clair, en contraste avec les cellules de détention. Par cette familiarité avec l'environnement extérieur

à l'institution, Pibarot met en avant que l'ergothérapie permet au patient de se décentrer de sa maladie, de ses difficultés à s'ouvrir sur ce qui l'entoure, sur les différents objets et matériaux qui lui sont proposés. C'est par cette ouverture sur son environnement, par le choix des activités réalisées, que la personne va se sentir actrice dans ses soins tout en gardant un lien avec sa vie « normale ». Pour Pibarot, cela signifie que l'ergothérapie est à la fois incluse dans l'institution du traitement et à la fois en dehors.

Launois (2000) met en avant cette distinction entre l'espace d'ergothérapie et le reste de l'institution de soins. Dans son article sur les soins en milieu fermé, elle explique que, bien que le cadre de l'atelier tienne compte et est en cohérence avec celui de l'institution, la salle d'ergothérapie devient un lieu de refuge pour les patients qui le décrivent comme « un lieu où il est possible d'être au calme, isolé un peu du magma groupal et de la télévision, [...] de découvrir la notion d'un espace protégé ». Le milieu fermé dont traite Launois ayant quelques caractéristiques similaires avec ceux des SMPR (promiscuité, impossibilité de sortir, surveillance), on peut considérer que certains patients détenus perçoivent également l'atelier d'ergothérapie de cette façon : comme un lieu de repos, de refuge par rapport aux conditions dans lesquelles ils vivent. Un exemple confirmant cette idée est tiré d'une observation personnelle, lors d'un stage en SMPR. Lors d'une discussion entre les différents participants à l'atelier d'ergothérapie, un des patients exprime vouloir venir plus de deux demi-journées par semaine car c'est le seul moment où il peut faire quelque chose, où il n'y a pas de cris, de bagarres et que lors de ces ateliers, il se sent comme un humain et non pas comme un simple numéro d'écrou. Cet exemple permet de mettre en avant que l'atelier d'ergothérapie est un lieu vécu différemment par les patients, malgré le fait que ce soit un espace présent au sein d'une institution et répondant à une même réglementation.

L'atelier d'ergothérapie est donc une zone frontière entre l'intérieur et l'extérieur de l'institution. C'est un environnement non médicalisé qui tient compte des dimensions médicales d'un suivi thérapeutique. L'atelier d'ergothérapie est un lieu où les personnes en nécessité de soins peuvent quitter leur statut de « patients » pour devenir des « acteurs ». Cette transition est notamment possible par la médiation, la création et l'imagination.

### 3.3.2. De l'activité créative à la diminution de la souffrance psychique

Comme expliqué précédemment, la médiation en ergothérapie est support de projection et de symbolisation d'expériences pour chaque patient. En se confrontant au

matériau, le patient va répéter des situations diverses qu'il va ensuite pouvoir verbaliser et reliées entre elles (Launois, 2015a). Ceci permettra progressivement l'intégration d'éléments qui n'avaient pas pu être précédemment intégrés dans le psychisme de la personne. Tout comme le principe de rêverie de Bion, cette intégration progressive de situations concrètes via la médiation se fait par l'acceptation de délais et de frustrations. Launois (2015a) explique que les caractéristiques de chaque matériau vont imposer des règles de réalité auxquelles les patients vont devoir se confronter et s'y adapter pour pouvoir aboutir leur objet. Ainsi, par la confrontation à la matière, les patients vont intégrer des éléments de réalité qui vont leur permettre d'accepter et d'intégrer des expériences qui n'avaient pas encore été symbolisées.

Bagnères (2007, p.101) précise que « proposer un acte créateur, c'est proposer un acte symbolique » où l'objet et le créateur vont s'influencer. C'est par cet échange que le patient va pouvoir faire des liens entre son monde intérieur et le monde extérieur. L'objet en ergothérapie serait alors à rapprocher de « l'objet transitionnel » car il fait transition entre les mondes internes et externes du patient.

Tout comme l'expérience de l'enfant avec l'objet transitionnel, l'intégration des expériences en ergothérapie se fait par le jeu. Pour Winnicott (1971), un individu ne peut être créatif qu'en jouant. Or, aillant associé précédemment l'atelier d'ergothérapie à un espace transitionnel, on peut considérer le cadre de l'ergothérapie comme un espace de jeu. C'est d'ailleurs ainsi que Launois (2015b) le définit. Pour elle, c'est dans cet espace sécurisant que l'expression créative est favorisée avec une libération de l'imagination. Pibarot (2013) développe cette notion en expliquant que l'activité créative n'est possible qu'en raison d'une relation de confiance établie entre le patient et le thérapeute. C'est par ces transferts de confiance que les processus « d'imaginarisation » (p.40) et de symbolisation interviennent. Or, on a vu précédemment que la symbolisation permettait l'intégration d'expériences émotionnelles brutes par le psychisme. La symbolisation ayant été précédemment rapprochée de la rêverie, on peut émettre l'hypothèse que la médiation utilisée en ergothérapie permettrait la diminution de la souffrance psychique d'un patient par le maintien ou l'amorce d'un processus de rêverie.

## **Hypothèse**

D'après les théories psychanalytiques, la souffrance psychique serait entre autres apaisée par l'activité mentale de la rêverie. Cette dernière, tout comme l'aire intermédiaire et l'objet transitionnel de Winnicott, a pour fonction de permettre la transformation d'évènements émotionnels bruts en éléments pouvant être intégrés par le psychisme pour développer nos capacités d'adaptation au principe de réalité. Or, d'après plusieurs écrits d'ergothérapeutes, l'atelier d'ergothérapie pourrait être associé à un espace potentiel. **Mon hypothèse est donc que la médiation utilisée en ergothérapie soutiendrait la capacité de rêverie de détenus suivis en psychiatrie dont l'incarcération renforcerait leur souffrance psychique.**

## **Méthodologie de recherche**

### **1. Méthodologie de l'enquête**

#### *1.1. Le choix de l'outil d'enquête*

L'objectif de cette étude est de comprendre en quoi la médiation en ergothérapie en centre pénitentiaire contribue à diminuer la souffrance psychique des détenus suivis en psychiatrie. Pour remplir cet objectif, j'ai demandé à effectuer un stage de deux mois en Service Médico-Psychologique Régional. Suite à une réponse favorable, je me suis penchée sur la manière d'utiliser ce stage afin d'effectuer une analyse réflexive sur ce sujet.

J'ai longtemps hésité entre effectuer une grille d'observation et une grille d'entretien. Une grille d'observation peut s'utiliser lors de la réalisation d'une observation participante. Tetrault et Guillez (2014) définissent cette dernière comme étant une méthode qui permet de récolter des informations sur la réalité des autres en les observant lors de leur vie quotidienne (ou dans mon cas, lors des séances d'ergothérapie). La grille d'observation permettrait d'analyser les éléments que j'observerai lors de mon stage, pour ensuite comparer les résultats à mes hypothèses.

La deuxième possibilité était de réaliser une enquête à partir d'entretiens auprès de détenus suivis en psychiatrie. Pour cela, il était nécessaire de construire une grille d'entretien avec des questions à poser à quelques détenus (entre 5 à 10). L'intérêt de cette méthodologie, d'après Tetrault et Guillez (2014), est qu'elle permet l'accès aux idées, aux représentations ou encore aux perceptions d'une personne. Cette méthode est appropriée à mon étude car la personne réalisant l'activité est la plus à même de donner sa vision sur l'objet et sur son ressenti. Seule la personne peut dire quelque chose de ce qui se produit pour elle, notamment sur ses émotions et ses pensées C'est donc cette possibilité que j'ai choisi car elle permet de comprendre les solutions des patients pour diminuer leur souffrance psychique par la médiation à partir de leur parole propre. Après leur retour, mon travail serait de faire une lecture de leurs réponses à partir d'une grille d'analyse, construite à partir de mon hypothèse.

#### *1.2. Elaboration de l'outil*

Pour m'aider dans la réalisation de la grille d'entretien, je me suis basée sur l'ouvrage de Tétrault et Guillez (2014). J'ai donc respecté leur proposition de préparer l'entretien en planifiant sa forme, son contenu et son organisation.



En premier lieu, parmi les trois types d'entretiens possibles (directif, semi-directif et non-directif), j'ai fait le choix de réaliser un entretien semi-directif car je souhaitais que les personnes puissent s'exprimer spontanément sur des sujets précis. Il fallait donc que je puisse rediriger les personnes vers le thème qui m'intéressait si elles s'en éloignaient trop. De plus, certaines des personnes avec des troubles psychiques peuvent faire preuve de difficultés d'expression sur leurs ressentis. Il fallait que je puisse soit les recentrer ou alors les stimuler dans leurs propos.

Concernant le contenu de ma grille d'entretien<sup>17</sup>, j'ai tout d'abord rédigé une introduction pour pouvoir expliquer les modalités de l'entretien de façon claire et compréhensible. Il était important pour moi que toutes les personnes interrogées aient les mêmes informations initiales pour ne pas influencer leurs réponses. De plus, cette introduction me permettrait de rassurer les personnes concernant l'anonymat des réponses et de vérifier qu'elles soient d'accord pour que l'entretien soit enregistré.

Lors de la rédaction de l'introduction et des questions, j'ai dû faire attention à la formulation de mes phrases. Elles devaient être simples et compréhensibles, dans un langage courant, pour que tout le monde puisse les comprendre, même des personnes dont le français n'était pas la langue maternelle. Pour cela, j'ai fait le choix de rédiger des questions principales que j'ai divisé en sous-questions plus concrètes, dans le cas où les questions principales n'étaient pas comprises. Ces sous-questions permettraient aussi d'aider les personnes à approfondir leurs propos, surtout que les personnes interrogées sont des personnes en souffrance psychique et qui ont donc des difficultés pour exprimer ce qu'ils ressentent.

En m'inspirant du conseil de Tétreault et Guillez (2014, p. 226) de partir d'une question traitant du concret et du particulier pour aller vers le global, j'ai fait le choix de commencer l'entretien en demandant à la personne depuis combien de temps elle participe à l'atelier d'ergothérapie. Cette question me permet d'avoir une idée de l'investissement de cette personne dans l'atelier tout en centrant dès le départ l'entretien autour du thème de l'ergothérapie. L'atelier d'ergothérapie n'est pas obligatoire : les personnes sont invitées à venir une première fois puis on le choix de revenir ou non la fois d'après. On peut donc

---

<sup>17</sup> Cf. Annexe. I, p. ii

émettre l'hypothèse que, si un patient participe depuis un certain moment à l'atelier, c'est qu'il y voit un véritable intérêt.

La deuxième question, portant sur la description d'un objet réalisé en ergothérapie qui soit important pour la personne, maintient ce caractère concret tout en permettant à la personne de se remémorer ses objets créés et le sentiment que leur renvoyait cette création. Cela me permet d'enchaîner plus facilement sur la troisième question traitant de leurs réflexions lors de la création de l'objet. Les personnes auront déjà l'objet en tête et pourront donc plus facilement revivre les instants de la création. La troisième question est très importante pour mon étude car elle me permet d'avoir un aperçu du vécu et des processus mis en place lors de la création par la personne.

Les questions commencent à se généraliser à partir de la quatrième, où je demande à la personne si elles pensent à leurs objets en-dehors du temps de l'atelier d'ergothérapie. Cette question permet d'avoir une idée que prend la place de l'objet et de l'ergothérapie dans leur esprit, c'est-à-dire de l'investissement psychique de l'objet. J'é mets l'hypothèse que, si les patients pensent à leur objet en dehors des séances d'ergothérapie, cela implique que les processus psychiques mis en place lors de la création sont maintenus même hors de l'atelier. On pourrait donc penser qu'un travail psychique continue à s'effectuer en lien avec cet objet. Ceci pourrait être mis en lien avec la fonction de rêverie définie précédemment. Si les patients expriment qu'ils leur arrivent de penser à leur objet, pas forcément de façon concrète et réfléchi, alors on peut supposer qu'une rêverie est formée autour de l'objet.

La cinquième question porte sur ce que l'ergothérapie apporte aux personnes interrogées. Cette question me permet de comprendre la raison de leur participation à l'atelier au travers de leurs propres termes. On pourra ainsi associer des termes énoncés par les personnes interrogées avec des notions de rêverie et de distanciation avec le quotidien qui est peut-être source de souffrance.

La dernière question cherche à savoir si, à d'autres moments de leur journée, ils se sentent comme en ergothérapie. Cette question me permet d'aborder de façon indirecte leur état psychique lorsqu'ils sont en détention. Par ceci, on peut aborder la différence entre l'atelier d'ergothérapie et le reste de leur vie quotidienne et ainsi avoir des renseignements supplémentaires sur les processus psychiques mis en place lors de l'atelier qui permettent

cette distinction. Ces processus psychiques pourront être mis en lien avec la rêverie. Cette question permet aussi d'approfondir l'apport de l'ergothérapie dans leur quotidien.

### *1.3. Choix de la population*

La sélection des personnes interrogées s'est faite par contrainte. Comme expliqué précédemment, je souhaitais interroger les patients sur leurs ressentis vis-à-vis de l'ergothérapie et des objets qu'ils réalisaient. Or, actuellement, les principales structures pénitentiaires où interviennent les ergothérapeutes sont les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). De plus, les patients des SMPR étant des personnes souffrant de pathologies mentales, elles sont d'autant plus en risque de souffrir psychiquement de la détention. J'ai donc fait le choix d'interroger des détenus suivis en SMPR.

En raison des difficultés administratives pour l'admission d'une personne extérieure en structure pénitentiaire, j'ai interrogé des patients du SMPR où j'ai réalisé mon stage. L'enquête s'effectue donc avec des patients d'un même service de soins. Ces personnes devaient avoir participées à des ateliers d'ergothérapie depuis au moins deux mois. Ce critère d'inclusion a été choisi en fonction du contexte carcéral : les blocages en sein de la détention entraînent régulièrement l'impossibilité pour un patient de venir à une séance. En sélectionnant des patients en ergothérapie de plus de deux mois, j'étais sûre que ces patients avaient pu assister à plusieurs séances d'ergothérapie et ainsi avoir peut-être initié un processus thérapeutique.

La taille escomptée de l'échantillon était de cinq à dix détenus participant à l'atelier d'ergothérapie au sein du SMPR pour pouvoir avoir des réponses variées et avoir de la matière sur laquelle travailler. Au final, je n'ai pu interroger que 5 personnes. Ce résultat est dû à la fois au critère d'inclusion et au contexte du milieu carcéral. Les transferts de détenus sont réguliers et peuvent se dérouler du jour au lendemain. Il est donc peu fréquent que des patients restent pendant un long laps de temps en atelier d'ergothérapie. De plus, avant de pouvoir effectuer mes entretiens, il m'a fallu faire une liste avec le nom des personnes que je souhaitais interroger pour qu'elle soit validée par les psychiatres référents et l'administration pénitentiaire. Il m'a été rapporté que deux des patients choisis ne pouvaient pas être pris en entretiens car ils n'avaient pas encore reçu leur jugement et que seuls les condamnés pouvaient être interviewés.

#### *1.4. Réalisation des entretiens*

Avant la passation des entretiens, j'ai présenté mon sujet d'initiation à la recherche ainsi que ma grille d'entretien auprès des médecins psychiatres référents pour avoir leur accord. Lorsque les réponses étaient positives, je demandais aux patients s'ils acceptaient de participer à cette étude et, si oui, on fixait un temps après un atelier d'ergothérapie pour réaliser l'entretien.

Au départ, je souhaitais pouvoir m'entretenir seule avec les patients, en enregistrant les entretiens pour ensuite pouvoir les retranscrire de la manière la plus fidèle possible. Or, le milieu carcéral étant un lieu fermé où les filtres d'entrée ne permettent pas d'apporter du matériel électronique, j'ai dû rédiger une lettre à l'intention de l'administration pénitentiaire pour demander l'autorisation de faire entrer un outil d'enregistrement audio<sup>18</sup>. Au cas où la réponse serait négative, j'ai dû envisager une autre solution de retranscription des entretiens.

Une première possibilité était que j'écrive manuellement les réponses des personnes au moment-même de l'entretien. Mais cela impliquerait que je serais moins disponible dans mon attention et dans mon écoute de la personne. De plus, cela induirait que je serais moins réceptive à leur langage non-verbal.

Une deuxième solution était qu'une troisième personne participe à l'entretien en tant que scribe. Cette personne serait chargée d'écrire tout ce qui est dit lors de l'entretien, les paroles, les temps d'attentes ou encore les réactions émotives des personnes présentes. Il serait préférable que cette personne soit la même pour tous les entretiens, pour que la manière de faire soit toujours la même. Cette personne devrait, de préférence, ne pas être une personne connue du patient, pour que ce dernier puisse s'exprimer librement, sans que sa relation à la troisième personne entre en conflit avec la validité des réponses.

Suite à la réalisation de ces entretiens, j'ai pris le temps de corriger les retranscriptions effectuées par ma collègue en y rajoutant le langage non-verbal des personnes, tels que les moments où ils ont souri ou lorsqu'ils m'ont montré des objets.

---

<sup>18</sup> Cf. Annexe II, p. iv

### *1.5. Les limites de cette enquête*

En raison de son contexte de passation, l'enquête a été effectuée sans possibilité d'enregistrement. Malgré un envoi du courrier à la pénitencière près d'un mois avant la fin de mon stage, je n'ai eu une réponse positive que trois jours avant mon départ. En conséquence, avec l'accord des personnes interrogées, j'ai demandé à une autre stagiaire en ergothérapie qui ne les connaissait pas, de bien vouloir être le scribe lors des entretiens. Ceci implique qu'une partie des propos des personnes n'a pas pu être retranscrite, malgré les efforts de ma collègue stagiaire.

## **2. Analyse et discussion des résultats**

### *2.1. Analyse des résultats*

#### 2.1.1. Présentation des patients interrogés et de l'atelier d'ergothérapie

Comme expliqué précédemment, j'ai interviewé cinq personnes participant aux ateliers d'ergothérapie depuis plus de deux mois. Pour raison de confidentialité au sein de la structure pénitencière, un diagnostic précis de leur pathologie n'a jamais été retranscrit par les médecins psychiatres. Ceci n'est pas gênant pour la suite de cette recherche car le fait que ces patients soient suivis au SMPR permet d'affirmer qu'ils présentent tous un trouble psychique.

Ces patients sont : M. B. (entre 22 et 28 ans ; date de naissance incertaine), M. C. (début trentaine), M. R. (26 ans), M. O. (24 ans) et M. Y. (fin vingtaine).

L'ensemble de ces patients participaient en ergothérapie à un atelier polyvalent. La participation à cet atelier est non-obligatoire : les patients sont invités à venir découvrir l'atelier une première fois puis sont libres de revenir s'ils le souhaitent. La participation ou non à l'atelier d'ergothérapie n'influence en rien l'aménagement de peine du patient suivi au SMPR de façon générale. Cet atelier se déroulait dans la salle d'ergothérapie, au sein du SMPR. Entre 5 à 6 patients venaient pour 2h en séance pour réaliser des objets en utilisant du matériel d'art graphique et créatif (mosaïque, quilling, dessin, peinture, construction de meubles en carton...). De la musique était présente lors des séances via une chaîne de radio. À mi-temps de l'atelier, les patients s'arrêtaient dans la réalisation de leurs objets pour boire le thé ensemble et discuter sur des sujets de conversation diverses. Une fois un objet terminé,

son créateur pouvait soit demander à l'administration pénitentiaire une autorisation pour le remonter en cellule, soit demander à ce qu'il soit sorti au parloir.

### 2.1.2. Présentation des résultats

Pour présenter les résultats de mes enquêtes, j'ai fait le choix d'utiliser une analyse transversale. Cela me permet de synthétiser et de rassembler les réponses des cinq patients pour une même question pour ensuite faciliter l'analyse des résultats.

- Question 1 : « Depuis combien de temps venez-vous aux ateliers d'ergothérapie ? »

A cette première question, les réponses des cinq personnes vont de deux mois (période minimale pour mes critères d'inclusion) à deux ans. M. O. est le patient étant arrivé le plus récemment et M. R. celui qui participe aux ateliers depuis le plus longtemps. M. B. explique avoir commencé à venir aux ateliers depuis un an. M. Y. et M. C., quant à eux, participent tous les deux aux ateliers d'ergothérapie depuis environ 6 mois.

Ces derniers ont développé leur réponse. M. C., par exemple, commence par expliquer comment il est arrivé en atelier : « *J'ai commencé à voir le Dr. B. en mars/avril et je crois que j'ai commencé l'ergothérapie en fin mai/début juin... Donc ça a pris plusieurs mois.* » Puis il continue en exprimant son ressenti par rapport à l'atelier « *Mais depuis ce jour, c'est cool, c'est beau... Franchement c'est bien.* ».

M. Y., quant à lui, a nécessité plusieurs relances pour me donner une réponse chiffrée. Sa réponse initiale était « *Je ne compte pas trop le temps, je sais qu'il me reste beaucoup de temps* ». Après une relance, il me demande si je ne parle que d' « *En ergo vraiment* ». Après un temps de pause, de réflexion, il répond « *Six mois. Six mois sûrs.* ».

Pour préciser les réponses à cette première question, je leur ai posé plusieurs sous-questions :

- « Comment avez-vous connu l'ergothérapie ? »

Sur cinq patients, trois m'ont répondu par une phrase que c'était par le docteur psychiatre : M. B., M. O. et M. Y.

Pour M. C., l'ergothérapie est une demande personnelle (« *c'est moi qui ai demandé l'ergothérapie* ». Il explique que, suite à sa demande de faire des activités, le psychiatre lui a proposé l'ergothérapie « *pour reposer [son] esprit* ». Après un moment de silence, M. C. ressent le besoin de définir « *[sa] maladie [qui] est la bipolarité* » et d'en présenter les symptômes pour expliquer ce besoin de « repos » : « *On pense, on pense beaucoup et on a l'impression qu'on est plusieurs dans sa tête. J'ai l'impression d'entendre des voix. Je sais qu'elles ne sont que dans la tête mais elles prennent de la place.* ». Après une relance sur la proposition de l'ergothérapie par son médecin psychiatre, M. C. confirme que c'est ainsi qu'il a connu l'atelier et rajoute que « *jours après jour ça allait de mieux en mieux* ».

M. R., malgré plusieurs reformulations de la question, ne l'a pas comprise. Il explique qu'il se sent bien en ergothérapie, que ça lui permet de « *faire des trucs pour [se] souvenir* » et que ça lui permet de passer le temps.

○ « *Connaissez-vous l'ergothérapie avant d'avoir participé à un atelier ?* »

A cette question, deux patients ont répondu que non (M. B. et M. C.) et deux ont répondu oui (M. O. et M. Y.). M. R. n'a pas répondu à cette question, ne la comprenant pas non plus.

M. C. explique cette réponse négative en justifiant que lors de ses précédentes incarcérations, il cherchait « *la promenade et la bagarre* ». Il continue ensuite en définissant ce qu'il a ressenti aux premières séances d'ergothérapie. Il exprime qu'en voyant le travail des autres, il s'est dit « *Ah ouais, quand même, on peut faire des beaux trucs !* ». Il énonce que son objet en cours de création lui « *confirme [...] des capacités manuelles et qu'on peut faire des choses qu'on ne savait pas qu'on pouvait faire* ».

M. O. et M. Y. ont tous les deux répondu qu'ils avaient déjà entendu parler de l'ergothérapie. M. O. en avait déjà fait dans une autre prison. Il précise que ce n'était pas les mêmes activités qui étaient proposées : « *C'était de la cuisine, du sport... Pas comme ça.* ».

M. Y., quant à lui, a entendu parler de l'ergothérapie mais n'y avait jamais participé avant. Il explique qu'il en avait entendu parler à l'hôpital, notamment de « *l'ergothérapie de la main* ». Pourtant, bien qu'il exprime connaître l'ergothérapie, il rajoute qu'il ne sait pas

ce que le terme veut dire. Après une brève explication, il répond faire de l'ergothérapie « *tous les jours sans le faire exprès. [Temps de pause] C'est s'occuper, finir le travail, à peu près.* ».

- Question 2 : « Pouvez-vous me décrire un objet réalisé en ergothérapie qui est important pour vous ? »

Après quelques sollicitations, les 5 personnes interrogées ont répondu à la question.

Bien que M. O. participe à l'atelier d'ergothérapie depuis moins longtemps que les autres, il a tout de même réalisé plusieurs objets. Il m'explique que son premier objet était une mosaïque représentant un chameau avec « Tunisie » écrit dessus. Il énonce également que l'objet est maintenant dans sa cellule. Lorsque questionné sur le choix de la remontée de cet objet en cellule, il explique avec un sourire que c'est « *un souvenir* », tout comme ces autres objets.

M. C., n'ayant pas encore aboutit son premier objet, a parlé de ce dernier. Il le définit comme « *le premier job* » qu'il a fait depuis qu'il participe à l'atelier d'ergothérapie. Il explique qu'il l'a fait pour sa fille mais regrette ce choix en voyant le résultat : il aurait préféré faire le portrait de sa fille. Il développe sa réponse en émettant des idées pour de prochains projets tels qu'un lustre ou encore un doudou : « *un doudou que son papa a fait quoi* ». Il va même jusqu'à décrire le matériel qu'il pourrait utiliser et le nombre de séances que cela lui prendrait.

M. Y., participant depuis aussi longtemps que M. C. à l'atelier, a quant à lui réalisé plusieurs objets. Sa réponse initiale à la question était « *Euh... Je t'aime avec un cœur pour ma mère.* ». Après sollicitation pour savoir à quoi ressemble l'objet, M. Y. développe en une phrase qu'il y a « *un requin avec un cœur et je t'aime et un soleil et un oiseau* ». Enfin, quand on le questionne sur le devenir de cet objet, M. Y. répond qu'il le garde en salle d'ergothérapie en attendant pouvoir le donner à sa mère au parloir.

Après m'avoir énuméré les différents types d'objets qu'il a réalisés en ergothérapie, M. B. m'énonce avoir fait une mosaïque d'une « *tortue avec de l'eau autour* ». Il m'explique après réflexion qu'il l'a gardé avec lui en cellule car « *C'est quelque chose d'important pour [lui]* ». Il ponctue cette phrase en se pointant le torse bombé.



Le dernier patient, M. R. a également parlé d'une mosaïque. Il la décrit en riant comme un cadre avec une écriture en arabe. M. R. a gardé son objet mais l'a sorti au parloir pour le laisser à sa famille. Lorsque je lui ai demandé la raison, il m'a répondu que c'était lui « *qui a fait le travail, c'est tout* » et qu'il aimait la mosaïque. Il exprime également avoir des objets en cellule qui lui font se sentir « *fier* » et « *bien* » quand il les regarde.

➤ Question 3 : « A quoi pensez-vous quand vous créez un objet ? »

A cette question, les réponses des cinq personnes présentent la notion de se concentrer sur son objet.

M. B. pense « *à faire quelque chose [qu'il n'a] jamais connu, [qu'il n'a] jamais fait* ».

M. R. et M. O. expriment vouloir faire « *un beau travail* ». M. R. explique qu'il pense principalement à « *finir l'objet* » en prenant son temps et se concentrant pour aboutir à un beau travail. M. O., quant à lui, exprime penser à comment bien faire sa mosaïque mais présente également d'autres réflexions : « *des fois je pense ailleurs. Des fois je pense à mes collègues ici* ».

M. Y. commença tout d'abord par m'expliquer que son objet lui permettait de montrer à sa mère qu'il ne l'avait pas oublié pendant son incarcération, mais qu'au contraire, il pensait à elle. Après une répétition de la question, il m'énonce ne penser « *à rien, [...] à bien faire* », à s'appliquer. Tout comme M. R., il exprime faire son objet pour qu'il « *soit joli* ». Il continue en expliquant qu'il « *ne pense pas à des problèmes de dehors, des problèmes de dedans. On ne pense pas quand on s'occupe. C'est quand on ne s'occupe pas qu'on pense.* ».

Cette idée de ne pas penser à ses problèmes lors de la création est reprise par M. C. Ce dernier exprime ne plus entendre les voix dans sa tête lorsqu'il est concentré : « *Il n'y a rien qui vient me parasiter l'esprit car je suis dans mon truc. Je suis bien.* ».

➤ Question 4 : « Pensez-vous à vos objets en dehors de l'atelier d'ergothérapie ? »

Sur les cinq patients, trois ont immédiatement répondu de façon affirmative. Les deux autres patients ont initialement nié le fait de penser à leur objet en dehors de l'atelier d'ergothérapie mais, dans le développement de leur réponse, le contraire est impliqué.

M. Y. est le seul patient dont la réponse initiale est une négation non-ambiguë : « *dès que je ne suis plus en ergothérapie, je ne suis plus en ergothérapie. Je retrouve le milieu carcéral.* ». Il exprime pourtant vouloir rapporter des objets réalisés en ergothérapie à sa cellule car il « *aime bien Che Guevara avec le poisson que j'ai fait* ».

M. O., M. C. et M. R., quant à eux, sont les patients qui expriment penser à leurs objets en dehors de l'atelier. Les trois répondent à la question avec enthousiasme, en hochant la tête avec leur affirmation. M. R. énonce même penser aux séances d'ergothérapie « *avec plaisir* ». M. O. et M. C. expliquent qu'ils y pensent « *en cellule* », comme ils n'ont « *rien à faire* ». Ils pensent à ce qu'ils vont faire aux prochaines séances. M. C. développe en disant qu'il « *pense à des trucs [qu'il aurait] pu faire, à ce [qu'il pourrait] faire dans le futur.* ». Il explique également que l'ergothérapie lui donne des idées pour faire des choses en cellule : « *Je vois des trucs ici et ça me donne des idées pour là-haut* ».

Bien qu'initialement M. B. ait répondu ne pas penser à ses objets en dehors de l'atelier d'ergothérapie, il exprime également, après un temps de réflexion, réfléchir « *à faire quelque chose, un objet* » et la façon dont il le ferait. Il se justifie en expliquant, tout comme M. O. et M. C. qu'il « *n'y a rien à faire en cellule* ».

Les cinq patients sont également unanimes sur le fait qu'ils abordent ce qu'ils font en ergothérapie avec des personnes extérieures à l'atelier. Ils expriment tous parler des objets qu'ils font avec des « *collègues* » de bâtiment. M. R. dit même montrer à « *un collègue [...]* *le truc que je fais* ». M. C., quant à lui, explique qu'il en parle à son co-cellulaire et que ce dernier « *aimerait bien voir [sa mosaïque]* ». M. Y. et M. B. disent également expliquer à d'autres détenus ce qu'ils font en ergothérapie, mais sans trop rentrer dans les détails : « *La prison ici, ici c'est presque chacun son problème. Faut pas trop raconter ce que tous les jours on fait.* » (M. Y.).

M. C. et M. R. développent également la notion d'en parler avec leurs proches. M. R. dit parler avec sa famille sur « *le travail [qu'il fait] ici et ils [lui] disent que c'est bien.* ». M. C. en parle à sa femme et à ses parents de l'avancée de son objet et a prévenu sa fille

qu'il avait une surprise pour elle. M. C. continue en exprimant une fierté de ce qu'il a fait. Il m'explique avoir réclamé à l'ergothérapeute titulaire « *d'allonger les périodes* » ou de permettre aux patients de venir directement en atelier au lieu d'attendre en salle d'attente. Il explique ce besoin de venir plus longtemps en ergothérapie par le fait que « *ici, on se sent bien, avec des personnes qui viennent pour nous aider* ». Il compare les personnes en ergothérapie avec ceux en détention qui « *eux-mêmes entre eux ne s'aident pas.* ».

➤ Question 5 : « Pour vous, que vous apportent ces séances d'ergothérapie ? »

A cette question, plusieurs thèmes ont été abordés par l'ensemble des patients interrogés. Le premier était le fait que l'ergothérapie permettait de « *faire des trucs* » (M. B., M. R. et M. O.). Pour les cinq personnes, l'ergothérapie permettrait d'avoir quelque chose à faire, au contraire de la détention où « *en cellule il n'y a rien à faire* » (M. O.). M. B. exprime d'ailleurs un certain énervement face à cette absence d'activité : « *des fois, ça m'énerve des fois en cellule : vous ne pouvez rien faire en cellule* ». M. Y. exprime aussi se sentir « *mieux [en ergothérapie] qu'en cellule [où] c'est toujours la même chose.* ». Il explique également que cela permettait « *d'offrir des cadeaux* », chose qu'il n'avait jamais faite auparavant pour sa famille. M. C., quant à lui, développe sa réponse en expliquant qu'il sait qu'il ne vient pas en ergothérapie pour rien : « *Chaque jour on fait un petit truc. Quand ça avance, on est content. Quand ça n'avance pas bien, c'est pas grave, on est quand même content...* ». Cette notion de « faire des choses » est toujours associée à celle que les séances d'ergothérapie permettent de « *passer le temps* ».

De plus, M. R., M. Y. et M. C. opposent tous les trois le temps passé en ergothérapie à la détention. M. Y. explique qu'en ergothérapie « *on sent moins la semaine passer et c'est comme si pendant un moment on n'était pas en prison* ». Pour lui, « *ça change un peu* » de la violence présente en promenade : « *en promenade, ils coupent presque tous les jours* ». M. R. exprime également qu'il vient « *pour passer le temps, pour oublier des choses* ». Il énonce ressentir un mieux-être en ergothérapie qu'en détention : « *Je viens là je me sens bien. Je me sens pas bien en prison* ». Pour lui, faire un objet en ergothérapie lui permettrait « *d'oublier le présent* » et de se détacher du lieu où il se situe concrètement : « *Je vois loin car j'habite ici [...] Je me sens bien, comme je pars loin [temps de pause] Comme quand je vais à la mer* ». Les propos de M. C. font écho à ceux de M. R. : « *on est là pour oublier qu'on est en prison* ». Il continue en décrivant les difficultés du contexte carcéral : l'enfermement en cellule, les bagarres en promenade et en les comparant à l'ergothérapie

qu'il décrit comme « [ouvrant] *une autre dimension* [temps de pause] *Ça ouvre vraiment un autre horizon par rapport à tout le contexte carcéral* ». Tout comme M. R., M. C. précise ressentir un certain mieux-être en séance d'ergothérapie : « *Ici je ne suis jamais en colère.* ».

Une troisième notion, abordée par quatre patients, est l'importance du caractère social des séances d'ergothérapie. M. B. énonce qu'il peut « *échanger un peu* » avec « [ses] amis » et que ça le change de la détention : « *C'est pas la même mentalité [...] : on rigole, on est ensemble... [...] Ça me fait plaisir quand je viens ici* ». M. Y. énonce également que « *c'est différent* » en citant la pause de thé. Cela fait référence au cadre de l'atelier où les patients prennent une pause de quinze minutes pour discuter et boire le thé ensemble. Enfin, M. C. aborde également cette notion en parlant de l'atmosphère « *détendue* » et solidaire en ergothérapie : « *Petit à petit, on apprend à se connaître. Et puis on peut comprendre. On peut comprendre quand quelqu'un ne va pas bien [...] à cause de la détention* ».

Enfin, à la sous-question sur ce qui leur plait en ergothérapie, trois patients ont répondu par « *finir le plus vite possible* ». Pour M. B. c'est « *de faire juste, comme il faut, mais le plus vite possible* ». Il rajoute après réflexion que « *c'est un peu la patience aussi* ». M. C., quant à lui, développe sa réponse de « *finir vite mon truc* » par le fait que « *louper une séance [le] flingue* ». Il explique être pressé de voir le résultat final et que c'est cela qui le motive : « *J'ai même peur d'être transféré avant de le finir* ». Pour lui, le finir représenterait « *une fierté, que ce n'est pas du temps perdu* ». M. Y. développe également cette idée : « *J'aime bien quand c'est la fin. Quand tout est fini je dis « c'est bon, j'ai réussi.* » ». Il explique cette satisfaction par le fait qu'il est « *quelqu'un d'impulsif* » qui ne finit pas habituellement ce qu'il commence. M. Y. rajoute également que ce qui lui plait en ergothérapie est « *l'art* » car « *ça exprime ce que l'on pense. Ça donne un physique à ce que l'on pense.* ». M. C. lie également l'ergothérapie à l'art. Pour lui, venir en atelier développerait sa « *fibres artistique* » alors que ne pas venir en séance d'ergothérapie lui procurerait « *un manque* » : « *j'ai envie de finir mon petit cadre et de faire autre chose et me surprendre moi-même que je suis capable de faire quelque chose de mes dix doigts* ». Cette notion d'activité artistique et créatrice est également abordée par M. R. qui explique que ce qui lui plait en ergothérapie est la « *mosaïque, tous les objets, tout truc travail, c'est bien, dessin...* », c'est-à-dire des activités créatives.

- Question 6 : « Est-ce qu'il y a d'autres moments de la journée où vous vous sentez comme en ergothérapie ? »

A cette dernière question, l'ensemble des patients ont répondu négativement. M. R., après un temps de réflexion, m'a simplement répondu « non ». Les autres personnes ont développé leur réponse en comparant généralement avec la détention.

M. O. exprime « *qu'il n'y a qu'ici où [il se sent] bien, tranquille, où [il peut] faire quelque chose* ». Pour M. Y., « *la prison et l'ergothérapie ça n'a rien à voir !* » Il décrit l'ergothérapie comme un endroit qui « *ressemble à la liberté. Et dès qu'on quitte l'ergothérapie, on se ressent comme en prison* ». M. B. explique qu'il est « *ici à l'aise, avec [ses] copains et copines* ». Il exprime une satisfaction à pouvoir bouger pour faire ses objets, ce qui n'est pas possible dans sa cellule : « *on dirait du sport automatique : de faire comme ça et puis comme ça [mime des gestes : attraper des grands objets et les tourner dans tous les sens, s'accroupir pour observer des éléments]* ».

M. C., quant à lui, explique se sentir mieux en général, se sentir « *dans un bon état d'esprit* ». Il exprime ne pas savoir si cela est uniquement dû à l'ergothérapie mais il se sent plus actif et souhaiterait avoir plus de temps d'atelier. En comparant les ateliers proposés en détention avec l'ergothérapie, il exprime que cette dernière représente deux heures où « *[il n'est] plus en détention : on n'y pense pas, on est dans notre délire* ». M. C. rajoute que l'ergothérapie l'a motivé : « *mon projet m'a motivé* ». Pour lui, l'ergothérapie « *n'est pas du soin médicamenteux mais psychologiquement ça joue sur le moral* ». Suite à cette réponse, M. C. reste silencieux avant de spontanément reprendre à parler de son objet, sur le développement de sa technique et sur un prochain projet : « *pourquoi pas une sculpture* ». Durant ce moment, il s'arrête plusieurs fois de parler, les yeux dans le vide, comme si perdu dans ses pensées avant de reprendre « *Je ne sais pas si ça soigne mais c'est bien. Psychologiquement ça aide. Ça fait travailler le cerveau* ». Il continue en expliquant qu'avant de commencer l'ergothérapie, il ressentait l'envie de ne rien faire alors qu'ici, ils peuvent « *développer des capacités et d'autres aptitudes* » et « *[penser] à autre chose* ». Enfin, il aborde la notion de la « *réinsertion par l'ergothérapie* ». Sur sollicitation, il explique que par le contact avec des gens extérieurs au milieu pénitentiaire, les patients peuvent « *se sentir dans la société* » : « *En détention, ça se déchire, ça se bastonne, il y en a qui se scarifient eux-mêmes, les surveillants, ils nous traitent comme des chiens... Ici, on boit le thé, on est bien au chaud...* »

## 2.2. Discussion

### 2.2.1. Mise en lien des réponses de l'enquête et du cadre théorique

En analysant ces réponses, il est possible de faire des liens entre ce que les patients ont répondu et les théories présentées précédemment pour vérifier la validité ou non de mon hypothèse. Pour ce faire, j'ai regroupé les réponses sous trois thèmes principaux : la souffrance psychique que les patients associent au milieu carcéral, l'apport de la médiation en ergothérapie pour les patients et la rêverie mise en place lors des activités.

#### La souffrance psychique associée à la détention

Dans cette analyse, j'ai fait le choix de ne traiter que des facteurs de souffrances psychiques liées à la détention. Mais il est important de garder en tête que se sont des réponses de patients suivis en psychiatrie et donc présentant initialement des souffrances psychiques autres que celles associées au contexte carcéral. Le fait que ce soit des personnes souffrant déjà psychologiquement, la difficulté de la détention est d'autant plus sensible.

Bien que cela semble évident, les cinq patients m'ont parlé négativement de leur vie au sein du milieu carcéral. Ils ont exprimé ressentir un sentiment de mal être face aux conditions de détention. Deux patients (M. C. et M. Y) m'ont parlé de la violence au sein de la détention pendant que deux autres (M. O et M. B) m'ont décrit ressentir de l'énervement face à l'absence d'activité possible dans leur cellule, ce qui renforcerait leur mal être. Ces réponses peuvent être rapprochées de sentiments d'angoisse et d'anxiété qui sont des caractéristiques de la souffrance psychique telle que définie par le Centre d'analyse stratégique.

Cette souffrance psychique associée à la détention est souvent exprimée en opposition avec leur vécu de l'ergothérapie. Par exemple, la majorité des informations sur les conditions de vie en détention ont été données à la dernière question, lorsque je leur ai demandé s'il y avait d'autres moments où ils se sentaient comment en ergothérapie. Tous les détenus m'ont répondu que non en m'expliquant leurs vécus en détention (sauf pour M. R.).

#### L'apport de la médiation en ergothérapie dans la diminution de la souffrance psychique

Nous pouvons tout d'abord constater que l'ensemble des patients participent régulièrement aux ateliers d'ergothérapie depuis plusieurs mois voire plusieurs années. Ceci

permet de mettre en avant qu'ils semblent avoir investi l'atelier et y trouveraient un intérêt personnel. Cette notion est renforcée par le fait que, pour la plupart des personnes, la proposition de participer aux ateliers venait de leur médecin psychiatre et n'était pas une demande personnelle. Ceci signifie que les patients auraient pu ne pas aimer ce qui était fait en atelier et décider de ne pas revenir. Enfin, pour l'un des patients, il semblerait qu'un processus thérapeutique ait été mis en place. M. C. associe l'ergothérapie à son suivi avec son médecin psychiatre, ce qui laisse penser qu'il percevrait un lien entre l'ergothérapie et son suivi thérapeutique. La suite de sa réponse (« *Mais depuis ce jour, c'est cool, c'est beau... Franchement c'est bien.* ») présenterait des indicateurs qu'un processus thérapeutique est mis en place, notamment les termes « beau » et « bien », qui montreraient un certain investissement psychique dans sa participation à l'atelier. Par ces termes, M. C. énonce une opinion positive.

On retrouve cette caractéristique positive de l'ergothérapie dans les propos de la majorité des patients, qui associent l'ergothérapie à un mieux-être. L'ensemble des cinq personnes expriment ressentir une certaine fierté quand ils voient leurs objets (M. B., M. C. et M. R.). De plus, ils les décrivent comme « beaux » ou recherchant le beau, tout en utilisant des adjectifs possessifs (« *Ma Reine des Neiges* » M. C., « *mon travail* » M. R. ou « *mon objet* » M. B.). Cette description positive de leurs objets, avec la qualité d'appartenance, semble également mettre en avant un sentiment de bien-être face à l'activité, un sentiment de valorisation par leur création. On pourrait émettre l'hypothèse que l'ergothérapie, par ces sentiments positifs, diminuerait pendant un temps la souffrance psychique de ces patients et pourrait permettre au patient un rapport à lui-même, un recentrage valorisant.

Ce sentiment de bien-être est souvent confronté à leur vie en détention. M. C. et M. Y. distinguent l'atelier d'ergothérapie et la bagarre en détention : l'ergothérapie serait donc opposée à la violence et la souffrance (au moins physique). De plus, la plupart des patients expliquent qu'ils peuvent agir en atelier alors « *qu'il n'y a rien à faire en cellule* ». On peut rapprocher ceci d'une phrase d'Isabelle Pibarot qui dit que c'est dans le « faire » qu'on arrive à « être ». Ainsi, c'est par l'agir en séance d'ergothérapie qu'ils retrouveraient une partie de qui ils sont. Ceci peut être illustré par les propos de M. C. qui associerait l'action de faire une activité à une diminution de ses symptômes, de sa souffrance psychique. Si l'on synthétise sa réponse, les séances d'ergothérapie créent chez lui un mieux-être car elles lui permettent de se reposer l'esprit en faisant une activité. On peut donc supposer que l'acte de

créer le conduirait à se décentrer de ce qui mobilise sa souffrance psychique. Ce mieux-être par l'activité est abordé par les cinq détenus qui expliquent que l'ergothérapie leur permet de « *passer le temps* » et de ne se concentrer que sur l'activité. La notion de faire passer le temps pourrait faire allusion aux conditions de détention où le temps peut sembler long en raison d'un manque d'activité. Plusieurs patients ont exprimé ne penser qu'à l'objet pendant la phase de création (M. Y. et M. B.). M. Y. développe en expliquant qu'en se concentrant sur son objet, il en oublie ses problèmes. L'ergothérapie diminuerait donc la souffrance liée à l'absence d'activité et en permettant aux patients de se détacher de leurs problèmes du quotidien en dirigeant leur esprit vers autre chose.

Enfin, une autre notion qui met en avant l'ergothérapie comme moyen de diminution de la souffrance psychique est le caractère familial et solidaire rattaché à l'atelier. M. B. explique que ça lui fait plaisir de venir à l'atelier car il peut y discuter et rigoler avec des amis, M. Y. parle des pauses de thé où tout le monde s'arrête dans leur activité pour discuter, pendant que M. C. exprime qu'en ergothérapie, les différents patients apprennent à se connaître et peuvent comprendre les difficultés que chacun vit en détention. L'apport ne serait donc pas uniquement tourné vers l'objet. Le fait que pour M. B., « *ça change dans la tête* » lorsqu'il discute avec les autres participants de l'atelier (on peut se demander s'il veut dire « *ça change les idées dans la tête* ») pourrait impliquer que lorsqu'il est en ergothérapie, il n'a pas les mêmes réflexions en lui qu'en dehors. Ceci permettrait d'illustrer que ce n'est pas l'activité qui serait thérapeutique mais bien la médiation, c'est-à-dire l'activité dans un cadre précis et la relation entre le patient et le thérapeute et le groupe. Cette notion est également visible dans les propos de M. C., qui parle beaucoup de sa confiance en l'ergothérapeute référente : le transfert ne serait pas uniquement sur l'objet mais également sur l'ergothérapeute. Ces propos peuvent être compris tels que le lien entre la fonction de l'ergothérapeute et du rôle de la mère dans le développement psychique de l'enfant (Winnicott et Bion), comme expliqué par Mme Pibarot et Mme Donaz.

### La rêverie au sein de l'atelier d'ergothérapie

Tout au long de l'analyse des réponses aux entretiens, je me suis rendu compte qu'il m'était difficile de distinguer les notions de rêverie, de pensées, d'imagination ou de souvenirs abordées par les patients. Bien que j'aie tenté de les définir précédemment pour pouvoir réaliser cette analyse, les différencier dans des propos concrets n'était pas évident.



Une association à la rêverie peut tout d'abord être perçue dans l'association de l'ergothérapie avec le fait de s'occuper, de ne pas s'ennuyer en s'occupant l'esprit (M. Y. et M. C). Cette notion pourrait être rapprochée de celle de la rêverie car dans les deux cas, l'esprit de la personne n'est pas dirigé vers des problèmes personnels ou des angoisses, mais vers une activité ou une action qui nécessite un minimum de concentration tout en laissant une place à la distraction.

Un autre lien entre l'ergothérapie et la rêverie peut être retrouvé lorsque les patients décrivent les objets créés comme des souvenirs (M. O. et M. R.). Or, pour Bion, un souvenir est à opposer aux expériences sensorielles brutes (éléments-bêta). De plus, lorsqu'une personne se remémore un souvenir, ce dernier se présente de façon involontaire, souvent associé à un sens (une odeur, une sensation tactile, la vision d'un objet...). La rêverie, quant à elle, est ce qui permet de transformer les éléments-bêta en expérience capable d'être pensées en souvenir. C'est un processus psychique qui se déroule à l'état conscient, sans contrôle volontaire sur nos pensées. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ces patients associeraient des souvenirs à leur création en ergothérapie et pourraient être donc en proie au processus de rêverie. De plus, les objets semblent présenter un lien avec leur vie quotidienne et l'environnement extérieur à l'atelier (mosaïques dont les motifs sont associés à leurs origines géographiques). On peut donc supposer que lors de la création, ces messieurs aient pensé à des souvenirs de leur vie antérieure ou que l'objet mobilise une rêverie non verbalisable, ce qui est le propre de la rêverie. Ceci pourrait être illustré par les propos de M. O. qui explique ne pas réellement savoir à quoi il pense quand il fait son objet en ergothérapie. De plus, dans le cas de M. O., l'objet étant maintenant en cellule, on peut émettre l'hypothèse qu'en la regardant, il se remémore ses ressentis et son investissement lors de la réalisation de la mosaïque. L'objet créé en ergothérapie pourrait donc participer à l'amorce la rêverie de M. O. et M. R.

D'autres patients semblent, quant à eux, utiliser des souvenirs pour créer leurs objets. M. C. et M. Y., par exemple, ont parlé de deux objets qu'ils ont réalisés pour des membres de leur famille (leur fille et mère respectivement). Ceci impliquerait un investissement affectif et psychique lors de la création. On peut supposer que ces messieurs pensent à leurs proches et à leur vie extérieure lors de la réalisation des mosaïques. L'objet serait alors support de remémoration de leur vie extérieure et de souvenir avec leurs familles. Bien que

les souvenirs puissent être rapprochés des éléments-alpha de Bion, on ne peut pas les associer à de la rêverie mis en place en ergothérapie.

De plus, en exprimant des idées de projets futurs, M. C. démontrerait que l'objet créé en ergothérapie aurait été imaginé et investi en dehors de l'atelier. Or, lorsqu'un projet est en cours d'élaboration, des idées peuvent venir à des moments improbables, par des gestes, des images ou des paroles qui nous font écho. L'imagination étant le fait de laisser flotter son esprit pour trouver de l'originalité et des réponses à des questionnements, on peut associer la place de l'imagination dans l'élaboration d'un projet créatif avec la théorie du Jeu de Winnicott. Or j'ai précédemment considéré le jeu et la rêverie comme complémentaires, en raison du fait qu'ils se déroulaient tous deux dans l'aire transitionnelle et qu'ils permettaient une diminution de la souffrance psychique. Bien que ces notions ne puissent être réellement distinguées dans les propos du patient, on peut émettre l'hypothèse qu'il y aurait un lien entre la réflexion de M. C. autour d'un prochain objet à faire en ergothérapie pour sa fille et l'amorce d'un processus de rêverie. Cette réflexion est renforcée par les nombreux temps de pause qui ponctuent le discours de M. C., ainsi que son regard dans le vide, qui rappelle l'expression d'une personne perdue dans ses pensées.

La fonction de l'objet comme lien entre l'intérieur et l'extérieur est présente dans les propos de plusieurs patients : M. C. avec son objet pour sa fille, M. R. qui a offert son objet à sa famille, M. Y. qui a fait une mosaïque pour sa mère ou encore M. O. qui représente une mosaïque traitant de son pays d'origine. L'objet serait donc un lien entre l'intérieur et l'extérieur, que ça soit du point de vue environnemental, mais également entre sa vie antérieure, présente et future (en retrouvant son objet à sa sortie). Cela pourrait être associé à la fonction de phénomène transitionnel que Mme Pibarot associe aux objets réalisés en ergothérapie. Cette notion de l'atelier d'ergothérapie comme héritière de l'aire transitionnelle peut également être associée avec le fait que, lors des entretiens, tous les patients expriment que l'ergothérapie est un lieu à part : le seul lieu où ils se sentent bien en prison, voire un lieu où ils sont en relation avec eux-mêmes. Certains dissocient même les deux structures bien qu'elles soient dans le même bâtiment. M. C. associe l'ergothérapie à « une autre dimension ». M. Y. explique que l'ergothérapie est différente de la prison, que c'est un moment où il a l'impression d'être en liberté. M. R., quant à lui, explique que quand il est en ergothérapie, il partait loin, comme s'il était à la mer alors qu'en prison, il ne se sent pas bien. M. O exprime également penser à « ailleurs » sans pouvoir l'expliquer, comme si

ce n'était pas volontaire. Ces exemples illustreraient la conception de la rêverie comme étant un moment de distraction de l'attention de la personne, que son esprit est involontairement détaché du lieu et du temps présent.

### 2.2.2. Identification des limites de la recherche

Il existe plusieurs limites à ma recherche. Tout d'abord, une limite essentielle pour valider mon hypothèse est que mon enquête ne me permet pas toujours de distinguer, lors des entretiens, la rêverie de la pensée, du souvenir, de l'évasion ou encore de l'émission d'une idée par les détenus interrogés. Ceci implique que mon hypothèse ne peut être entièrement validée par cette recherche.

De plus, en raison du contexte carcéral, je n'ai pu interroger que cinq patients sur la dizaine prévue. Bien que ces entretiens m'aient permis d'avoir une première idée de validité de mon hypothèse, il aurait été intéressant d'avoir plus de réponses pour avoir un résultat plus représentatif de l'ensemble des patients.

Une troisième limite se trouve dans le fait que les cinq personnes interrogées venaient de la même structure. L'enquête aurait pu être approfondie en interrogeant d'autres patients de SMPR différents. Actuellement, je ne peux pas faire une généralisation de ma recherche car je n'aborde la rêverie que dans un atelier d'ergothérapie.

Une autre limite est que les cinq personnes interrogées étaient des patients que j'ai suivis pendant deux mois en ergothérapie. Bien que cela ait permis dès le départ un climat de confiance, les personnes auraient aussi pu formuler certaines de leurs réponses pour me faire plaisir ou faire plaisir à l'ergothérapeute titulaire. C'est en partie pour cela que j'ai précisé en introduction que leurs réponses ne seraient pas transmises aux membres de l'équipe médicale.

Enfin, la présence d'une troisième personne, inconnue des patients, a semblé en distraire quelques-uns. Cela ne les a pas empêchés de répondre aux questions, mais ils étaient conscients que leurs propos étaient retranscrits. Ceci pouvait être un frein dans l'expression de leurs pensées.

## **Conclusion**

Tout au long de cet écrit, j'ai cherché à comprendre en quoi la médiation en ergothérapie permettait de diminuer la souffrance psychique liée à la détention chez une personne suivie en psychiatrie. Pour cela, j'ai tout d'abord présenté le milieu carcéral, sa population et les structures de soins qui y sont présentes. Ceci m'a permis d'aborder les différents facteurs de souffrance psychique au sein du milieu carcéral et des soins dispensés. J'ai ensuite approfondi la notion de la souffrance psychique en me basant sur le modèle psychanalytique. Ceci m'a permis de faire un lien entre la souffrance psychique et le travail de Bion sur le rôle de la rêverie dans l'intégration d'expériences par le psychisme pour diminuer la souffrance psychique. En présentant les travaux de Winnicott sur la préoccupation maternelle primaire, l'aire transitionnelle et la théorie du jeu, j'ai pu introduire un lien entre la médiation en ergothérapie et la diminution de la souffrance psychique en détention. Ceci m'a permis d'émettre l'hypothèse que la médiation en ergothérapie soutiendrait la capacité de rêverie de détenus suivis en psychiatrie dont l'incarcération renforcerait leur souffrance psychique.

J'ai ensuite réalisé cinq entretiens avec des détenus suivis en Service Médico-Psychologique Régional. Suite à cette enquête, je ne peux entièrement valider mon hypothèse pour deux raisons principales. La première est qu'il est très difficile de distinguer la souffrance psychique initiale de la personne incarcérée avec celle renforcée par les conditions de détention. Les propos des patients me permettent tout de même d'affirmer que la participation en atelier d'ergothérapie diminuerait la souffrance liée à l'inactivité et à s'échapper pendant un temps du sentiment d'insécurité lié à la violence présente en détention. L'atelier d'ergothérapie serait un lieu où les patients peuvent se retrouver et être en relation avec eux-mêmes.

La deuxième raison de mon impossibilité à valider mon hypothèse est que cette enquête ne m'a pas permis de faire une distinction claire entre différentes notions clés, telles que la rêverie, la pensée ou encore l'imagination. Ainsi, bien que mes résultats présentent des éléments permettant d'affirmer que la médiation en ergothérapie participerait à la diminution de la souffrance psychique des détenus suivis en psychiatrie, il m'est impossible d'affirmer ce qui revient de la rêverie ou d'un autre processus psychique.

Au cours de ce travail d'initiation à la recherche, j'ai pu découvrir des aspects de notre société et de notre manière de penser que j'ignorais jusqu'alors. Ce mémoire m'a permis de véritablement me questionner autour de la mise en place du cadre thérapeutique en atelier d'ergothérapie et de prendre connaissance de l'importance de l'environnement qui entoure les soins que l'on prodigue. J'ai également pu découvrir des théories sur des phénomènes qui me semblaient jusqu'alors banals, tels que la rêverie ou le jeu. Pourtant, bien que j'ai passé près d'un an à me renseigner sur ces notions, je me suis rendu compte qu'en raison de leur complexité, je ne me les suis pas encore appropriées. Je pense que ce n'est qu'avec le temps, l'expérience et en laissant agir ma propre rêverie que je pourrai correctement intégrer ces notions.

Du point de vue personnel, la rédaction de cet écrit a été pour moi une expérience très humaine. D'une part, j'ai pu découvrir une autre facette du fonctionnement du psychisme humain. Mais c'est surtout par ma rencontre avec les patients que ma réflexion autour de ce qui nous fait être nous a évolué. Qu'importe le lieu et le contexte, un patient est une personne en nécessité de soins qui cherche, au travers de sa confrontation à la matière, des réponses à des questions internes.

En conclusion, il pourrait être intéressant pour poursuivre cette recherche de préciser la délimitation entre les différentes notions présentes dans cet écrit. Il pourrait également être pertinent d'approfondir la recherche en se concentrant sur une structure psychique, psychose ou névrose, car la souffrance psychique ainsi que les processus psychiques pour la contrer ne sont pas présents ou vécus de la même façon.

## **Bibliographie**

### Dictionnaires

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, (2016), Définition de « Symbolisation », [En ligne], <http://www.cnrtl.fr/definition/symbolisation> [Consulté le 08/01/2016]

Delamare G., (2002). Dictionnaire des termes de médecine. Paris : Maloine

Fédération Freudienne de Psychanalyse, Définition de « Censure », [En ligne], [http://www.psychanalyse.fr/fr/dico-psy/censure\\_482](http://www.psychanalyse.fr/fr/dico-psy/censure_482) [Consulté le 06/01/2016].

Larousse, Définition de « Pensée », [En ligne] <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pens%C3%A9e/59266> [Consulté le 15/12 /2015].

Le Petit Larousse (2001), Paris : Larousse.

Vulgaris Médical, (2016), Définition de « Gale » [En ligne], <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/gale> [Consulté le 05/04/2016]

### Rapports et Sources gouvernementales

Barbier G., Demontès C., Lecerf J.-R., et Michel J.-P., (2010), Rapport d'information n°434 du Sénat. [En ligne] <http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-434.html> [Consulté le 08/02/2016]

Chemlal K, Echard-Bezault P. et Deutsch P. (Dir.), (2014), Promotion de la santé en milieu pénitentiaire. Référentiel d'intervention. 20-24 ; 178-79 ; 222. Saint-Denis : Inpes.

Legifrance, (2016), Article 122-1. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417213> [Consulté le 26/05/2016].

Légifrance., (2016), Article D398. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006516294&dateTexte=&categorieLien=cid> [Consulté le 25/02/2016].

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes, (2016), Introduction, [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/introduction.html> [Consulté le 06/01/2016]

Ministère de la Justice, (2016), Statistique mensuelle des personnes écrouées et détenues en France. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016. [En ligne] [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/mensuelle\\_janvier\\_2016.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/mensuelle_janvier_2016.pdf) [Consulté le 12/02/2016]

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique et Ministère de la Santé et des Sports, (2010), Annexe I : Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute. *Bulletin officiel Santé protection sociale solidarité*, 2010/07, 170.

Pôle de ressources – Ville et développement social, (2010). Santé mentale et souffrance psychique : Quelques points de repères conceptuels et d'approche de la problématique dans les territoires en Politique de la ville du Val d'Oise. [En ligne] <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8s8OM-JXKAhWHDywKHWiVAPwQFghHMAU&url=http%3A%2F%2Fville.gouv.fr%2Fdownload%2Freference%2F6167%2Fsante-mentale-et-souffrance-psychique-quelques-points-de-reperes-conceptuels-et-d-approche-de-la-problematique-dans-les-territoires-en&usg=AFQjCNHT-4E7sqIWtVzPAn4agQJ0ivFZyA&sig2=stv9xVM5sXp8g4RQHJkKRg> [Consulté le 06/01/2015]

## Articles

Bagnères C., (2007), La relation avec l'objet, dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie*, 93-102, Marseille : Solal.

Bertaud P., (2009), Soins Infirmiers en milieu carcéral : le rôle infirmier dans toute sa dimension. [En ligne] <http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/200906101007/Actualites/Soins-Infirmiers-en-milieu-carceral-le-role-infirmier-dans-toute-sa-dimension.html> [Consulté le 05/04/2016].

Bessin M. et Lechien M.-H., (2004), Proximité avec le corps malade des détenus. La participation des prisonniers aux soins, dans D. Fassin et D. Memmi, *Le gouvernement des corps*, 207-236, Paris : Éditions de l'EHESS.

Donaz M., (2003), A propos de la relation thérapeutique. *Ergothérapie en psychiatrie. Une approche psychodynamique : acte, relation, évaluation*, recueil de textes pour stagiaires.

Ferro, A. (2001). La rêverie, thérapeute de la psyché. *Enfances & Psy*, 13, 129-136, [En ligne] <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-1-page-129.htm> [Consulté le 19/09/15]

Fondation Après-Tout, (2016), 76.601 personnes sous écrou en France au 1er janvier 2016. [En ligne] <http://www.apres-tout.org/spip.php?article55> [Consulté le 12/02/2102]

Grégoire S. et Perrin V., (2011), Projet thérapeutique en ergothérapie dans une pathologie de la relation : la perversion. *Journée Européennes et Francophones d'Ergothérapie*, Paris : Actes Prévisionnels.

Guignard L. et Guillemain H., (2008), Les fous en prison ? [En ligne] <http://www.laviedesidees.fr/Les-fous-en-prison.html> [Consulté le 21/02/2016].

Launois M., (2000), En milieu fermé : un espace thérapeutique. [En ligne] <http://www.ergopsy.com/en-milieu-ferme-un-espace-therapeutique-c61-97.html> [Consulté le 29/03/16].



Launois M., (2015a), Fonction de la médiation [En ligne] <http://www.ergopsy.com/moyens-therapeutiques-mediation-c46-94.html> [Consulté le 29/03/16].

Launois M., (2015b), Fonctions du cadre. [En ligne] <http://www.ergopsy.com/fonctions-du-cadre-a401.html> [Consulté le 29/03/16].

Launois M., (2015c), Historique de l'ergothérapie en psychiatrie. [En ligne] [www.ergopsy.com/historique-de-l-ergotherapie-en-psychiatrie-a351.html](http://www.ergopsy.com/historique-de-l-ergotherapie-en-psychiatrie-a351.html) [Consulté le 29/03/16].

Nicolaud M. et Schetritc C., (1992), Ergothérapie dans le Service Médico-Psychologique Régional de la Maison d'Arrêt des Baumettes, dans M.-H. Izard, M. Moulin et R. Nespoulous, *Expériences en Ergothérapie. Quatrième série*, 105-110, Paris : Masson.

Pibarot I., (1977) Dynamique de l'ergothérapie. Essai conceptuel. *Journal d'ergothérapie*, 26, 3-20, Paris : Masson.

Pibarot I., (1996), Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille. *Journal d'Ergothérapie*, 18(3), 90-94. Paris : Masson.

Roussillon R., (2011). Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations, dans A. Brun, (dir.), *Les médiations thérapeutiques*. 23-35. Toulouse : édition Erès.

Schneider, J., (2011). Du travail du rêve de Freud au travail de la rêverie de Bion : l'évolution de la conception du rêve dans la théorie psychanalytique. *L'Année psychanalytique internationale*, 103-126.

Winnicott, D.W. (2006). La mère ordinaire normalement dévouée, dans D.W. Winnicott, *La mère suffisamment bonne*. 51-69. Paris : Payot (Œuvre originale publiée en 1966).

Winnicott, D.W. (2006). La préoccupation maternelle primaire, dans D.W. Winnicott, *La mère suffisamment bonne*, 33-50, Paris : Payot (Œuvre originale publiée en 1956).

## Ouvrages

Bion W.R., (2014), *Aux sources de l'expérience*. Paris : puf. (Œuvre originale publiée en 1962).

Combessie P., (2009), *Sociologie de la prison*. 5-26. Paris : La Découverte. (Œuvre originale publiée en 2001)

Morel-Bracq M.-C., (2009). *Modèle conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. 135-140. Bruxelles : De Boeck-Solal.

OIP., (2004), *Le guide du prisonnier*. 13 ; 16-21 ; 125 ; 131 ; 236-268. Paris : La Découverte.

Pibarot I., (2013). *Une ergologie : Des enjeux de la dimension subjective de l'activité humaine*. 13-21 ; 40 ; 110. Bruxelles : De Boeck-Solal.

Tétréault S. et Guillez P., (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. 215-246 ; 317-325. Louvain-La-Neuve : De Boeck-Solal.

Winnicott, D.W., (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

## **ANNEXES**

- Annexe I : Grille d'entretien
- Annexe II : Demande d'entrée d'un magnétophone à l'administration pénitentiaire
- Annexe III : Retranscription de l'entretien avec M. O.

## Annexe I : Grille d'entretien

### **Présentation de l'entretien :**

Bonjour M. X,

Dans le cadre de mes études, je dois effectuer un travail de recherche. Je réalise le mien sur le rôle de l'ergothérapie dans le soin des personnes incarcérées suivies en psychiatrie. Les questions que je vais vous poser aujourd'hui ont pour but de comprendre votre vision de ce qu'est l'ergothérapie et ce que ces ateliers vous apportent. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Cet entretien, qui durera 1h au maximum, se fait de façon anonyme. Cela implique que votre nom ne sera jamais cité : dans mon travail, vous serez appelé M. X. Je serai donc la seule personne à savoir qui m'a donné quelle réponse parmi toutes les personnes vues en entretien. N'hésitez pas à m'interrompre si vous ne comprenez pas une question, pour que je la formule autrement. De plus, si une question vous gêne, vous avez le droit de ne pas y répondre.

Avant de commencer, est-ce que cela vous gêne si ma collègue stagiaire, Laura, se joint à nous pour l'entretien ? Elle ne sera là que pour prendre en note ce que l'on dit. Cela me permettra de pouvoir discuter avec vous sans avoir de prendre de notes ainsi que d'être sûre de rapporter vos propos exactement comme vous me l'avez dit. Elle ne parlera pas pendant l'entretien et personne d'autre qu'elle et moi ne saurons ce que vous m'avez dit.

[Si réponse positive : entrée et présentation de Laura qui se mettra ensuite devant l'ordinateur, dans un coin de la salle].

Avez-vous des questions, des interrogations avant que l'on ne commence ?

### **Questions :**

- Depuis combien de temps venez-vous aux ateliers d'ergothérapie ?
  - Comment avez-vous connu l'ergothérapie ?
  - Qui vous en a parlé pour la première fois ?
  - Connaissiez-vous l'ergothérapie avant d'avoir participé à un atelier ?
  
- Pouvez-vous me décrire un objet réalisé en ergothérapie important pour vous ?
  - A quoi ressemblait-il ?
  - En quel matériau était-il réalisé ?
  - L'avez-vous gardé ?

- A quoi pensez-vous quand vous créez un objet ?
  
- Pensez-vous à vos objets en dehors des ateliers d'ergothérapie ?
  - Avez-vous des objets d'ergothérapie en cellule ? Pourquoi les avez-vous gardés ?
  - Echangez-vous sur vos objets avec d'autres personnes (famille, soignants, co-détenus...) ?
  
- Pour vous, que vous apportent ces séances d'ergothérapie ?
  - Qu'est-ce qui vous motive à venir en atelier ?
  - Qu'est-ce qui vous plait dans l'ergothérapie ?
  - Qu'est-ce que ça vous fait de participer à l'atelier ? Pourquoi ?
  
- Est-ce qu'à d'autres moments de la journée, vous vous sentez comme en ergothérapie ? Des moments où vous avez le même état d'esprit que quand vous créez un objet ?

## Annexe II : Demande d'entrée d'un magnétophone à l'administration pénitentiaire

Kimia RAVARI

Stagiaire ergothérapeute au SMPR ...

Sous la tutelle de l'ergothérapeute Séverine G.

le 23 Novembre 2015

Madame, Monsieur,

Elève de troisième année en formation d'ergothérapie à l'institut A.D.E.R.E. de Paris, j'effectue actuellement un stage de deux mois au SMPR .... Dans le cadre de mes études, j'effectue un mémoire d'initiation à la recherche sur l'importance de la médiation en ergothérapie pour diminuer la souffrance psychique des détenus suivis en psychiatrie.

Pour réaliser ce travail, il m'est nécessaire de m'entretenir avec des patients du SMPR suivi en atelier d'ergothérapie. Le contenu de ces entretiens portera sur l'apport de l'ergothérapie pour les patients, de leurs ressentis lors des ateliers et de la création d'objets. Les questions posées lors des entretiens, ainsi que le choix des personnes qui y répondront ont été validés au niveau médical par les médecins psychiatres référents.

Je vous contacte pour demander votre accord pour faire entrer un magnétophone dans l'enceinte du centre pénitentiaire, pour pouvoir enregistrer ces entretiens. Ces enregistrements seront réalisés avec l'accord des patients et des médecins. Ils me permettront de mieux conduire les entretiens et de pouvoir fidèlement retranscrire les propos des patients. Je m'engage à effacer ces enregistrements de tout support de stockage une fois mon travail de recherche fini.

Pour information, voici ci-joint le questionnaire qui sera utilisé pendant l'entretien.

En vous remerciant, Madame, Monsieur, de l'attention que vous porterez à ma demande.

Cordialement,

[Signature Kimia Ravari]

### Annexe III : Retranscription de l'entretien avec M. O.

M. O. est un patient souffrant de schizophrénie qui ne parle pas bien le français. Il a accepté de passer l'entretien en précisant bien qu'il ne pouvait pas s'exprimer convenablement en français et qu'il avait peur de mal comprendre les questions. Il lui a été informé qu'il pouvait à tout moment demander à ce que je reformule les questions qu'il n'a pas compris.

Entretien passé le 11/12/15 entre 14h15 et 14h30 en salle d'ergothérapie.

K : Présentation des modalités de passation : introduction de la grille d'entretien (Annexe II)

**O : D'accord, d'accord. On peut commencer ?**

K : Bien sûr, je voulais juste vérifier que tout était clair. Alors... Depuis combien de temps venez-vous aux ateliers d'ergothérapie ?

**O : Deux mois à peu près.**

K : Comment avez-vous connu l'ergothérapie ?

**O : Avec le docteur**

K : Est-ce que vous connaissiez l'ergothérapie avant de venir dans cet atelier ?

**O : [Temps de pause] A l'autre prison, j'ai fait ergothérapie. C'était de la cuisine, du sport... Pas comme ça.**

K : Pouvez-vous me décrire un objet réalisé en ergothérapie important pour vous ?

**O : [Temps de pause] Non**

K : A quoi ressemblait le premier objet que vous avez fait en ergothérapie ?

**O : Euh... [Temps de pause] je l'amène en cellule. C'était faire un chameau et j'écris Tunisie**

K : En quoi l'avez-vous fait ?

**O : En mosaïque, en mosaïque**

K : Pourquoi l'avez-vous gardé ?

**O : Un souvenir ! [sourire] Même les autres [Fait un geste vers l'armoire où sont posées ses mosaïques finies], je garde en souvenir.**

K : Pensez-vous à vos objets en dehors des ateliers d'ergothérapie ?

**O : Ouais ! Ouais.** [Hoche la tête] **En cellule il n'y a rien à faire. Demain j'ai ergothérapie, je pense que j'ai ça à faire.**

K : Donc en cellule, vous pensez à ce que vous allez faire en ergothérapie, c'est ça ?

**O : Ouais, c'est ça.**

K : Est-ce que vous parlez de l'ergothérapie avec d'autres personnes ?

**O : Ouais, j'ai parlé à quelqu'un avec moi dans bâtiment d'étage. J'ai dit des choses, que ma mosaïque est bien.**

K : Pour vous, que vous apportent ces séances d'ergothérapie ?

**O : Apporte quoi ?**

K : Pourquoi est-ce que vous venez en ergothérapie ? Qu'est-ce qui vous motive à venir ?

**O : Pour faire quelque chose ! En cellule il n'y a rien à faire. Ici passe le temps, avec des gens, faire des trucs comme ça.**

K : Qu'est-ce qui vous plaît dans l'ergothérapie ?

**O : J'aime bien la mosaïque, ça passe le temps.**

K : A quoi pensez-vous quand vous faites votre objet ?

**O : Beaucoup de choses. Des fois je pense à la mosaïque, à comment la faire bien. Des fois je pense ailleurs. Des fois je pense à mes collègues ici. Je ne sais pas exactement...**

K : Est-ce qu'à d'autres moments de la journée, vous vous sentez comme en ergothérapie ?

**O : Ici dans la prison ?! [grand sourire] Non ! Y a que ici où je me sens bien, tranquille, où je peux faire quelque chose.**

K : D'accord. Et bien merci beaucoup M. O. d'avoir accepté de répondre à mes questions

**O : C'est fini ? [Se lève et me sert la main]**

K : Oui. Au revoir et merci.



## **La médiation en ergothérapie : un support de rêverie ?**

**Mots clés :** Médiation – Rêverie – Souffrance psychique – Prison

En prison, les détenus peuvent souffrir des mêmes maladies que les personnes extérieures. Pourtant, les conditions de détention peuvent entraîner une augmentation des symptômes de certains troubles, tels que la souffrance psychique de personnes déjà vulnérables. Par cette étude, j'ai cherché à comprendre en quoi la médiation utilisée en ergothérapie diminue la souffrance psychique liée à la détention. Pour ce faire, j'ai interrogé cinq détenus suivis en Service Médico-Psychologique Régional (SMPR). L'objectif était de comprendre leurs perceptions et leurs ressentis lors de la création d'objet en séance d'ergothérapie. Il a pu être mis en évidence que l'ensemble des patients considère l'atelier d'ergothérapie comme un lieu distinct du reste de la détention. C'est un lieu où ils peuvent se retrouver et être en relation avec eux-mêmes. Mon étude ne m'a pourtant pas permis d'affirmer que cette diminution de la souffrance psychique revienne entièrement de la rêverie permise par la création de l'objet en ergothérapie.

## **Therapeutic Activities in Occupation Therapy: A Support for Dream-Thoughts?**

**Key Words:** Therapeutic Activities – Dream-thoughts – Mental suffering – Prison

Prisoners are subject to the same diseases as the general population. However, the hardships of prison life can sometimes increase symptoms of some diseases, such as mental suffering, in vulnerable people. The objective of this paper is to understand how therapeutic activities in occupational therapy lessen this mental suffering. For this study, five interviews were conducted with prisoners in France followed in occupational therapy at a Regional Medical and Psychological Service (a psychiatric ward inside a French prison structure). The main outcome was to understand their point of view on occupational therapy, their perception and feelings during these sessions and on the objects they created. The results show that all the prisoners consider the occupational therapy room as apart from the rest of the prison centre. It is a place where they can be in contact with their inner-self. However, this study does not make it possible to conclude that this decrease of mental suffering is only due to the dream-thoughts linked to the therapeutic activities in occupational therapy.

Kimia Ravari ; Sous la direction de Mme Fabienne Lascaux