

Institut de Formation
En Ergothérapie
- TOULOUSE -

Engagement occupationnel des personnes
sortant de prison : l'ergothérapie comme vecteur
de réinsertion

*Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE
6.5 (S6) et en vue de l'obtention du Diplôme d'État d'Ergothérapeute*

Directeur de mémoire : Florent DESTRUHAUT

Valentine COGNE

Promotion 2018-2021

Engagement et autorisation

Je soussignée Valentine COGNE, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

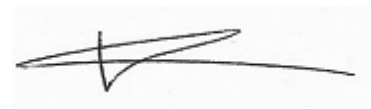
L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante, ou partielle, de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à **Toulouse**,

Le **10/05/2021**

Signature du candidat : Valentine COGNE

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'V' followed by a horizontal line and a small loop at the end.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Florent Destruhaut, pour son accompagnement et ses conseils avisés tout le long de ce travail de recherche.

Merci à l'ensemble des professionnels ayant participé à mon étude pour le temps accordé et l'intérêt porté à l'égard de mon sujet.

Je souhaite également remercier l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, pour la richesse des échanges et la transmission de leur passion pour cette profession.

Merci à mes camarades de promotion, mes amis, qui m'ont accompagné durant ces trois années de formation. Les souvenirs me sont riches et précieux.

Je remercie également Valentin, pour ses encouragements et sa rassurance, me permettant notamment de me dépasser lors de moments de doute.

Plus particulièrement, merci à ma famille, à mes parents pour leur soutien inconditionnel au quotidien et durant ce travail de recherche.

Table des matières

Introduction	1
Partie 1 : Cadre théorique.....	2
1. Le système carcéral français	2
1.1. La détention en France.....	2
1.1.1. Les statuts de la personne détenue.....	2
1.1.2. Les établissements pénitentiaires	2
1.2. Les problématiques rencontrées lors de l'incarcération	3
1.2.1. La dépendance au système pénitentiaire	3
1.2.2. La privation occupationnelle	4
1.2.3. La confrontation au handicap et la prévalence des troubles psychiatriques.....	7
1.3. La réinsertion socio-professionnelle, un défi difficile à relever	9
1.3.1. Définition et notions clés.....	9
1.3.2. La réinsertion comme but : des difficultés variées et étendues	10
1.3.2.1. Le logement.....	10
1.3.2.2. L'emploi	10
1.3.2.3. Le quotidien.....	11
1.3.3. La réinsertion comme moyen : une rupture malgré la présence de structures dédiées.....	12
1.3.3.1. Le manque de recours aux aménagements de peine.....	13
1.3.3.2. Des structures dédiées	13
1.3.3.3. Vers une continuité des soins ?	15
2. L'ergothérapie dans le système pénitentiaire	16
2.1. La définition de l'ergothérapie.....	16
2.1.1. Lien entre occupation, santé et bien être	16
2.1.2. Le modèle conceptuel MCREO	17

2.1.2.1. L'engagement occupationnel.....	18
2.1.2.2. L'habilitation à l'occupation	19
2.2. La pratique actuelle de l'ergothérapie	21
2.2.1. En détention.....	21
2.2.2. Dans le suivi après la libération	22
Problématique	24
Partie 2 : Phase expérimentale.....	24
3. Technique Delphi	24
3.1. Choix et présentation de la technique	24
3.2. Contexte de l'étude et choix des experts	25
3.3. Déroulement de l'étude.....	26
4. Analyse des résultats	27
4.1. Première consultation	27
4.2. Deuxième consultation	29
4.3. Troisième consultation.....	33
5. Discussion	34
5.1. Interprétations des résultats	34
5.1.1. La personne	34
5.1.2. L'environnement	36
5.1.3. L'occupation.....	36
5.2. Limites et biais de la recherche.....	38
Conclusion.....	39
Bibliographie	40
Table des annexes.....	48

Liste des abréviations

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ACJ : Allegheny Country Jail

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CPT : Comité européen de la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

CPIP : Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

CHRS : Centre d'Hébergements et de Réinsertion Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

DAP : Direction de l'Administration Pénitentiaire

EPSNF : Etablissement Public de Santé National de Fresnes

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

OIP : Observatoire International des Prisons

ORD : Observatoire de la Récidive et de la Désistance

SAS : Structures d'Accompagnement vers la Sortie

SMPR : Services Médico-Psychologiques Régionaux

SPIP : Structures Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

UHSA : Unités Hospitalières Spécialement Aménagées

Introduction

Le milieu carcéral est au premier abord un sujet qui peut nous faire reculer, nous repousser par son caractère inconnu et synonyme de transgression. Pourtant, il est également synonyme de détresse, d'interrogations sociologiques mais aussi politiques. Lieu de la restriction de liberté, il se veut punitif et correctionnel. En devenant une composante inéluctable même de l'incarcération, les conditions de détention font alors l'objet de nombreux débats. La libération peut, en ce sens, nous sembler comme le but ultime, la métaphore parfaite de la page qui se tourne. Cependant, couvrant souvent une précarité et une vulnérabilité multifactorielle, les difficultés ne s'arrêtent pas à la fin d'une peine. La réinsertion socio-professionnelle de ces personnes sortant de prison apparaît alors comme un défi. L'ergothérapie étant une profession plaçant la participation et l'engagement de la personne dans les activités de vie quotidienne au cœur de sa pratique, je me suis interrogée sur son potentiel rôle auprès de cette population. At-elle sa place dans le suivi des personnes sortant de prison ? Et si oui, comment peut-elle favoriser l'engagement occupationnel de ces personnes dans un but de réinsertion ?

Afin de répondre à ces interrogations, nous nous intéresserons tout d'abord au système carcéral français, aux problématiques soulevées par l'incarcération ainsi qu'aux défis à relever pour favoriser la réinsertion. L'état des lieux de la pratique de l'ergothérapie dans le système pénitentiaire sera également évoqué. Enfin et pour répondre à la problématique soulevée, une étude expérimentale sera détaillée. Ayant pour objectif d'identifier les facteurs influençant l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne, les potentiels rôles de l'ergothérapeute en seront expliqués.

Partie 1 : Cadre théorique

1. Le système carcéral français

1.1. La détention en France

1.1.1. Les statuts de la personne détenue

Selon l'article D50 du code de procédure pénal français les détenus sont des "personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire" (Article D50, 1998). Il est important de distinguer deux types de détenus : les condamnés et les prévenus. Les condamnés ont "fait l'objet d'une décision ayant acquis le caractère définitif" (Id) alors que les prévenus sont encore sous le coup de poursuites pénales et n'ont pas eu de condamnations définitives.

Au 1er mars 2021, le ministère de la justice comptabilise 64 405 détenus en France dont 43 183 condamnés (Figure 1). Les hommes représentent alors 96% de la population écrouée. Les condamnés peuvent être à la fois des personnes placées en détention ou des personnes ayant un aménagement de peine telles que la semi-liberté ou le placement à l'extérieur avec hébergement pénitentiaire (Ministère de la Justice, 2021a).

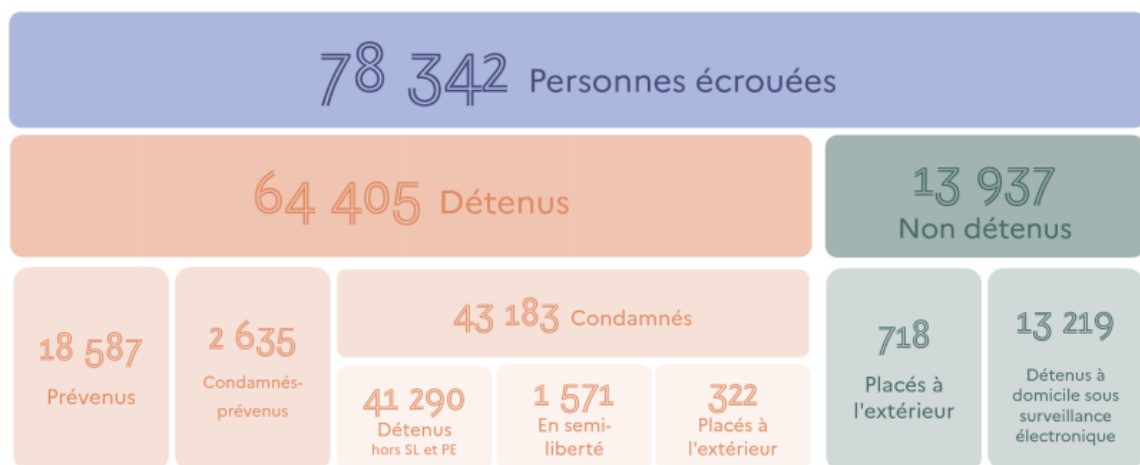


Figure 1 : Indicateurs clés au 1er Mars 2021 (Ministère de la Justice, 2021b).

1.1.2. Les établissements pénitentiaires

Concernant les établissements pénitentiaires, lieux d'exécution des peines privatives de liberté, il en existe actuellement 187 en France. Ils sont divisés en deux grandes catégories : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine.

Selon le ministère de la justice, les maisons d'arrêt (86) «reçoivent des personnes prévenues en détention provisoire (personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive) ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans» (Ministère de la Justice, 2021a).

Les établissements pour peine se composent eux de :

- Maisons centrales (6) qui accueillent des « personnes condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques » (Id).
- Centres de détention (27) qui accueillent des personnes ayant une peine de plus de 2 ans et dont le régime est axé sur une réinsertion sociale.
- Centres de semi-liberté (11) qui reçoivent des personnes « admis au régime de la semi-liberté ou du placement à l'extérieur » (Ibid ; Ministère de la Justice, 2018a). (Annexe A)

Enfin, il existe également des centres pénitentiaires (50) qui sont des établissements mixtes ayant au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale). Enfin, nous comptons 6 établissements pénitentiaires pour mineurs et 1 établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) (Ibid).

1.2. Les problématiques rencontrées lors de l'incarcération

1.2.1. La dépendance au système pénitentiaire

Dès lors que la personne rentre en prison, elle se soumet à vivre sous le joug d'une institution et selon des règles imposées. Ainsi, elle se déresponsabilise peu à peu devenant donc de plus en plus dépendante au système qui la retient. Cette notion même de déresponsabilisation est présente dans une majorité d'écrits et s'accompagne du terme d'infantilisation lié au cadre strict et répressif du système pénitentiaire (Chantraine, 2003 ; Lable, 2015).

Cet aspect est symbolisé dès l'entrée de la personne par l'attribution d'un numéro d'écrou. Dès lors, l'identité même semble corrompue : « On vous a retiré votre pièce d'identité pour vous mettre un numéro d'écrou à côté de votre nom : Vous n'êtes plus l'enfant de la République, mais le fils de ce bas monde. » (S.H., 2018, p.8). La personne est également dépossédée de l'ensemble des moyens de paiement (carte bancaire, chéquier, argent liquide) et a dorénavant un compte nominatif dont la gestion est assurée par l'administration pénitentiaire (Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'article R57-6-18, 2017).

A cela s'ajoute le fait que « La cellule n'est pour l'instant pas reconnue en France comme un espace privé (...) » (Observatoire International des Prisons, section française [OIP], 2021, p.163). L'instauration de la privation de liberté est donc immédiate, symboliquement représentée et caractérisée par une perte d'autonomie majeure.

Dans ce sens, au sein des maisons d'arrêt et maisons centrales chaque « déplacements hors de la cellule doivent être justifiés par l'accès à la promenade, par un rendez-vous [...] ou par une inscription à une activité. » (Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'article R57-6-18, 2017). Les centres de détention sont, eux, censés être des régimes dits « ouverts » consistants donc à une plus grande liberté de circulation afin de favoriser l'autonomie et la réinsertion sociale. Cependant, ceci est peu appliqué et dépend du comportement des détenus ; ainsi depuis quelques années « le principe est de fait le régime fermé, la récompense le régime ouvert » (OIP, 2021, p.162).

De la même manière, les horaires d'une journée en prison sont contrôlés par l'établissement. Les personnes sont donc soumises à un emploi du temps imposé notamment concernant « les heures du lever et du coucher, des repas, de la promenade, du travail et de l'extinction des lumières » (OIP, 2021, p.163). Magali Rivet, psychologue clinicienne ayant travaillé en milieu pénitentiaire exprime que « Le temps, en tant qu'organisateur social du dehors, disparaît au profit de l'instauration de cycles institutionnels contraignants [...]. Cette exclusion du temps, produit un télescopage temporo-spatial, qui donne un effet d'immobilisation. » (Ravit, 2008, p.64).

Cette dépendance immuable de la personne au système pénitentiaire et l'ancrage d'un quotidien carcéral entraîne les détenus dans une situation de privation occupationnelle.

1.2.2. La privation occupationnelle

La privation occupationnelle est considérée comme «Un état d'exclusion de l'engagement dans des occupations de nécessité et/ou de signification en raison de facteurs qui échappent au contrôle immédiat de l'individu.» (Traduction libre (Whiteford, 2000, p.201)). Whiteford met également en évidence le caractère prolongé de cet état d'exclusion, distinguant ainsi la privation de « la perturbation occupationnelle » (Traduction libre, (1997, p.126)). La notion d'implication extérieure, non inhérente à l'individu est également primordiale pour comprendre l'ampleur de la privation et son impact.

Dès la fin des années 90, ce concept de privation occupationnelle est associé au cas des détenus dont les opportunités et le temps passé à effectuer des activités signifiantes et significatives sont minimales, nuisant donc à leur santé et bien-être. (Whiteford, 2000). L'intégrité même de la personne est ainsi altérée : « La relation dynamique entre l'utilisation du temps, le sentiment d'efficacité et l'identité semblait, dans le contexte pénal, être compromise par une privation occupationnelle prolongée. » (Traduction libre (Id, p.203)). Un lien avec les émeutes, les suicides, la désorientation ainsi que l'apparition de psychoses épisodiques est alors établi et défendu par de nombreux auteurs (Molineux & Whiteford, 1999, p.126).

Là où la participation à des activités est considérée comme une banalité dans notre société, leurs accès deviennent un droit pour les personnes détenues. En effet, les règles pénitentiaires européennes exigent notamment que : « Des activités récréatives – comprenant notamment du sport, des jeux, des activités culturelles, des passe-temps et la pratique de loisirs actifs – doivent être proposées aux détenus et ces derniers doivent, autant que possible, être autorisés à les organiser » (Direction de l'administration pénitentiaire [DAP], 2006, p.36). Les activités culturelles comprennent trois grands types d'actions : « de la diffusion (concerts, projection de films et de documentaires, lectures, représentations...), des ateliers de découverte d'une discipline artistique (expression corporelle, musique, etc.) et des ateliers dont l'objectif est la création d'un objet final (théâtre, bande dessinée, photographie, marqueterie, etc.) » (OIP, 2021, p.227). A l'heure actuelle, aucune étude ne répertorie le nombre de personnes détenues ayant, dans les faits, accès à ces activités culturelles. En effet, démocratisées dans l'ensemble des établissements français, elles se heurtent à des obstacles ne dépendant pas du bon vouloir des détenus : surpopulation, délais d'attente, sous effectifs du personnel, difficultés budgétaires, sensibilité du coordinateur culturel etc. (Conseil économique, social et environnemental [CESE], 2019; OIP, 2021). Ces activités, à même titre que la pratique du sport, sont pourtant autant de vecteurs de réinsertion, notamment si elles favorisent la création de liens vers l'extérieur.

Le travail est également, pour la majorité des individus, une activité importante et rythmant la vie quotidienne. En 2017 cependant, seulement 28,4 % du taux de la population pénale travaillait et en l'espace de 4 ans, le nombre de détenus inscrits à une formation a chuté de plus de 10 000 (soit 22 514 en 2013 et 12 036 en 2017) (DAP, 2018, p.9 ; DAP, 2015, p.10).

En 2015, le passage du Comité européen pour la prévention de la torture (CPT) dans 4 établissements pour peine a appuyé le manque de recours à des activités motivantes ou de travail dans les maisons d'arrêt. Les personnes détenues pouvaient passer alors plus de 21 heures en cellule. Les autorités françaises ont donc été sollicitées pour permettre aux détenus de : « passer une partie raisonnable de la journée hors de leur cellule (c'est-à-dire 8 heures ou plus), occupés à des activités motivantes de nature variée : travail, formateur de préférence, études, sport, activités de loisir, adaptées aux besoins de chaque catégorie de détenus. » (Comité pour la prévention de la torture, 2017, p.40). En 2016, la direction de l'administration pénitentiaire a également permis de mettre en évidence la restriction de participation à ces activités. En effet, en semaine, la durée moyenne d'activités par jour et par détenu était de 3h30 toutes activités confondues (travail, activités socio-culturelles, formation...) (Braun-Pivet et al., 2018, p.14).

Cette privation occupationnelle touche également la sphère socio-relationnelle. Ainsi, dans le dossier « l'après prison : les stigmates de l'enfermement » la répercussion de l'emprisonnement sur les relations familiales et amicales est largement abordée. Il y est notamment écrit que « La prison a détruit ou dégradé tous les liens qui constituent une vie sociale » (Valenti, 2000, p.12). Caroline Touraut, docteure en sociologie, a publié un livre en 2012 portant exclusivement sur le sujet de la famille et la prison. Elle défend le fait que les proches sont aussi victimes de cet emprisonnement et qu'ils vivent, à leur manière, une expérience carcérale. « La prison redéfinit leur temporalité et entrave en partie l'exercice effectif de leur droit à la vie familiale et à l'intimité. » (Touraut, 2012, p.258). Ainsi, une étude a montré que le lieu (maison d'arrêt ou centre de détention), l'ancienneté d'incarcération et l'âge sont autant de facteurs pouvant influencer la fréquence des visites de la famille proche (Désesquelles & Kensey, 2006) (Annexe B). Les conséquences sur le cercle familial (couple, enfants, parents) sont alors multiples.

La privation occupationnelle est donc une des notions centrales de l'incarcération et est vécue par l'ensemble des détenus. Ses conséquences en sont complexes et multidimensionnelles. En parallèle, l'univers carcéral se voit bercer par les problématiques de handicap, notamment liées à des troubles psychiatriques.

1.2.3. La confrontation au handicap et la prévalence des troubles psychiatriques

La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, dans son article 114 défini la notion de handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005).

Une étude de l'INSEE, datant de 2002, effectuée auprès de 43 700 détenus dans 32 établissements pénitentiaires différents, a mis en évidence la fréquence du handicap en prison. Un constat préoccupant a alors été établi : « la proportion de personnes ayant au moins une difficulté est près de trois fois plus élevée en prison que dans le reste de la population. » (Désesquelles, 2002, p.1). En effet, 59.9% d'entre eux ont déclaré avoir des difficultés dans la vie quotidienne, physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales avec une prévalence conséquente des troubles du comportement, d'orientation dans le temps et/ou l'espace ainsi que des troubles sensoriels (Id). Cette étude a également mis en avant le fait que « Les incapacités sont le plus souvent antérieures à l'incarcération : c'est le cas de 77% des incapacités et de 61% des problèmes d'orientation dans le temps et dans l'espace » (Désesquelles, 2002, p.2). Les accidents, les maladies chroniques, les douleurs, l'état nerveux, etc. sont autant de facteurs préexistants augmentant les limitations d'activités. Cependant, la survenue d'incapacité en prison est identifiée, ce qui augmente encore davantage l'écart avec le reste de la population (Désesquelles, 2002).

En 2004, une étude sur la prévalence des troubles psychiatriques dans le milieu carcéral a également été publiée. Elle avait été demandée par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP). Durant une année, 998 entretiens ont été réalisés auprès de détenus (femmes et hommes) de différents types d'établissements (maisons d'arrêt, centres de détentions, maisons centrales). Les résultats de l'étude¹ ont mis en avant le fait que « Plus du tiers des détenus ont déjà consulté pour motifs psychiatriques avant leur incarcération » et que « 16% des détenus ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques »

¹ auprès des hommes hors DOM (correspond à 799 hommes)

(Duburcq et al., 2004, p.18). Afin d'étudier les troubles psychiatriques présents, l'étude s'est concentrée sur l'expertise de deux psychiatres et leur consensus ainsi que la passation du test MINI² auprès de l'ensemble des détenus. Le consensus du binôme est l'élément principal de diagnostic de l'étude. Il a ainsi été mis en évidence que 8 détenus sur 10 (79,5%) présentent au moins un trouble psychiatrique notamment anxieux (55,8%), thymique (46,8%), dépendance aux substances ou à l'alcool (34,2%) et/ou psychotiques (23,9%) (Duburcq et al., 2004, p.21) (Annexe C). L'importance de la prévalence des troubles anxieux s'explique notamment par des diagnostics d'anxiété généralisée (surtout en maison d'arrêt et centre de détention) et de névrose traumatique (prévalence deux fois supérieure en maison centrale). Cette étude démontre également que le syndrome dépressif touche les détenus sans qu'il n'y ait de lien avec leur lieu de détention. Le risque de suicide est donc bien présent et sous-tendu dans l'ensemble des établissements. La problématique de l'addiction aux substances et à l'alcool est également généralisée mais sa prévalence est bien supérieure en maison d'arrêt. A l'inverse, la prévalence des troubles psychotiques est bien supérieure en maison centrale que dans les autres lieux de détention.

Ces chiffres sont cependant à interpréter avec précaution. En effet « Dans un contexte d'emprisonnement (privation de liberté, de l'environnement familial, de sexualité, etc.), cette souffrance psychique ne relève cependant pas nécessairement d'un état pathologique. » (Duburcq et al., 2004, p.21). Ainsi, il est nécessaire d'appuyer le fait que l'incarcération, de par son caractère privatif, favorise le développement de troubles chez des individus déjà vulnérables. C'est avec la volonté d'éclaircir ce sujet qu'une étude récente a été menée auprès de 655 personnes venant d'être incarcérées, dans le nord de la France. Elle a ainsi permis de mettre en évidence « des taux de prévalence très élevés de troubles psychiatriques et de toxicomanie chez les détenus français récemment incarcérés » (Fovet et al., 2020, p.7). En effet, l'utilisation du test MINI a permis d'identifier que 63,3 % de ces derniers présenteraient au moins un trouble psychiatrique. S'inspirant de l'enquête réalisée en 2004, les auteurs en ont fait une comparaison. Ils ont ainsi émis des hypothèses sur les différences de résultats : la méthodologie utilisée, la population interrogée mais également le décalage de plus de 10 ans entre les deux expérimentations.

² Le test MINI est un « entretien diagnostique structuré qui explore les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM IV » (Duburcq et al., 2004, p.2)

Enfin, ces troubles peuvent également être majorés par la privation sensorielle vécue en détention. En effet, les cinq sens (ouïe, odorat, gout, toucher et vue) font l'épreuve de perturbations. Comme le soutient Mathilde Van De Vyvere « La prison est un environnement assez spécifique qui impose des contraintes sensorielles, représentées sous formes de sous-stimulations ou de sur-stimulations. » (2019, p.11). Cette dernière les explique notamment par l'environnement physique (architecture, surpopulation...), social (fréquences des visites...) et psychologique (fouilles...) (Van De Vyvere, 2019).

Un constat rassemble l'ensemble des études : un pourcentage important de détenus est en état de souffrance psychique. Nous pouvons ainsi affirmer que la prison peut donc être aussi bien créatrice comme révélatrice de handicap. Ce constat est flagrant, cependant, les données épistémologiques ne sont pas renouvelées, rendant ses chiffres obsolètes bien que toujours d'actualité.

L'intégralité de ces problématiques rencontrées en détention sont autant d'obstacles à une réinsertion socio-professionnelle optimale.

1.3. La réinsertion socio-professionnelle, un défi difficile à relever

1.3.1. Définition et notions clés

L'IIDRIS (Index international et dictionnaire de la réadaptation et de l'intégration sociale) définit l'insertion sociale comme une « action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement ; c'est également le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges entre un individu et son environnement » (Conseil national de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2014). Ainsi l'insertion sociale correspond aussi bien à un but qu'à un moyen. La réinsertion sociale se réfère notamment au fait qu'un individu participe et s'engage de nouveau dans les « activités normales » d'un citoyen d'une société (sociale, politiques, de production, d'épargne et de consommation) (Traduction libre (Peace, 2001)). Dans ce sens, Ann A. Wilcock, docteure en ergothérapie, défend que « l'être humain a besoin de s'engager dans des activités pour maintenir et développer ses capacités, sa vie en société et sa santé. » (Traduction libre (Wilcock, 2006)).

Au terme de réinsertion s'articule celui de la récidive mais surtout de la *désistance*. La récidive est définie comme le « fait de commettre une nouvelle infraction après une première condamnation » et s'appuie donc sur des données judiciaires (Observatoire de la récidive et de la désistance [ORD], 2017, p.8). De son côté, la *désistance* correspond à un : « processus au cours duquel les activités délinquantes tendent à baisser, en termes de fréquence, de gravité, jusqu'à cesser » (Id). C'est un processus dynamique et plurifactoriel (psychologiques, cognitifs, biologiques, économiques et sociaux) mettant en avant l'intérêt d'un suivi favorisant la réinsertion. (CESE, 2019; ORD, 2017).

1.3.2. La réinsertion comme but : des difficultés variées et étendues

Inspiré du concept de « continuum carcéral » dont les Etats-Unis ont été les précurseurs, Nicole Maestracci appuie le fait « La désinsertion n'est pas seulement provoquée par la prison. Il s'agit d'un continuum dont la prison fait partie » (Maestracci, 2012, p.204). En effet, cette notion met en avant l'articulation entre « ségrégation sociale, discrimination résidentielle et trajectoires pénales » (CESE, 2019, p.19).

1.3.2.1. Le logement

L'analyse des enquêtes hebdomadaires « flash logement » réalisées entre 2015 et 2017 met en avant de nombreux constats alarmants concernant l'accès au logement des personnes sortant de prison. En effet « 6 % des personnes sortant de détention sur la période ne disposaient pas de solutions d'hébergement ou de logement, et 16 % disposaient d'une solution précaire (hébergement chez un tiers, dans une structure de logement adapté ou dans un centre d'hébergement), soit un total de 23 % sur l'ensemble des sortants (près de 19 000 personnes). » (Fondation Abbé Pierre, 2019, p.65). La question suivante se pose alors : Comment se réinsérer socialement et professionnellement si la personne se heurte, dès sa sortie, à des difficultés d'hébergement ?

1.3.2.2. L'emploi

Le retour à l'emploi a un réel rôle dans le processus de désistance et pourtant son accès est loin d'être évident (ORD, 2017). En 2015, un rapport sur les chiffres clés de l'administration pénitentiaire a révélé que le niveau de formation de la population pénale est majoritairement

bas. En effet 43,4% étaient sans diplôme et 76,2% ne dépassent pas le CAP³ (DAP, 2015, p.11). Ce manque de qualification, prédisposant davantage à un emploi précaire, accompagné d'un vide inexplicit sur le Curriculum Vitae sont autant d'obstacles à la réinsertion professionnelle.

1.3.2.3. Le quotidien

La privation occupationnelle et la perte d'autonomie en prison ont notamment comme conséquences une diminution des capacités occupationnelles (A. Wilcock, 1995) mais également « des croyances d'auto-efficacité diminuées et des constructions identitaires tronquées » (Traduction libre (Whiteford, 2000, p.203)). Dans ce sens et ce de manière extrême, Jacques Lerouge, fondateur de l'association APERI et ancien détenu expliquait qu'il avait « l'impression d'avoir été mis au congélateur pendant 22 ans » (Valenti, 2000, p.14). Il défendait, notamment par la création de son association, la nécessité des personnes ayant réalisé une longue peine de se « réadapter aux gestes élémentaires de la vie. » (Id).

La perte de la notion du temps en détention peut engendrer une désorientation temporelle à la sortie. Elle peut notamment être caractérisée par des difficultés à gérer ses prises de rendez-vous ou à organiser sa journée (Le Breton, 2018; Valenti, 2000).

La déprivation sensorielle vécue a elle des impacts importants sur le rapport à l'espace et à ce qui entoure la personne. En effet, elle peut présenter des difficultés de vision de loin, avoir des vertiges et même développer des angoisses liées à la foule (Zaks, 2015). S'orienter dans l'espace c'est également se ré-appropriier les lieux qui nous entourent, la ville et même son propre lieu de vie s'il est présent. En effet, enfermé dans une cellule durant quelque temps, le lieu de vie et plus particulièrement la chambre peut être vu comme une continuité de ce schéma d'emprisonnement. Dans un reportage diffusé par France 2 « Première année dehors, journal de bord », Norbert, un des anciens détenus hébergés au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de Poitiers exprime que « la chambre c'est ma cellule » (Manns, 2019, 00:17:25).

Réaliser ses activités et notamment poursuivre ses soins c'est aussi se déplacer, traverser une rue, prendre les transports en commun, conduire. Ce sont autant de points pouvant être difficiles pour quelqu'un sortant de prison (Le Breton, 2018). C'est le cas notamment de Norbert, incarcéré durant 12 années, présentant des troubles psychiatriques et un déficit de

³ informations recueillis auprès de 51 019 personnes

mémoire. Ne conduisant pas, il doit se déplacer en bus et est confronté à des difficultés pour réaliser cette activité en autonomie (Manns, 2019, 00:38:21).

Se pose également la question du rapport à soi : « Ce qui vient souvent rajouter aux difficultés d'insertion, de réhabilitation, c'est effectivement cette espèce de synchronisation à retrouver avec soi-même » (Manns, 2019, 01:08:00).

Les difficultés s'expliquent donc notamment par « Des données objectives –la durée de l'incarcération d'une part, l'isolement et le soutien extérieur d'autre part- et d'autres plus subjectives qui tiennent à la personnalité du détenu et au vécu de la cause de l'incarcération, l'appréhension quant aux conséquences de l'incarcération, se mêlent. » (Lable, 2015, p.36).

Ainsi, les difficultés rencontrées dépendent de chaque individu, de ses capacités et de son environnement. Se pose alors l'ensemble des répercussions des ruptures familiales et affectives durant l'incarcération ainsi que l'impact des troubles psychiatriques sur le quotidien.

L'accompagnement dans ce parcours de réinsertion apparaît alors comme nécessaire et évident.

1.3.3. La réinsertion comme moyen : une rupture malgré la présence de structures dédiées

La sortie représente un changement conséquent dans la vie d'un détenu. La personne sort en effet d'un cadre imposé et strict avec le devoir de redevenir un citoyen ordinaire alors qu'une réelle réadaptation à une vie autonome est nécessaire (Lable, 2015). Ainsi, Jean-François Lable, docteur en sociologie, anthropologie et démographie défend le fait que la sortie de prison induit inévitablement une notion de processus. Selon lui, « [...] sortir physiquement d'un établissement pénitentiaire n'équivaut pas instantanément à revenir à un état de liberté, et qu'à l'inverse, l'incarcération, par ses effets, se prolonge hors des murs. » (2015, p.10).

C'est pour cela que « Lorsqu'ils réintègrent la communauté après avoir purgé une peine de prison, les délinquants ont besoin de plus d'aide, de soutien et d'orientation. » (Traduction libre (DeVos et al., 2012, p.11)). Cependant, le suivi n'est pas systématique et dépend généralement de l'accès à un aménagement de peine.

1.3.3.1. Le manque de recours aux aménagements de peine

Les aménagements de peines correspondent à « des modalités d'exécution d'une peine de prison en milieu ouvert dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement, de suivi et de contrôle » (OIP, 2021, p.755). Ils ont pour objectif de favoriser une réinsertion progressive dans la société. Ces modalités sont multiples : liberté conditionnelle, semi-liberté, placement à l'extérieur, placement sous surveillance électronique ou encore suspension de peines pour raisons médicales (Ministère de la Justice, 2010). Cependant, le Guide du Sortant de prison édité en 2006 et cité dans la thèse « Sortie et sortants de prison ; une réinsertion déterminée » portait le constat alarmant que « Trois personnes sur quatre sont libérées sans avoir pu bénéficier d'un aménagement de peine, c'est à dire d'une phase de transition entre le dedans et le dehors qui permette de préparer leur retour au sein de la collectivité. » (Lable, 2015, p.10). Ce constat, effectué en 2006, n'a pas évolué car en 2018 « 20,4 % des condamnés écroués bénéficient d'un aménagement de peine » (DAP, 2018, p.7) ;

Nous pouvons donc affirmer qu'il existe un réel manque de recours à ces peines aménagées. Dans ce sens, en France, « l'emprisonnement demeure la peine de référence » (CESE, 2019, p.17). L'avis du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) de 2019 sur la réinsertion des personnes détenues appuie cependant le fait que l'incarcération représente un coût important pour l'Etat. En parallèle, les alternatives ou aménagements ont un coût inférieur et « lorsqu'elles comprennent un accompagnement global et individualisé, ont un impact bien plus positif sur la prévention de la récidive et la réinsertion » (CESE, 2019, p.24). En effet, le CESE défend le fait que le type de peine ainsi que les conditions de sorties sont autant de facteurs influençant le taux de récidive.

1.3.3.2. Des structures dédiées

Le principal suivi est exercé par les Structures pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) qui est un « service à compétence départementale. Il intervient à la fois en milieu ouvert et en milieu fermé, auprès des personnes détenues (prévenues ou condamnées) et sur saisine des autorités judiciaires pour les mesures alternatives aux poursuites, présentencielles ou postsentencielles. » (Ministère de la Justice, s. d.)

La prévention de la récidive est l'objectif principal des SPIP. Pour cela, les actions mises en places sont :

- « l'aide à la décision judiciaire et l'individualisation des peines,

- la prévention de la récidive,
- la (ré)insertion des personnes placées sous-main de Justice,
- le suivi et le contrôle de leurs obligations. » (Id).

« Le SPIP est un acteur d'un réseau pluridisciplinaire et partenarial, orientant les personnes placées sous-main de justice vers des structures de droit commun (hébergement, emploi, etc.) » (ORD, 2017, p.34). Ces SPIP sont composés en grande majorité de conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP). Ils sont cependant dans l'obligation d'intervenir dans le cadre d'un mandat judiciaire, ainsi dès lors que la personne n'est plus sous-main de justice, son suivi auprès du SPIP est suspendu. Ainsi, nous retrouvons la problématique des personnes n'ayant pas bénéficié d'aménagement de peine ou d'une sortie progressive et faisant donc l'objet d'une « sortie sèche ».

Il existe également d'autres structures ne dépendant pas de l'administration pénitentiaire et œuvrant pour la réinsertion des anciens détenus. Ce sont notamment le cas des CHRS et des Centres Médico-Psychologiques (CMP). Cependant, les CMP « sont souvent surchargés et ne permettent pas de proposer à ces personnes des rendez-vous dans un délai court après leur sortie. » (Le Breton, 2018, p.38). L'appréhension des soignants face à la prise en soin de cette population est également mise en évidence. Des associations comme ARAPEJ à Paris ou encore Permis de construire à Nantes accompagnent également les anciens détenus dans les défis qu'ils rencontrent au quotidien.

Afin de nous faire une idée plus précise quant à la satisfaction du suivi actuel des personnes sortant de prison, nous avons demandé l'avis de professionnels travaillant avec cette population. Pour cela, nous avons inclus dans notre premier questionnaire (cf partie expérimentale) cette question : « Estimez-vous que le suivi post-incarcération actuel est satisfaisant ? » Les professionnels y ont répondu grâce à une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord) puis ont justifié leur avis. Quatre experts ont répondu qu'ils étaient plutôt d'accord, onze qu'ils n'étaient plutôt pas d'accord et un qu'il n'était pas du tout d'accord. Plusieurs points sont alors soulevés par les professionnels. Tout d'abord, le nombre de « sorties sèches » reste conséquent et empêche une préparation de sortie optimale. L'importance du suivi en SPIP est largement défendue, cependant les moyens disposés (personnels, financiers...) ne sont pas suffisants. Le manque de recours à une pratique de terrain par les CPIP est également soulevé, ce qui nécessite pour certains la plus-value de l'intervention

d'une équipe pluridisciplinaire. Ces différents accompagnements (judiciaire, sanitaire, social, professionnel) réalisés doivent commencer dans l'idéal en amont de la sortie. Dans la réalité de terrain cependant, les personnes sortant de prison restent peu soutenues.

1.3.3.3. Vers une continuité des soins ?

Le Ministère de la Justice et celui des Solidarités et de la Santé ont publié une feuille de route en juillet 2019 concernant la santé des personnes sous-main de justice. Elle met en avant les priorités de cette stratégie de santé :

- “Mieux suivre l'état de santé global des détenus
- Développer la prévention et la promotion de la santé auprès des détenus
- Améliorer l'accès aux soins des personnes détenues
- Repérer et prendre en charge la dépendance en milieu carcéral
- Assurer la continuité de la prise en charge à la sortie de la détention”

Dans le 5^{ème} axe est mis en avant l'importance d'assurer “(...) une coordination entre les équipes de soins de l'unité sanitaire, les services pénitentiaires d'insertion et de probation, les dispositifs sociaux, médico-sociaux et les soins de ville et hospitaliers.” Dans ce sens, l'ouverture de 16 Structures d'Accompagnement vers la Sortie (SAS) est souhaitée d'ici à 2022. « Ces SAS accueilleront des condamnés à des peines de moins d'un an ou des condamnés à de longues peines qui finissent leur temps de détention. » (Ministère de la Justice, 2018c). Elles accueilleront des intervenants extérieurs afin de préparer la sortie (associations de lutte contre l'addiction, logement, emploi). Ces structures favoriseront également l'autonomisation du détenu (préparation des repas...) et l'accès à des formations professionnelles (Id).

Face aux diverses difficultés auxquelles sont confrontées les personnes sortant de prison et à cette nécessité d'autonomisation, la proposition d'un accompagnement en ergothérapie nous semble pertinente.

2. L'ergothérapie dans le système pénitentiaire

2.1. La définition de l'ergothérapie

L'ergothérapie du grec « ergon » qui signifie *activité* et de « therapia » qui signifie *soin*, base sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit l'intervention de l'ergothérapeute sur deux axes principaux :

- « Prévenir et modifier les activités délétères pour la santé ;
- Assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (ANFE, s. d.).

En collaboration avec de nombreux professionnels, l'ergothérapeute va donc participer à « prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap » (ANFE, 2019) en adoptant une approche holistique. Il va ainsi tenir compte à la fois des capacités de la personne, de ses habitudes de vie et de son environnement. Dans ce contexte, l'ergothérapeute devient un « intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. » (ANFE, s. d.).

Nous comprenons donc bien que l'ergothérapie possède un champ d'intervention conséquent et que son exercice peut avoir lieu à la fois en milieu sanitaire, médico-social ou social.

2.1.1. Lien entre occupation, santé et bien être

L'être vivant, a un besoin de participation occupationnelle, c'est à dire d'un "engagement effectif de la personne dans ses activités productives, de loisirs et de vie quotidienne au sein de contextes socio-culturels spécifiques" (Morel-Bracq, 2017, p.75). Ces activités significatives et signifiantes, portant des valeurs personnelles et étant au cœur de la participation à la société sont appelées *occupations* (Meyer, 2013).

Yerxa a participé à l'émergence des sciences de l'occupation en défendant notamment le postulat suivant : « La science de l'occupation est l'étude de l'être humain en tant qu'être occupationnel, y compris le besoin et la capacité de s'engager et d'orchestrer des occupations quotidiennes dans l'environnement tout au long de la vie. » (Traduction libre (Yerxa, 1990, p.6)). Le lien entre la participation à des occupations, la santé et le bien-être se fait peu à peu reconnaître et est aujourd'hui démontré et défendu par de nombreux auteurs. C'est dans ce sens que Wilcock défend qu'« Un mode de vie occupationnel varié et complet permettra de

maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être s'il permet aux personnes d'être créatives et aventureuses sur le plan physique, mental et social. » (Traduction libre (Wilcock, 2006)).

Il est alors nécessaire de regarder l'occupation dans son contexte. En effet, de nombreux facteurs influencent ce que les personnes font : l'entourage, le climat, les croyances et pratiques religieuses, les valeurs culturelles, l'économie, l'espace, les ressources, l'environnement naturel, etc. (Yerxa et al., 1989). C'est notamment dans cette volonté de créer du lien entre ces facteurs que les modèles conceptuels ont fait leur apparition.

2.1.2. Le modèle conceptuel MCREO

Marie Chantal Morel-Bracq définit un modèle conceptuel comme « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. » (Morel-Bracq, 2017, p.2). L'utilisation des modèles dans notre pratique permet de structurer et justifier nos interventions.

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO), élaboré par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) est un modèle général en ergothérapie adoptant une approche centrée sur la personne. Il part du postulat défendu précédemment qui met en relation les occupations, la santé et le bien-être. Ce modèle appuie donc la nécessité de participation à des activités significatives comme levier du maintien de la santé (Caire & Rouault, 2017). Il met également en avant le fait que « l'occupation humaine se produit dans un contexte et résulte de l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement. » (Townsend & Polatajko, 2013, p.26) (Figure 2).

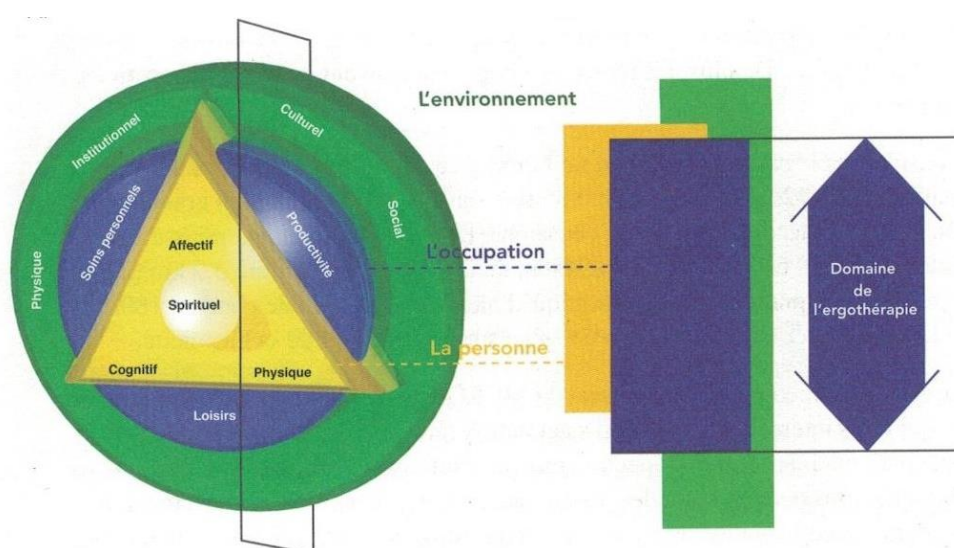


Figure 2 : Schéma du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Townsend & Polatajko, 2013, p.26)

La personne, placée au centre du schéma et représentée par le triangle jaune est composée de 3 éléments : la dimension *affective*, *cognitive* et *physique* avec comme noyau la *spiritualité*. La personne est intégrée à l'environnement qui l'entoure, représenté par le cercle vert. Cet environnement, unique car individu-dépendant, peut être à la fois *social*, *culturel*, *institutionnel* ou *physique*. L'occupation, représentée par le cercle bleu, est ce qui relie la personne à son environnement. Elle est composée de 3 domaines : les *soins personnels*, la *productivité* et les *loisirs*. Autrefois compris dans les soins personnels, le repos a été rajouté, en 2013, comme un domaine à part entière.

La vue de profil sert à démontrer que l'ergothérapeute s'intéresse à l'occupation humaine dans son entièreté tout en prenant en considération les caractéristiques de la personne et les dimensions de l'environnement concernés.

Nous avons choisi ce modèle comme socle de réflexion notamment car il se base sur deux notions importantes non visibles sur le schéma :

- l'engagement dans l'activité ;
- l'habilitation.

Au vu des notions fondamentales de la MCREO, nous pouvons définir l'ergothérapie ainsi : « L'ergothérapie est l'art et la science de l'habilitation de la personne à l'engagement dans la vie de tous les jours par l'occupation ; habilitier les personnes à effectuer les occupations qui favorisent leur santé ainsi que leur bien-être ; et habilitier les membres de la société, de telle sorte que celle-ci soit juste et inclusive afin que tous puissent s'engager – selon leur plein potentiel – dans les activités de la vie quotidienne. » (Townsend & Polatajko, 2013, p.31).

2.1.2.1. L'engagement occupationnel

Le groupe ENOTHE (European Network of Occupation Therapy) a défini la notion d'engagement comme : « Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation ». (Meyer, 2013, p.15).

L'engagement occupationnel est, lui, un concept qui suscite des discussions. En 2018, des ergothérapeutes français ont réalisé une étude de la littérature afin d'identifier les composantes clés de ce concept. Ils en ont conclu que l'engagement occupationnel est un concept aux caractéristiques multidimensionnelles, influencé par divers facteurs externes (contexte socio-environnemental) et internes à la personne (sens de l'activité, capacités et motivation). Cet engagement va donc fluctuer dans le temps et va dépendre aussi bien de la

performance que du vécu de la personne (Bertrand et al., 2018). L'étude de Kennedy et Davis a cependant permis de mettre en avant que la relation entre la performance et l'engagement, même si, très prégnante, n'est pas systématique (Kennedy & Davis, 2017). Lors de cette étude, les facteurs essentiels influençant l'engagement occupationnel identifiés sont : « le sentiment d'être prêt, l'objectif ou le sens de l'activité, la participation, la motivation ou l'intérêt, la santé mentale et les capacités cognitives, les défis et feedback ainsi que l'environnement (social, physique et institutionnel) » (Traduction libre (Kennedy & Davis, 2017, p.7)). La connaissance de ces facteurs est primordiale afin de favoriser l'engagement et promouvoir le bien-être des individus. En effet, « Plus l'engagement occupationnel d'une personne est important, plus la personne a une perception favorable de sa santé et de son bien-être » (Bertrand et al., 2018, p.55). Cet engagement occupationnel va également permettre de retrouver une identité occupationnelle en reconnaissant ses propres capacités et ressources. (Bertrand et al., 2018, p.52).

2.1.2.2. L'habilitation à l'occupation

En ergothérapie, le terme d'habilitation est défini par l'ACE comme : « [...] les processus visant à faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir, encourager ou collaborer avec les personnes, les groupes, les organismes, les associations afin de mettre à disposition des personnes les outils permettant de diriger leur vie. » (ACE, 1997 cité dans Townsend & Polatajko, 2013, p.116). Cette compétence basée sur l'approche centrée sur la personne est un des principes fondamentaux permettant de redonner un pouvoir d'agir.

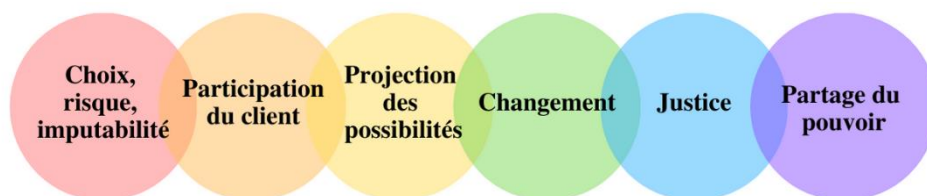


Figure 3 : Concepts de base de l'habilitation. Schéma inspiré de (Townsend & Polatajko, 2013, p.118)

Choix, risque et imputabilité

« L'objectif en ergothérapie est d'habiliter le client à s'engager sécuritairement, et ce en respectant son droit légitime de prendre des risques. » (Townsend & Polatajko, 2013, p.119).

La participation du client⁴

La participation dans le processus d'habilitation correspond à « la reconnaissance des clients comme des citoyens ayant le droit de participer à la prise de décisions en ce qui concerne l'ergothérapie, les autres services, et leur existence » (Townsend & Polatajko, 2013, p.119).

Projection de possibilités

Elles correspondent à l'ensemble des perspectives que l'ergothérapeute envisage pour et avec le patient. La projection de possibilités questionne « ce qui est et considère ce qui pourrait être ou même ce qui devrait être » afin de faciliter le changement. (Townsend & Polatajko, 2013, p.221). L'ergothérapeute se doit d'être un soutien afin de favoriser l'engagement et l'intégration dans la société.

Le changement

Lié directement à la projection de possibilités, l'ergothérapeute a pour rôle de favoriser la participation des personnes en incitant à effectuer « [...] les changements qu'ils ont non seulement besoin de faire, mais également qu'ils rêvent d'accomplir pour atteindre leurs buts en matière de santé, de bien-être et de justice. » (Townsend & Polatajko, 2013, p.122).

Justice : la diversité et l'équité

L'ergothérapeute se doit d'identifier les situations problématiques rencontrées sans jamais oublier que « les problèmes ne sont pas tous causés par une invalidité ou une déficience » (Townsend & Polatajko, 2013, p.125). Il est alors primordial de prendre en considération l'importance du poids des normes sociales et parfois des injustices.

Partage du pouvoir

Le partage du pouvoir correspond à la collaboration client/personne-thérapeute sans rapport hiérarchique. Les personnes ont alors « [...] besoin d'occasions et de ressources structurées de telle sorte qu'ils puissent partager le pouvoir dans le choix et la prise de décisions quant à leurs occupations et aux services d'ergothérapie » (Townsend & Polatajko, 2013, p.127).

L'ensemble de ces concepts offrent une base de réflexion et manifestent une importance particulière dans le processus permettant de retrouver un pouvoir d'agir. Cette pratique

⁴ Client est un terme canadien pour lequel nous préférons, dans ce mémoire, utiliser celui de personne

ergothérapique auprès d'une population vivant ou ayant vécu une expérience carcérale, bien que peu démocratisée, se révèle tout de même présente.

2.2. La pratique actuelle de l'ergothérapie

2.2.1. En détention

En France, les postes d'ergothérapeutes dans le milieu carcéral ne sont pas nombreux et sont généralement orientés auprès des personnes ayant un handicap diagnostiqué. Dans ce sens, la majorité des postes sont en unités psychiatriques. Les ergothérapeutes sont donc généralement présents dans les :

- Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), qui sont des unités de soins de santé mentale ambulatoires présents au sein de certains établissements pénitentiaires et recouvrant un besoin régional. Il en existe 26 en France (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).
- Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), qui, en appuie aux SMPR, prennent en soin des personnes détenues nécessitant un suivi psychiatrique en hospitalisation complète. Il existe actuellement 9 UHSA réparties sur la France (Id ; Ministère de la Justice, 2018b) (Annexe D).

Concernant les soins d'ordres somatiques, il existe des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI) qui prennent en soin des détenus ayant des troubles en phase aigüe. L'EPSNF, structure unique en France, permet de « prendre en charge des patients pour des hospitalisations de très longues durées programmées dans un lieu similaire à un centre de détention » (Le Fresne, 2013, p.56). Cet établissement allie la double tutelle ministérielle (la Santé et la Justice) et est composé d'une équipe pluridisciplinaire, dont des ergothérapeutes.

A l'étranger, des stages étudiants concluant sur des études qualitatives ont permis de mettre en avant l'intérêt d'un suivi ergothérapique en prison. C'est le cas notamment aux Etats-Unis et au Canada.

A Manitoba, au Canada, des ergothérapeutes interviennent auprès de détenus ayant des incapacités liées au vieillissement, au handicap physique, cognitif ou psychiatrique (DeVos et al., 2012, p.2). Ils détaillent leur intervention en 5 étapes (DeVos et al., 2012, p.2-3) : (1) *les évaluations* permettant de comprendre les capacités cognitives, physiques, fonctionnelle et le

niveau d'autonomie des détenus ; (2) *l'intervention* axée sur des séances en individuel et en groupe (entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale, psycho-éducation, aptitude à la vie quotidienne et professionnelle etc). L'objectif étant de « Permettre aux délinquants de participer à des occupations significatives et d'aborder les questions qui affectent les choix sains et prosociaux, favorisant ainsi une transition réussie vers la communauté » (Traduction libre (Id)). ; (3) *l'utilisation du temps* permettant aux détenus de mettre en place une routine saine et donc de « Réduire l'engagement des délinquants dans des occupations non légitimes, renforcer l'estime de soi et promouvoir des compétences de communication prosociales et assertives » (Ibid). ; (4) *le conseil et le soutien* auprès des détenus mais également des autres professionnels ; (5) *la transition communautaire* en fournissant des services adaptés lors de leur sortie et donc favoriser une intégration efficace.

Un programme américain nommé l'Allegheny Country Jail (ACJ) dont l'objectif est de réduire le taux de récidivisme et de favoriser une réinsertion sociale, a été réalisé à Pittsburgh en Pennsylvanie (Eggers et al., 2006; Provident & Joyce-Gaguzis, 2005). Il est constitué d'une équipe transdisciplinaire de : « trois ergothérapeutes, deux gestionnaires de cas, un gestionnaire de cas clinique, un spécialiste du recrutement et un développeur d'emploi. » (Traduction libre (Provident & Joyce-Gaguzis, 2005, p.102)). L'ergothérapeute y a pour rôle de favoriser la réintégration sociale. Pour cela, « Le programme d'ergothérapie [...] offre aux clients la possibilité d'apprendre, de pratiquer et de démontrer des compétences de gestion de la vie et de préparation à l'emploi tout au long d'un continuum de soins allant de l'incarcération à l'engagement dans des rôles de vie de membre de la communauté, de membre de la famille, de travailleur et de participant aux loisirs et à la vie sociale. » (Id). Le programme se base donc sur quatre grands domaines d'interventions : « le bien-être, la famille et les structures de support, les aptitudes à la vie quotidienne, l'éducation et le travail. » (Traduction libre (Eggers et al., 2006, p.27)). (Annexe E). Pour que l'intervention soit réellement efficace et que l'objectif de réinsertion soit atteint, il est nécessaire de prolonger l'intervention après la sortie, c'est-à-dire en milieu communautaire.

2.2.2. Dans le suivi après la libération

Ce suivi après la libération, le projet ACJ en a fait son deuxième axe d'intervention. Avant leur sortie une phase de *pré-libération* est effectuée afin de faciliter leur réinsertion : « Cela comprend la réalisation d'évaluations, l'élaboration d'un plan de sortie, l'établissement de liens avec des soutiens dans la communauté et la participation à des activités en classe. » (Traduction

libre (Eggers et al., 2006, p.29)). Après la libération et en se basant sur les besoins individuels, l'ergothérapeute a pour rôle de « faciliter l'engagement dans des activités occupationnelles, telles que les entretiens d'embauche, l'acquisition d'un emploi, et à fournir des services de gestion de cas en faisant des recommandations, en mettant les clients en relation avec les services de soutien communautaires, et en surveillant les progrès par des contacts hebdomadaires. » (Traduction libre (Provident & Joyce-Gaguzis, 2005, p. 102)). Le travail en partenariat et en interdisciplinarité est largement défendu, notamment grâce à l'intervention d'un gestionnaire de cas. (Eggers et al., 2006). DeVos et al vont dans ce sens en défendant le fait que l'ergothérapeute peut servir d'appui à l'équipe correctionnelle pour élaborer un plan de sortie adapté aux besoins, aux capacités et à l'environnement de la personne. Ils défendent également l'intérêt d'un suivi en probation pour favoriser une réinsertion efficace (2012, p.11-12).

En France, comme vu précédemment, les ergothérapeutes sont généralement présents dans des services spécialisés. Concernant le suivi des anciens détenus, déjà en lui-même compliqué, l'intervention d'un ergothérapeute y est encore moins évidente. En effet, comme expliqué par l'ergothérapeute de l'EPSNF « Il est rarement possible de prévoir la fin de la peine, qui marque la fin de la prise en charge en ergothérapie » (Le Fresne, 2013, p.58). Ils favorisent donc au maximum la création de lien et essayent d'assurer une continuité des soins avec l'extérieur. Coralie Le Fresne exprime cependant l'importance qu'aurait la réadaptation, les visites à domicile et les mises en situation écologiques pour permettre une transition plus optimale vers le « dehors » (Id). Or, « En prison, réaliser des expertises de l'habitat et des mises en situation écologiques est très complexe, voire impossible dans nombre de cas. » (Le Fresne, 2013, p.56). Le suivi en ergothérapie après la sortie, pourtant très peu répandu, serait nécessaire afin d'effectuer un travail centré sur la personne dans son environnement réel. La consultation extra-carcéral du SMPR de l'Hôpital Saint-Anne est un rare exemple de continuité des soins psychologiques et psychiatriques utilisant la réadaptation comme levier à la réinsertion sociale. Les deux ergothérapeutes favorisent en effet le « ré-apprentissage de la vie en milieu libre » (Canetti, 2018, p.45). Un suivi en CMP peut également permettre l'intervention d'un ergothérapeute, mais comme nous l'avons vu précédemment, celui-ci reste peu accessible.

Problématique

Les personnes détenues sont sujettes à de nombreuses problématiques aux caractères multidimensionnels et généralement liés. A leur sortie, la réinsertion socio-professionnelle apparaît alors comme l'objectif final de tout un chacun. Cette réinsertion est sous-tendue par le concept d'engagement qui se voit être une notion au cœur de l'ergothérapie. Cependant, là où elle a su trouver une place dans certains pays étrangers, l'ergothérapie dans le système pénitentiaire français peine à se faire connaître. Le champ d'action étant encore difficilement identifiable nous pouvons nous demander :

Comment l'ergothérapie peut-elle favoriser l'engagement occupationnel des personnes sortant de prison ?

Partie 2 : Phase expérimentale

Afin de répondre à cette problématique, nous avons tout d'abord souhaité identifier les facteurs influençant l'engagement occupationnel de ces personnes. Pour cela, nous avons utilisé une technique Delphi.

3. Technique Delphi

3.1. Choix et présentation de la technique

La technique Delphi est un outil de recherche permettant d'obtenir un consensus d'experts « à propos d'un thème peu exploré ou pour lequel il existe des ambiguïtés ou des incertitudes quant aux connaissances disponibles » (Caire, 2016, p.46). Les différentes consultations des experts se font individuellement à travers l'envoi de questionnaires successifs et ce de manière anonyme (Bourrée et al., 2008).

C'est une méthode dite mixte car elle permet une approche à la fois qualitative et quantitative (Caire, 2016).

La technique Delphi peut se décomposer en quatre grandes étapes : (Bourrée et al., 2008)

- 1) La formulation du problème
- 2) Le choix des experts
- 3) L'élaboration du questionnaire
- 4) L'administration du questionnaire et le traitement des résultats.

La première consultation des experts débute par une question ouverte qui permet « d'identifier les différentes variables en lien avec l'objet d'étude » (Caire, 2016, p.48). Les consultations suivantes consisteront à les prioriser afin d'arriver à un consensus final. Cela permettra également de mettre en avant les différents points de divergence.

En raison du nombre restreint d'articles scientifiques sur le sujet de l'ergothérapie dans le système pénitentiaire et pour s'inscrire dans une démarche interprofessionnelle, cette technique a retenu notre attention. En effet, face à ce sujet spécifique et très peu exploré, l'apport de connaissances d'un nombre conséquent d'experts nous était essentiel.

3.2. Contexte de l'étude et choix des experts

Afin de mener à bien cette recherche se concentrant sur l'engagement des personnes sortant de prison, nous avons dû établir des critères d'inclusion. Du fait de la complexité du sujet et des multiples ressources, nous avons décidé d'inclure des personnes de professions variées travaillant auprès de détenus et/ou d'anciens détenus.

Pour constituer ce groupe d'experts, nous avons utilisé diverses approches dont la technique « boule de neige » (Combessie, 2007). Cette méthode consiste à ce qu'un professionnel identifié nous propose d'autres experts pouvant répondre à l'étude. Cependant, cette méthode n'était pas suffisante pour solliciter l'ensemble des professions souhaitées. Des appels téléphoniques et l'envoi de mails à des structures complémentaires ont donc été réalisés. Aucune restriction géographique n'a été établie.

Sur l'ensemble des personnes contactées, seize ont répondu favorablement et ont ensuite participé au premier tour de consultation. Ce groupe d'expert était constitué de :

- Sept CPIP
- Deux assistantes de services sociaux
- Deux ergothérapeutes
- Deux infirmières
- Un éducateur spécialisé

- Une conseillère d'économie sociale et familiale (CESF)
- Une chargée de projet socio-éducatif

Ces derniers sont tous déjà intervenus auprès de détenus et anciens détenus. Aucune restriction n'a également été mise sur le lieu de profession, mélangeant donc des personnes intervenant dans des lieux spécialisés (SMPR, associations...) comme dans des maisons d'arrêt. En effet, nous avons la volonté de prendre en considération l'ensemble des points de vue et ainsi ériger un consensus multidimensionnel de par la profession et la spécialité de chacun. Le taux de prévalence de personnes détenues en souffrance psychique étant important, il nous paraissait également intéressant de ne pas exclure les professionnels experts de ce sujet. Le groupe est constitué majoritairement de femmes, ce qui représente la réalité de terrain des professions représentées.

3.3. Déroulement de l'étude

Dans un premier temps, l'ensemble des professionnels identifiés a été contacté par mail afin d'avoir leur accord pour la participation à cette étude. Le mail comprenait une explication brève du sujet de mémoire, la raison de leur sollicitation et l'objectif de l'étude. Ce mail évoquait également la contrainte temps et l'engagement que nécessiterait la participation à l'étude. Une explication plus précise de la méthode utilisée ainsi que l'ensemble du rétroplanning ont été envoyés avec le premier tour de consultation.

Concernant la création et la diffusion des questionnaires, chacun d'entre eux a été réalisé avec Google Forms et envoyé par mail. Le temps imparti pour répondre à chaque questionnaire était spécifié dans le courriel et au début du questionnaire. Nous l'avons fixé à une semaine en moyenne, un rappel était réalisé la veille de chaque date butoir.

Le premier tour de consultation a commencé le mardi 16 mars 2021 avec l'envoi du premier questionnaire (Annexe F), contenant la question ouverte ci-contre : « Selon vous, quels sont les facteurs influençant (favorisant ou entravant) l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne ? » Les experts pouvaient proposer autant de réponses qu'ils le souhaitaient mais devaient respecter un format de réponse court (pas plus de 15 mots) (Caire, 2016). En amont de cette question, il leur était demandé de répondre à des questions concernant leur situation professionnelle mais également de donner leur avis quant au suivi post-incarcération actuel. Cette première consultation a permis de rassembler seize retours d'experts.

Le deuxième tour de consultation a commencé le mardi 30 mars 2021 avec l'envoi du deuxième questionnaire comportant les facteurs identifiés au premier tour et synthétisés en 38 affirmations (Annexe G). Pour chacune d'elles, le participant devait coter son niveau d'accord selon une échelle de Likert à quatre points : pas du tout d'accord (1), plutôt pas d'accord (2), plutôt d'accord (3) ou tout à fait d'accord (4). Les participants étaient dans l'obligation de répondre à chacun des items. Combiné à cette échelle de Likert cela empêchait à l'expert de ne pas se prononcer, l'obligeant donc à réfléchir plus profondément à la question et faire un choix final.

A l'issue de cette deuxième phase, douze professionnels ont répondu au questionnaire. Des questions socio-démographiques ont également été posées afin d'affiner le profil des experts répondant à l'étude.

Le troisième et dernier tour de consultation a commencé le mercredi 14 avril 2021 (Annexe H). Seuls les facteurs ayant obtenu plus de 80% d'approbation par les experts ont été envoyés. Deux items à 79.17% ont tout de même été conservés car ils nous semblaient pertinents et étaient proches du seuil d'acceptabilité. Les participants ont donc ainsi répondu si oui ou non ils validaient chacune des 31 affirmations retenues. Cette dernière consultation a rassemblé onze réponses.

Les facteurs ayant également obtenu plus de 80% d'approbation ont été retenus et identifiés comme les facteurs majeurs influençant l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne.

4. Analyse des résultats

4.1. Première consultation

Lors de ce premier tour, chaque professionnel a répondu à la question concernant les facteurs influençant l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne. Afin d'analyser ces réponses, nous avons effectué une lecture flottante (Bardin, 2013). Ceci nous a permis de mettre en avant 38 affirmations et de les classer selon les 3 éléments de la MCREO : la personne, l'environnement et l'occupation. Elles ont également été classées en fonction de la nature du facteur : entravant ou facilitant.

Il est nécessaire de comprendre que ce classement n'est pas figé et que les facteurs sont intimement liés. Ainsi, certains facteurs classés dans les occupations dépendent de l'environnement institutionnel ou même social. Dans ce contexte et puisque la personne est actrice quelle que soit sa prise en charge, les facteurs liés à l'accompagnement ont été placés dans les occupations et non dans l'environnement. Ces choix peuvent être discutés.

Tableau 1 : Facteurs identifiés à l'issue du premier tour de consultation (n=16)

La personne	
Nature du facteur	Facteurs
Entravant	Les addictions Le handicap physique Les troubles psychiatriques (ou psychiques) Un vécu carcéral douloureux Une faible estime de soi La difficulté à prioriser ses propres besoins La perte de rôle social significatif (père, compagnon, mari, frère...) La faible confiance dans les institutions
Facilitant	La motivation à changer La préoccupation pour son état de santé
L'occupation	
Entravant	La perte d'autonomie due à l'incarcération Le manque d'une bonne hygiène de vie (sommeil, alimentation...) Le désengagement de certaines activités de la vie quotidienne en détention La complexité des démarches administratives
Facilitant	Le maintien d'activités en détention (notamment liées au travail et à la formation) La participation à des activités de médiations (reprise de confiance en soi) L'accompagnement dans les soins (psychiques, addictologiques, somatiques) durant l'incarcération L'accompagnement pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle (durant et après l'incarcération) La possibilité de permissions de sorties : lien avec l'extérieur et préparation de la libération (rencontres avec des associations d'insertion, rendez-vous de soins à l'extérieur) Les obligations à respecter dans le cadre d'une mesure probatoire La présence d'un emploi à la sortie La continuité des soins dans des structures adaptées L'accompagnement dans la recherche et la reprise d'activités de vie quotidienne adaptées L'accompagnement à la parentalité L'inscription dans des associations La participation à des loisirs La participation à des activités significatives (qui ont du sens pour la personne)

L'environnement	
Entravant	La privation sensorielle en détention Le retour dans un environnement social antérieur avec la présence de pairs délinquants La durée de la peine La stigmatisation des personnes sortant de prison
Facilitant	Les moyens permettant le maintien des liens sociaux durant l'incarcération (accès téléphone, parloirs) La présence d'un aménagement de peine (notamment placement à l'extérieur) La présence d'un environnement social (famille, amis) soutenant La pluridisciplinarité de l'accompagnement Le travail de partenariat entre le milieu ouvert et fermé L'acquisition d'un logement stable et sécurisant L'encouragement de l'institution judiciaire

4.2. Deuxième consultation

Lors de ce second tour de consultation douze participants ont établi leur degré d'accord avec chaque facteur grâce à l'échelle de Likert (annexe K). Ces derniers ont été classés par ordre d'importance selon le score moyen et l'écart type si nécessaire (tableau 2). A savoir que plus l'écart type se rapproche de 1 plus les participants ont eu des réponses disparates.

Ce second tour nous permet de mettre en évidence l'importance des trois composantes personne, environnement, occupation dans ce processus de ré-engagement, mettant également en avant leurs inter-dépendances. L'analyse de cette deuxième consultation est également réalisée selon les critères de la MCREO. Cependant, il est nécessaire de noter que le classement des occupations dans les domaines de la productivité, des soins personnels ou des loisirs sont individu-dépendants, pour cela nous ne nous exprimerons pas à ce niveau. Certains facteurs s'avèrent également trop généraux pour permettre ce classement.

Leurs réponses aux questions socio-démographiques ont également permis d'affiner leur profil. Nous savons notamment que les experts travaillent auprès d'une population ayant eu une expérience carcérale depuis 9,2 ans en moyenne et 7,5 ans selon la médiane. Les résultats varient en effet entre 6 mois et 25 ans.

Tableau 2 : Résultats du deuxième tour de consultation concernant les facteurs entravant (n=12)

Facteurs entravant	Pourcentage	Score moyen (sur 4)	Ecart type
Les addictions	100	4	0
Le retour dans un environnement social antérieur avec la présence de pairs délinquants	95.83	3.83	0.37
Une faible estime de soi	91.67	3.67	0.47
La difficulté à prioriser ses propres besoins	91.67	3.67	0.47
Les troubles psychiatriques (ou psychiques)	89.58	3.58	0.49
La perte de rôle social significatif (père, compagnon, mari, frère...)	89.58	3.58	0.64
La stigmatisation des personnes sortant de prison	85.42	3.42	0.64
La complexité des démarches administratives	85.42	3.42	0.76
La faible confiance dans les institutions	83.33	3.33	0.47
La durée de la peine	81.25	3.25	0.60
La perte d'autonomie due à l'incarcération	81.25	3.25	0.60
Le désengagement de certaines activités de la vie quotidienne en détention	79.17	3.17	0.69
Le manque d'une bonne hygiène de vie (sommeil, alimentation...)	79.17	3.17	0.69
Un vécu carcéral douloureux	77.08	3.08	0.49
La privation sensorielle en détention	68.75	2.75	0.60
Le handicap physique	68.75	2.75	0.83

Concernant les facteurs entravant, la dimension personnelle avec une composante cognitive et affective est représentée de manière importante et significative. Tout d'abord, la présence d'*addictions* est le seul facteur faisant l'unanimité lors de ce premier tour. De plus, *Une faible estime de soi*, *La difficulté à prioriser ses propres besoins*, *Les troubles psychiatriques (ou psychiques)* et *La perte de rôle social significatif (père, compagnon, mari, frère...)* obtiennent un consensus très proche ou supérieur à 90%. *La faible confiance dans les institutions* apparaît également comme un facteur important (83.33%). Le seul facteur personnel n'ayant pas obtenu 80% d'approbation correspond au *vécu carcéral douloureux*.

Les facteurs occupationnels rassemblent des pourcentages d'accords variant entre 79.17% (*Le manque d'une bonne hygiène de vie*), 81.25% (*La perte d'autonomie due à l'incarcération*) et 85.42% (*La complexité des démarches administratives*). L'écart type concernant le fait que la complexité des démarches entrave l'engagement s'explique par des différences de réponses allant de plutôt pas d'accord (2), plutôt d'accord (3) à tout à fait d'accord (7).

Enfin, les composantes environnementales et notamment sociales sont représentées de manière conséquente. En effet, *Le retour dans un environnement social antérieur avec la*

présence de pairs délinquants regroupe 95,83% d'accord et *La stigmatisation* 85.42%. La durée de la peine, qui est le seul facteur entravant dépendant de l'environnement institutionnel, rassemble, elle, un consensus de 81.25%. A l'inverse, l'environnement physique en détention apparaît comme une des composantes les moins importantes. En effet, *La privation sensorielle* obtient un consensus de seulement 68.75%.

Cinq facteurs n'ont pas atteint les 80% de consensus. Nous avons cependant fait le choix de faire passer le facteur suivant au troisième tour de consultation : *Le désengagement de certaines activités de la vie quotidienne en détention*. En effet, en lien avec la partie exploratoire et la privation occupationnelle en détention il nous paraissait intéressant de l'analyser davantage. L'écart type du dernier facteur : *le handicap physique* nous permet de mettre en évidence un taux de désaccord important entre les participants. En analysant les données, nous remarquons que l'ensemble des professionnels issus du corps paramédical sont en accord avec ce facteur (réponses entre 3 et 4). Le consensus des travailleurs sociaux est lui hétérogène. Ceci ne nous permet pas d'exprimer une dépendance relative à la catégorie socio-professionnelle. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que cela dépend de l'expérience rencontrée.

Tableau 3 : Résultats du deuxième tour de consultation concernant les facteurs facilitant (n=12)

Facteurs facilitant	Pourcentage	Score moyen (sur 4)	Ecart type
L'acquisition d'un logement stable et sécurisant	95.83	3.83	0.55
La continuité des soins dans des structures adaptées	93.75	3.75	0.43
La présence d'un environnement social (famille, amis) soutenant	93.75	3.75	0.43
La présence d'un emploi à la sortie	91.67	3.67	0.47
La présence d'un aménagement de peine (notamment placement à l'extérieur)	89.58	3.58	0.49
La possibilité de permissions de sorties : lien avec l'extérieur et préparation de la libération (rencontres avec des associations d'insertion, rendez-vous de soins à l'extérieur)	89.58	3.58	0.49
L'accompagnement dans la recherche et la reprise d'activités de vie quotidienne adaptées	89.58	3.58	0.49
La pluridisciplinarité de l'accompagnement	89.58	3.58	0.49
La participation à des activités significantes (qui ont du sens pour la personne)	89.58	3.58	0.49
Le travail de partenariat entre le milieu ouvert et fermé	89.58	3.58	0.64
La motivation à changer	87.50	3.50	0.50
L'accompagnement dans les soins (psychiques, addictologiques, somatiques) durant l'incarcération	87.50	3.50	0.76
L'encouragement de l'institution judiciaire	85.42	3.42	0.64
Le maintien d'activités en détention (notamment liées au travail et à la formation)	83.33	3.33	0.62

La participation à des activités de médiations (reprise de confiance en soi)	83.33	3.33	0.75
L'inscription dans des associations	81.25	3.25	0.43
La participation à des loisirs	81.25	3.25	0.60
L'accompagnement à la parentalité	79.17	3.17	0.55
La préoccupation pour son état de santé	77.08	3.08	0.64
Les moyens permettant le maintien des liens sociaux durant l'incarcération (accès téléphone, parloirs)	75	3.00	0.71
Les obligations à respecter dans le cadre d'une mesure probatoire	68.75	2.75	0.60

L'importance de l'environnement physique est appuyée par *l'acquisition d'un logement stable et sécurisant* qui apparaît comme le facteur facilitant qui rencontre le pourcentage d'accord le plus important (95.83%). Cependant, *Les moyens permettant le maintien des liens sociaux durant l'incarcération (accès téléphone, parloirs)* obtenant 75% d'accords, l'environnement physique en détention apparaît de nouveau comme l'un des facteurs les moins importants. L'environnement institutionnel, lorsqu'il est positif, se définit également comme un facteur indispensable. En effet, *L'encouragement de l'institution judiciaire, La pluridisciplinarité de l'accompagnement, Le travail de partenariat entre le milieu ouvert et fermé* et *La présence d'un aménagement de peine (notamment placement à l'extérieur)* obtiennent des consensus situés entre 85.42% et 89.58%. L'environnement social est quant à lui de nouveau mis en avant dans l'importance du processus d'engagement. En effet, *La présence d'un environnement social (famille, amis) soutenant* est l'un des facteurs faisant le plus consensus avec 93.75% d'accords.

Concernant les facteurs personnels, *La motivation à changer* qui dépend de l'affectif, se positionne comme un facteur primordial en obtenant 87.50% d'approbation.

Concernant les facteurs occupationnels, ceux établissant un lien entre le milieu fermé et le milieu ouvert (*continuité des soins dans des structures adaptées, permissions de sorties*) ont obtenu un consensus d'experts aux alentours de 90%. Les facteurs restants, nombreux, dépendants du lieu (en détention ou à l'extérieur) et de la composante institutionnelle sous-jacente ont obtenu des résultats disparates. *La présence d'un emploi à la sortie* apparaît cependant comme le deuxième facteur occupationnel qui a rassemblé le plus d'accords (91,67%).

Quatre facteurs n'ont pas atteint les 80%. Nous avons cependant fait le choix de faire passer *L'accompagnement à la parentalité* au troisième et dernier tour de consultation. En effet, la place de la famille et des rôles étant largement évoqué pour cette population, il nous paraissait intéressant de garder ce facteur.

Les facteurs ayant reçu moins de 80% d'approbation (à l'exception de deux d'entre eux) n'ont pas été retenus pour le troisième tour de consultation. Ces derniers ne sont donc pas non plus évoqués dans la discussion. Cependant, cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas d'importance dans l'accompagnement des personnes sortant de prison.

4.3. Troisième consultation

Enfin, pour ce troisième et dernier tour de consultation, onze experts ont répondu si oui ou non ils validaient chacune des 31 affirmations renvoyées (Annexe J). Sur l'ensemble des affirmations, 19 d'entre elles ont fait l'unanimité, six concernent les facteurs entravant et treize les facteurs facilitant. Sur ces 19 facteurs, cinq sont en lien avec les composantes affectives et cognitives de la personne, six avec l'environnement institutionnel, physique ou social et enfin huit dépendent des occupations. Les trois domaines de l'occupation (soins personnels, productivité, loisirs) sont représentés dans les différents énoncés faisant consensus.

Tableau 4 : Résultats du troisième tour de consultation concernant les facteurs entravant (n=11)

Facteurs entravant	Pourcentage	N
Les addictions	100	11
Le retour dans un environnement social antérieur avec la présence de pairs délinquants	100	11
Une faible estime de soi	100	11
La difficulté à prioriser ses propres besoins	100	11
Les troubles psychiatriques (ou psychiques)	100	11
La perte d'autonomie due à l'incarcération	100	11
La stigmatisation des personnes sortant de prison	95.45	10
La complexité des démarches administratives	95.45	10
La faible confiance dans les institutions	90.91	9
La durée de la peine	90.91	9
La perte de rôle social significatif (père, compagnon, mari, frère...)	90.91	9
Le désengagement de certaines activités de la vie quotidienne en détention	86.36	8

Tableau 5 : Résultats du troisième tour de consultation concernant les facteurs facilitant (n=11)

Facteurs facilitant	Pourcentage	N
L'acquisition d'un logement stable et sécurisant	100	11
La continuité des soins dans des structures adaptées	100	11
La présence d'un environnement social (famille, amis) soutenant	100	11
La participation à des loisirs	100	11

L'inscription dans des associations	100	11
La présence d'un aménagement de peine (notamment placement à l'extérieur)	100	11
La possibilité de permissions de sorties : lien avec l'extérieur et préparation de la libération (rencontres avec des associations d'insertion, rendez-vous de soins à l'extérieur)	100	11
La pluridisciplinarité de l'accompagnement	100	11
La participation à des activités significatives (qui ont du sens pour la personne)	100	11
Le travail de partenariat entre le milieu ouvert et fermé	100	11
La motivation à changer	100	11
L'accompagnement dans les soins (psychiques, addictologiques, somatiques) durant l'incarcération	100	11
Le maintien d'activités en détention (notamment liées au travail et à la formation)	100	11
La participation à des activités de médiations (reprise de confiance en soi)	95.45	10
La présence d'un emploi à la sortie	95.45	10
L'accompagnement dans la recherche et la reprise d'activités de vie quotidienne adaptées	90.91	9
L'accompagnement à la parentalité	90.91	9
L'encouragement de l'institution judiciaire	86.36	8

5. Discussion

5.1. Interprétations des résultats

L'objectif de cette étude était de faire apparaître les différents facteurs pouvant influencer l'engagement occupationnel des personnes sortant de prison. Nous allons à présent proposer des axes d'intervention de l'ergothérapeute en lien avec les facteurs identifiés par le groupe d'experts. Nous allons notamment nous appuyer sur les référentiels d'activités et de compétences de l'ergothérapeute correspondant respectivement à l'annexe I et II de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat.

5.1.1. La personne

Pour permettre de répondre au mieux aux problématiques rencontrées l'ergothérapeute acquiert, lors de sa formation, des connaissances liées aux diverses pathologies et notamment au « dysfonctionnement cognitif et psychique » (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, 2010, p.190). Ainsi, il est en possession de connaissances concernant les *troubles psychiatriques*, ainsi que leurs manifestations. Il est donc formé pour accompagner ces personnes et trouver, en collaboration, des solutions aux difficultés rencontrées lors de la réalisation d'occupations. Les conduites addictives ayant également des impacts sur la vie

quotidienne, l'ergothérapeute a sa place dans l'élaboration du projet de vie de la personne. Les compétences acquises en termes de « démarches et d'actions de conseil, d'éducation thérapeutique, de prévention et d'expertise (...) » (Id, p.181) peuvent notamment lui permettre de créer, en équipe, un programme thérapeutique en lien avec *les conduites addictives*.

Dans le référentiel d'activités de l'ergothérapeute, la première activité détaillée consiste à réaliser le « recueil d'informations, entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapique » (Ibid, p.172). Ainsi, il est en possession d'évaluations validées et standardisées permettant de mesurer et d'identifier les limitations d'activités, les habitudes de vie mais également les besoins de la personne. Il peut donc l'aider à *prioriser ses propres besoins* par l'intermédiaire d'évaluations telles que l'Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB) (Valentino et al., 2011) ou la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) (Law et al., 1990). L'*Occupation Self Assessment* (OSA) (Baron et al., 2006), utilisant le Modèle de l'Occupation Humaine comme socle de réflexion, est également un outil pertinent. L'ensemble de ces évaluations, aux passations bien différentes, sont à réaliser et à proposer selon les capacités et prédispositions de chacun. Elles permettent cependant toutes de placer la personne au cœur de sa prise en charge, mettant en pratique les concepts de base de l'habilitation. Nous défendons alors que : « L'évaluation des besoins est une démarche motivationnelle qui doit débiter un suivi, et être répétée dans le temps, autant pour mesurer le chemin parcouru que pour vérifier l'adéquation des buts à la situation psychosociale actuelle. » (Valentino et al., 2011, p.4). En lien avec cette démarche, l'ergothérapeute est sensibilisé à la pratique de l'entretien motivationnel qu'il peut réaliser en parallèle. Initialement développée en addictologie, cette méthode de communication a un intérêt particulier dans les « situations où ambivalence et motivations sont au cœur des processus de changement » (Rollnick et al., 2008). Cette technique adopte « un style clinique subtil destiné à faire émerger du patient ses propres motivations pour opérer un changement de comportement dans l'intérêt de sa santé. » (Rollnick et al., 2008, p.16). En suscitant ce changement sans l'imposer, il a été démontré que les personnes adhéraient également davantage aux traitements et suivis proposés. Ainsi, il peut être un des acteurs favorisant *la motivation à changer* des personnes sortant de prison.

L'ergothérapeute peut également avoir une influence concernant *la perte de rôles significatifs*. En effet, la prise en compte de l'entourage dans le projet d'intervention est décrite

dans l'ensemble des compétences. Ainsi, l'ergothérapeute peut accompagner la personne, de loin comme de près, dans l'exercice de ses différents rôles. C'est également en redonnant un pouvoir d'agir que la personne pourra se ré-investir plus efficacement dans les rôles qui lui sont importants.

5.1.2. L'environnement

L'ergothérapeute porte une importance particulière à l'environnement, qui régit la réalisation de l'activité. Ainsi, il est en mesure d'identifier et de décrire les « facteurs environnementaux facilitateurs ou obstacles » (Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, 2010, p.172). Dans la prise en soin, l'ergothérapeute va ainsi prendre en considération l'ensemble de ces facteurs environnementaux et agir dessus si cela est possible. Dans ce contexte, l'ergothérapeute, s'il est inclus dans le parcours de suivi d'un détenu ou ancien détenu, peut favoriser le lien et la collaboration au sein de l'environnement institutionnel.

5.1.3. L'occupation

Plaçant les occupations au cœur de sa pratique et appartenant à une profession paramédicale, l'accompagnement par un ergothérapeute en détention favoriserait *l'accompagnement dans les soins* notamment par l'intermédiaire de *l'engagement dans des activités de vie quotidienne*. En effet, il « exploite le potentiel thérapeutique de l'activité en permettant aux personnes de s'engager dans des activités qui sont importantes pour elles selon leur environnement humain et matériel, leur histoire et leur projet de vie. » (Id, p.170).

De manière générale, *la perte d'autonomie due à l'incarcération* est un des facteurs centraux de l'occupation empêchant le plein engagement. De par la définition de l'ergothérapie, nous comprenons que la pratique peut alors avoir une place importante. Pour cela, l'ergothérapeute peut notamment permettre la réalisation de « Mise en situation d'activités thérapeutiques dans le contexte de vie de la personne visant le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien » (Ibid, p.172). Ces mises en situation dites écologiques visent la performance et la participation dans les activités de vie quotidienne (productivité, soins personnels, loisirs). Ainsi, l'ensemble des habiletés nécessaires à la vie domestique, communautaire, à l'emploi mais également à la mobilité peuvent être travaillées. La personne développe alors « des facultés d'adaptation, d'apprentissage ou réapprentissage de procédures cognitives, de gestes adaptés. » (Ibid). Dans ce sens, l'ergothérapeute possède dans son

référentiel la « Réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociales » (Ibid). Y est comprise également la réalisation « de soins en santé mentale par la médiation d'activités ». *Les médiations* utilisent des activités (artisanat, expression, ludiques...) comme moyen psychothérapeutique. L'ergothérapeute utilise donc à la fois l'activité comme but mais également comme moyen thérapeutique.

La participation à des activités signifiantes ainsi qu'à des loisirs sont également des facteurs sur lesquels ce dernier peut agir. En effet, grâce au recueil d'informations développer plus haut, il est en mesure d'identifier les valeurs, les besoins et les difficultés de chacun et ainsi favoriser sa participation. Il est également de son devoir de « Conduire une démarche de promotion de la santé et de prévention à travers des actions pédagogiques individuelles et collectives (...) en suscitant l'investissement des personnes et de leur entourage dans des activités signifiantes et significatives. » (Ibid, p.181). Il peut donc également proposer des *associations* auquel la personne pourrait porter un intérêt à s'y engager.

En prenant en compte l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux, l'ergothérapeute participe donc à *l'accompagnement dans la recherche et la reprise d'activités de vie quotidienne adaptées*.

Certains facteurs occupationnels ne sont pas du ressort de l'ergothérapeute. De plus, nombre d'entre eux sont dépendants de décisions gouvernementales ou propres au système de détention. Ne pouvant intervenir concrètement, l'ergothérapeute peut cependant mener une démarche de « conseils et d'éducation en prévention primaire, secondaire et tertiaire » (Ibid, p.174), permettant ainsi d'appuyer le rôle de l'activité et son incidence sur la santé.

Enfin, à travers l'ensemble d'une prise en charge en ergothérapie, basé sur une relation de confiance et le concept d'habilitation, la personne peut acquérir une meilleure *estime de soi*. Il est cependant nécessaire d'appuyer que l'accompagnement en ergothérapie se basant sur la participation de la personne, concept de base de l'habilitation, nous ne pouvons obliger une prise en charge. Celle-ci se doit également d'être personnalisée et apparaît comme d'autant plus évidente si la *durée de la peine* est ou a été longue.

L'ergothérapie peut donc être un levier dans le processus d'engagement occupationnel d'une personne sortant de prison. Nous ne pouvons cependant affirmer que chaque personne nécessite un accompagnement en ergothérapie. L'évaluation porte alors une importance

particulière. Le suivi en pluriprofessionnalité se veut également primordial et nécessaire à la réinsertion efficace de la personne sortant de prison.

5.2. Limites et biais de la recherche

Durant notre travail de recherche, nous avons été confrontés à diverses limites et biais.

Tout d'abord et ce malgré le fait que les groupes peuvent être composés de 10 à 1685 experts, la plupart des écrits scientifiques en proposent environ quinze (Caire, 2016). Ainsi, nous aurions souhaité avoir un groupe d'experts plus conséquent. Concernant les professions représentées, nous constatons que les CPIP sont en surnombre et qu'à la fin de l'étude, certaines professions sont représentées par un seul professionnel (ergothérapeute, éducateur spécialisé, CESF, chargée de projet socio-éducatif). Cependant, ceci reflète également la réalité du terrain. L'engagement constant des professionnels a donc été une de nos difficultés. En effet une perte de 31,25% de professionnels entre le premier et le dernier tour de consultation a été constatée.

En ce qui concerne la réalisation du questionnaire, les facteurs ont été classés et envoyés selon les trois domaines de la MCREO, ce qui a pu influencer leurs réponses. Après de nombreuses réflexions, certains facteurs ont également fait l'objet d'un reclassement plus pertinent. Il nous a également été remonté que l'obligation de répondre à l'ensemble des affirmations était dommageable. En effet, certains participants ne se sentaient pas légitimes d'apporter un avis sur des affirmations qu'ils ne considéraient pas de leur ressort. Ceci a valu le retrait d'un participant.

Enfin la loi Jardé nous contraignant dans notre méthodologie de recherche, nous n'avons pu bénéficier de l'avis des anciens détenus. Leurs avis, en complément de celui des professionnels, auraient pourtant un intérêt particulier.

Conclusion

La réinsertion d'une personne sortant de prison est mise en péril par les nombreux défis auxquels elle peut faire face. Victime de l'environnement carcéral, le détenu est témoin de la dégradation de son indépendance et de l'affermissement de son exclusion occupationnelle. De plus, la prison se voit être le lieu de manifestations de troubles, majoritairement psychiatriques. Sujets à une précarité sous-jacente, le retour dans une société aux multiples contraintes se révèle alors d'autant plus complexe. En parallèle, s'impose l'ensemble des problématiques liées au système judiciaire et au suivi mis en place. Faisant l'état d'une rupture de soins et d'un manque de suivi optimal, la personne présente des difficultés pour se réinsérer socialement et professionnellement. L'engagement occupationnel étant une composante même de la réinsertion et une notion au cœur de l'ergothérapie, l'intervention ergothérapique auprès de cette population semble alors pertinente. Cette étude a ainsi permis de mettre en lien la pratique en ergothérapie et les facteurs pouvant influencer cet engagement. En utilisant une approche centrée sur la personne et en intégrant le concept d'habilitation tout le long de son accompagnement, l'ergothérapeute peut agir sur certaines composantes environnementales, personnelles ou occupationnelles. Cet accompagnement, adapté à chacun et présent si nécessaire, permettrait donc de redonner un pouvoir d'agir et de favoriser la réinsertion.

La réflexion menée tout au long de ce mémoire nous fait nous questionner sur les potentiels lieux où pourrait exercer l'ergothérapeute. Il serait ainsi intéressant d'approfondir ce sujet afin d'identifier quels accompagnements permettraient de proposer une continuité des soins pérenne, réalisable et répondant au cahier des charges.

Bibliographie

- ANFE. (s. d.). *La profession d'ergothérapeute – Définition*. Consulté 10 avril 2021, à l'adresse <https://anfe.fr/la-profession/>
- ANFE. (2019, février 1). *Définition*. <https://www.anfe.fr/definition>
- Article D50, 98-1099 Code de procédure pénale § Titre II : De la détention (Articles D50 à D519) (1998).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI0000006515227/1998-12-09
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01>
- Baron, K., Kielhofner, G., Iyenger, A., Goldhammer, V., & Wolenski, J. (2006). *A user's manual for the occupational self assessment (OSA) (version 2.2)*.
- Bertrand, R., Desrosiers, J., Stucki, V., Kühne, N., & Tétreault, S. (2018). Engagement occupationnel : Construction historique et compréhensions contemporaines d'un concept fondamental. In *Engagement, occupation et santé* (p. 47-57).
- Bourrée, F., Michel, P., & Salmi, L. R. (2008). Méthodes de consensus : Revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 56(6), 415-423.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.09.006>
- Braun-Pivet, Y., Gosselin, P., Mazars, S., & Vichnievsky, L. (2018). *Groupe de travail sur la détention : Repenser la prison pour mieux réinsérer* (N° 808; p. 87). Assemblée Nationale, XVe Législature, Commission des lois.
- Caire, J.-M. (2016). Les différentes possibilités de la technique Delphi. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2(1), 45-51. <https://doi.org/10.13096/rfre.v2n1.55>

- Caire, J.-M., & Rouault, L. (2017). Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO). In *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e éd., p. 85-97). De Boeck Supérieur.
- Canetti, C. (2018). Consultation Extra-Carcérale (CEC). *Pratiques en santé mentale*, 64^e année(4), 43-46.
- Chantraine, G. (2003). Prison, désaffiliation, stigmates : L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain. *Deviance et Société*, 27(4), 363-387.
<https://doi.org/10.3917/ds.274.0363>
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthode en sociologie* (5^e éd.). La Découverte.
- Comité pour la prévention de la torture. (2017). *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 27 novembre 2015* (p. 82). Conseil de l'Europe.
<https://www.coe.int/fr/web/cpt/-/cpt-publishes-report-on-france>
- Conseil économique, social et environnemental. (2019). *La réinsertion des personnes détenues : L'affaire de tous et toutes | CESE* (p. 151) [Avis].
<https://www.lecese.fr/travaux-publies/la-reinsertion-des-personnes-detenu-es-l-affaire-de-tous-et-toutes>
- Conseil nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2014, septembre 19). *Insertion sociale, intégration sociale*. <https://www.cnle.gouv.fr/Insertion-sociale-integration.html>
- Désesquelles, A. (2002). Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur. *Insee Première*, n°854, 4.
- Désesquelles, A., & Kensey, A. (2006). Les détenus et leur famille : Des liens presque toujours maintenus mais parfois très distendus. *INSEE références*, 59-67.

- DeVos, G., Hauser, K., Kitchen, K., & Ring, B. (2012). Response to Call for Adult Corrections Capacity Review : Enabling Ability through Occupational Therapy. *Manitoba Society of Occupational Therapists*, 17.
- Direction de l'administration pénitentiaire. (2006). *Les règles pénitentiaires européennes* (p. 101). Ministère de la Justice. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RPE2.pdf
- Direction de l'administration pénitentiaire. (2015). *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2015* (p. 19). Ministère de la Justice. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/ladministration-penitentiaire-en-chiffres-28180.html>
- Direction de l'administration pénitentiaire. (2018). *Les chiffres clés de l'administration pénitentiaire au 1er janvier 2018* (p. 16). Ministère de la Justice. <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/chiffres-cles-de-ladministration-penitentiaire-31922.html>
- Duburcq, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., & Falissard, B. (2004). *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique)* (p. 75) [Rapport final]. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf
- Eggers, M., Muñoz, J. P., Sciulli, J., & Crist, P. A. H. (2006). The community reintegration project : Occupational therapy at work in a county jail. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(1), 17-37. https://doi.org/10.1080/J003v20n01_02
- Fondation Abbé Pierre. (2019). *L'état du mal logement en France 2019* (Rapport annuel N° 24; p. 361).
- Fovet, T., Plancke, L., Amariei, A., Benradia, I., Carton, F., Sy, A., Kyheng, M., Tasniere, G., Amad, A., Danel, T., Thomas, P., & Roelandt, J.-L. (2020). Mental disorders on admission to jail : A study of prevalence and a comparison with a community sample in

- the north of France. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), 1-7. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>
- Kennedy, J., & Davis, J. A. (2017). Clarifying the Construct of Occupational Engagement for Occupational Therapy Practice. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2), 98-108. <https://doi.org/10.1177/1539449216688201>
- Lable, J.-F. (2015). *Sortie et sortants de prison ; une réinsertion déterminée* [Thèse de doctorat, Université Paris-Saclay]. https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01344883/file/73292_LABELLE_2015_archivage.pdf
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H. J., & Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure : An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87. <https://doi.org/10.1177/000841749005700207>
- Le Breton, A. (2018). Sortants de prison : Poursuivre les soins, une étape essentielle. *Dedans Dehors*, 99, 38-39.
- Le Fresne, C. (2013). Ergothérapie aux portes de la prison. Au-delà des murs, la continuité des soins. *ErgOThérapies*, n°51, 55-59.
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005-102 (2005). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/>
- Maestracci, N. (2012). Repenser la sortie de prison. *Revue du MAUSS*, n° 40(2), 202-212.
- Manns, V. (2019). *Infrarouge Première année dehors, journal de bord*. <https://www.france.tv/documentaires/societe/2145523-premiere-annee-dehors-journal-de-bord.html>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (1ère). De Boeck solal.

Ministère de la Justice. (s. d.). *Directeur pénitentiaire d'insertion et probation : Donner du sens à la peine pour éviter la récidive.* metiers.justice.gouv.fr.
<http://www.metiers.justice.gouv.fr/directeur-penitentiaire-dinsertion-et-probation-12608/le-metier-12609/>

Ministère de la Justice. (2010, mai 25). *Les aménagements de peine.* justice.gouv.fr.
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/les-amenagements-de-peine-12003.html>

Ministère de la Justice. (2018a). *L'administration pénitentiaire.*
http://www.annuaires.justice.gouv.fr/art_pix/Poster_administration_penitentiaire_2018.pdf

Ministère de la Justice. (2018b). *Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues.*
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Carte_structures_medicales_mai_2018.pdf

Ministère de la Justice. (2018c). *Plan immobilier pénitentiaire : 15000 places—Dossier de presse.* <http://www.justice.gouv.fr/le-ministere-de-la-justice-10017/plan-immobilier-penitentiaire-15000-places-supplementaires-31905.html>

Ministère de la Justice. (2021a). *Mesure de l'incarcération : Indicateurs clés au 1er mars 2021* [Statistiques]. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_mensuelle_01032021.pdf

Ministère de la Justice. (2021b, avril 27). *Les structures pénitentiaires.* justice.gouv.fr.
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

Ministère de la Justice, & Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022* (p. 9) [Dossier de presse].

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021, février 16). *Les personnes détenues : Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population.* Prévention en santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des->

populations/personnes-detenu-es-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenu-es

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, SASH1017858A 163

(2010). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>

Molineux, M. L., & Whiteford, G. E. (1999). Prisons : From occupational deprivation to occupational enrichment. *Journal of Occupational Science*, 6(3), 124-130.

<https://doi.org/10.1080/14427591.1999.9686457>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e éd.). De Boeck Supérieur.

Observatoire de la récidive et de la désistance. (2017). *Rapport annuel de l'observatoire de la récidive et de la désistance* (p. 46) [Rapport d'activités].

Observatoire International des Prisons, section française. (2021). *Le Guide du prisonnier*. La Découverte.

Peace, R. (2001). Social exclusion : A concept in need of definition? *Social Policy Journal of New Zealand*, 16, 17-36.

Provident, I. M., & Joyce-Gaguzis, K. (2005). Creating an Occupational Therapy Level II Fieldwork Experience in a County Jail Setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 101-106. <https://doi.org/10.5014/ajot.59.1.101>

Ravit, M. (2008). Construire sa peine : Temporalité et travail psychique en prison, dans un groupe « Photolangage ». *Bulletin de psychologie*, 493(1), 63-70. <https://doi.org/10.3917/bupsy.493.0063>

Règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'article R57-6-18, Code de procédure pénale § Section 1 : Des règlements intérieurs (Articles R57-6-18 à R57-6-20) (2017).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034590963?isSuggest=true

- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Pratique de l'entretien motivationnel : Communiquer avec le patient en consultation* (Interéditions).
- S.H. (2018). Premières impressions. *Dedans Dehors*, 100, 8-11.
- Touraut, C. (2012). Conclusion. In *La famille à l'épreuve de la prison* (p. 253-261). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/famille-a-l-epreuve-de-la-prison--9782130592181-page-253.htm>
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie* (2^e éd.). CAOT Publications ACE.
- Valenti, S. (2000). L'après prison : Les stigmates de l'enfermement. *Dedans Dehors*, 20, 13-22.
- Valentino, P., Reymond, C., Fernandez, S., Golay, P., & François, G. (2011). *Manuel d'utilisation des échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins (ELADEB-R, version révisée)*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10683.05922>
- Van De Vyvere, M. (2019). *Trouble sensoriels en milieu carcéral belge : Perceptions des soignants* [Thèse de doctorat]. Ottawa.
- Whiteford, G. (1997). Occupational deprivation and incarceration. *Journal of Occupational Science*, 4(3), 126-130. <https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686429>
- Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation : Global Challenge in the New Millennium: *British Journal of Occupational Therapy*, 200-204. <https://doi.org/10.1177/0308022600006300503>
- Wilcock, A. (1995). The occupational brain : A theory of human nature. *Journal of Occupational Science*, 2(2), 68-72. <https://doi.org/10.1080/14427591.1995.9686397>

- Wilcock, A. A. (2006). *An Occupational Perspective of Health* (2nd éd.). Slack Incorporated.
- Yerxa, E. J. (1990). An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*, 6(4), 1-17.
https://doi.org/10.1080/J003v06n04_04
- Zaks, M. (2015). La consultation extra-carcérale : Retour d'expérience. *Rhizome*, N° 56(2), 20-20. <https://doi.org/10.3917/rhiz.056.0020>

Table des annexes

Annexe A : L'administration pénitentiaire

Annexe B : Fréquence des visites des membres de la famille proche

Annexe C : Prévalence des troubles psychiatriques selon le consensus du binôme d'enquêteurs
(Hommes hors Dom)

Annexe D : Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues (SMPR, UHSA, UHSI)

Annexe E : Les quatre domaines de la réinsertion communautaire

Annexe F : Questionnaire Delphi – Premier tour de consultation

Annexe G : Questionnaire Delphi – Deuxième consultation

Annexe H : Questionnaire Delphi – Troisième et dernière consultation

Annexe I : Réponses au questionnaire Delphi – Deuxième tour de consultation

Annexe J : Réponses au questionnaire Delphi – Troisième tour de consultation

Annexe A : L'administration pénitentiaire



(Ministère de la Justice, 2018a)

Annexe B : Fréquence des visites des membres de la famille proche

	A de la famille proche					Pas de famille proche	Ensemble
	Fréquence des visites (groupes exclusifs)						
	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Plusieurs fois par an	Moins souvent	Pas de visite		
Groupe d'âge							
18-29 ans	49	25	5	6	15	< 1	100
30-49 ans	31	21	13	7	28	< 1	100
50 ans ou plus	25	27	16	7	24	1	100
Ancienneté de l'incarcération							
Moins de 2 ans	47	17	7	6	23	< 1	100
2 à 5 ans	35	27	11	8	19	< 1	100
5 ans ou plus	19	30	18	7	25	< 1	100
Statut pénal							
Prévenu	47	22	7	4	19	< 1	100
Condamné :							
– peine inférieure à 2 ans	51	13	4	5	26	1	100
– peine de 2 à 5 ans	50	18	8	6	18	< 1	100
– peine égale ou supérieure à 5 ans	25	28	15	9	23	< 1	100
Type d'établissement							
Maison d'arrêt	44	19	7	6	22	< 1	100
Centre de détention	26	28	16	7	23	< 1	100
Situation de handicap							
Au moins une déficience	35	20	12	7	25	< 1	100
Au moins une incapacité :	38	18	12	6	25	< 1	100
– physique	32	19	15	4	29	1	100
– psychique	39	17	11	6	26	< 1	100
Ensemble	37	23	11	7	22	< 1	100

Champ : détenus incarcérés depuis au moins six mois.
Lecture : 49 % des détenus âgés de 18 à 29 ans reçoivent la visite d'un membre de leur famille proche au moins une fois par semaine ; 7 % des détenus reçoivent la visite de membres de leur famille proche mais pas plus d'une fois par an.
Source : enquête HID-prisons, 2001.

(Désesquelles & Kensey, 2006, p.62)

Annexe C : Prévalence des troubles psychiatriques selon le consensus du binôme d'enquêteurs
(Hommes hors Dom)

	Maisons centrales	Centres de détention	Maisons d'arrêt	Total
	N = 100	N = 249	N = 450	N = 799
Troubles thymiques				
Syndrome dépressif	40%	31,3%	43,3%	39,2%
Dépression endogène-Mélancolie	5%	5,6%	8,2%	7%
Etat dépressif chronique	10%	10%	6,4%	8%
Manie/hypomanie	18%	5,2%	6%	7,3%
Trouble bipolaire (vie entière)	14%	3,6%	4,7%	5,5%
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	4%	2%	1,6%	2%
Troubles anxieux				
Attaques de panique / névrose d'anxiété	8%	9,2%	7,1%	7,9%
Agoraphobie	19%	14,5%	17,3%	16,6%
Phobie sociale	9%	14,9%	17,1%	15,4%
Névrose obsessionnelle	6%	8,4%	9,6%	8,8%
Névrose traumatique	43%	16,5%	19,8%	21,5%
Anxiété généralisée	16%	33,7%	33,1%	31,2%
Dépendance aux substances				
Abus / dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	4,3%	15,3%	37,7%	30,2%
Abus / dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	26,1%	23,7%	43,2%	37,7%
Troubles psychotiques	55%	14,9%	22%	23,9%
Schizophrénie	19%	4%	7,8%	8%
Bouffée délirante aiguë	-	-	0,2%	0,1%
Schizophrénie dysthymique	4%	1,6%	2,9%	2,6%
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	19%	4,0%	7,8%	8,0%
Type de psychose non précisé	13%	5,3%	3,3%	5,2%

(Duburcq et al., 2004, p.22)

Annexe D : Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues (SMPR, UHSA, UHSI)

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire (à l'exception des CSL)

- 26 SMPR

- 8 UHSI

- 9 UHSA



DAP/Service communication - Juin 2018

(Ministère de la Justice, 2018b)

Annexe E : Les quatre domaines de la réinsertion communautaire

Domain	Outcome measures
Wellness	- Enrollment in a treatment or prevention program for substance abuse, mental health or medical issues. - Referrals for additional substance abuse or mental health or medical assessments. - Sustaining and/or completing a program.
Family/Support Structure	- Identification as a member of a family and/or a responsible parent (measured via participation with Children Youth & Family (CYF), payment of child support, reintegration with children). - Housing (measured by movement through the housing continuum; shelter → transitional housing → permanent housing).
Skills for Living	- Obtaining appropriate personal documents (e.g., ID card, social security card, birth certificate, insurance paperwork, W2s, and tax returns). - Managing personal budgeting issues (opening and maintaining a bank account, addressing credit issues). - Securing transportation (mass transit, car ownership).
Education and Employment	- Participation in education and/or employment skills programs. - Workforce participation through attainment of full-time employment in the legitimate economy. - Employment advancement and obtainment of benefits.

(Eggers et al., 2006, p.27)

Annexe F : Questionnaire Delphi – Premier tour de consultation

Questionnaire 1 : Engagement occupationnel des personnes sortant de prison

Étudiante en troisième année à l'institut d'ergothérapie de Toulouse, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la thématique de l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne. Mon objectif est de mettre en avant les facteurs influençant cet engagement.

Cette étude s'adresse aux professionnels travaillant avec une population incarcérée ou dans le suivi post-incarcération.

Merci d'avance de l'attention que vous portez à mon travail.

Valentine Cogné
Étudiante en 3ème année
Institut de Formation en Ergothérapie - Toulouse

Glossaire :

- L'engagement : « Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation ». (Meyer, 2013, p.15).

- Les activités de la vie quotidienne, également appelées "occupations", correspondent à l'ensemble des activités signifiantes et significatives pour la personne. Elles peuvent être classées en 4 catégories : les soins personnels, les loisirs, le repos et la productivité (souvent assimilée au travail productif, rémunéré ou non).

Questions sur votre situation professionnelle

Quelle est votre profession ? *

- ☐ CPIP
- ☐ Assistant(e) de services sociaux
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Educateur(rice) spécialisé(e)
- ☐ Infirmier(e)
- ☐ CESF
- ☐ Psychologue
- ☐ Autre : _____

Avec quel type de population êtes vous déjà intervenu(e) ? *

- ☐ Détenus
- ☐ Anciens détenus
- ☐ Les deux

Estimez-vous que le suivi post-incarcération actuel est satisfaisant ? *

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Commentaires sur le suivi post-incarcération : Pouvez-vous expliquer votre avis ?

*

Votre réponse

Facteurs influençant l'engagement

Rappel :

Propositions courtes (pas plus de 15 mots)

Vous pouvez écrire autant de propositions que vous le souhaitez

Selon vous, quels sont les facteurs influençant (favorisant ou entravant) l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne ? (réponse attendue sous forme de tirets) *

Votre réponse

Retour

Envoyer

Annexe G : Questionnaire Delphi – Deuxième consultation

Questionnaire n°2 - Mémoire ergothérapie engagement des personnes sortant de prison

Ce questionnaire comporte 38 affirmations issues de vos réponses au premier questionnaire.

Pour chacune d'entre elles, vous donnerez votre niveau d'accord selon une échelle de Likert. Un complément de vos données socio-démographiques vous concernant est présent en début de questionnaire.

Je vous remercie de répondre avant le 6 Avril 2021 minuit.
Le temps de réponse est d'environ 10 minutes.

Merci pour l'intérêt que vous apportez à mon étude.

Valentine Cogné
Étudiante en 3ème année
Institut de Formation en Ergothérapie - Toulouse

Suivant

Confirmation de participation à la première phase

Avez-vous répondu à la première phase de mon étude ? *

- ☐ Oui
☐ Non

Retour

Suivant

Votre adresse mail

Ayant omis de vous demander votre adresse mail dans le questionnaire de la première phase de mon étude vous avez reçu l'ensemble des mails de rappels. Je tiens à m'excuser pour ce dérangement. Ainsi je vous demande de bien vouloir me le transmettre afin de ne pas réitérer la même erreur. Cette information restera bien entendu anonyme.

Adresse mail *

Votre réponse

Retour

Suivant

Données socio-démographiques

Cette rubrique va me permettre d'apporter des informations complémentaires vous concernant et donc d'identifier le profil de chacun des experts.
Ces données resteront bien entendu anonymes.

Age *

- ☐ De 20 à 29 ans
- ☐ De 30 à 39 ans
- ☐ De 40 à 49 ans
- ☐ De 50 à 59 ans
- ☐ Plus de 60 ans

Sexe *

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Autre : _____

Votre profession *

Votre réponse _____

Lieu d'exercice *

Votre réponse _____

Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'une population ayant eu une expérience carcérale ? *

Votre réponse _____

[Retour](#)

[Suivant](#)

Facteurs influençant l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne

Merci de lire chacune des affirmations suivantes et d'indiquer votre degré d'accord avec celles-ci.

LES FACTEURS PERSONNELS

Facteurs entravant l'engagement *

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les addictions	☐	☐	☐	☐
Le handicap physique	☐	☐	☐	☐
Les troubles psychiatriques (ou psychiques)	☐	☐	☐	☐
Le manque d'une bonne hygiène de vie (sommeil, alimentation...)	☐	☐	☐	☐
La durée de la peine	☐	☐	☐	☐
Un vécu carcéral douloureux	☐	☐	☐	☐
Une faible estime de soi	☐	☐	☐	☐
La perte de rôle social significatif (père, compagnon, mari, frère...)	☐	☐	☐	☐
Faible confiance dans les institutions	☐	☐	☐	☐

Facteurs facilitant l'engagement *

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
La motivation à changer	☐	☐	☐	☐
La préoccupation pour son état de santé	☐	☐	☐	☐

LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Facteurs entravant l'engagement *

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
La privation sensorielle en détention	☐	☐	☐	☐
Le retour dans un environnement social antérieur avec la présence de pairs délinquants	☐	☐	☐	☐
La stigmatisation des personnes sortants de prison	☐	☐	☐	☐

Facteurs facilitant l'engagement *

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Les moyens permettant le maintien des liens sociaux durant l'incarcération (accès téléphone, parloirs)	☐	☐	☐	☐
La présence d'un environnement social (famille, amis) soutenant	☐	☐	☐	☐
La pluridisciplinarité de l'accompagnement	☐	☐	☐	☐
Le travail de partenariat entre le milieu ouvert et fermé	☐	☐	☐	☐
L'accès à un logement stable et sécurisant	☐	☐	☐	☐
L'encouragement de l'institution judiciaire	☐	☐	☐	☐

LES FACTEURS OCCUPATIONNELS

Facteurs entravant l'engagement *

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
La perte d'autonomie due à l'incarcération	☐	☐	☐	☐
Le désengagement de certaines activités de la vie quotidienne en détention	☐	☐	☐	☐
La difficulté à prioriser ses propres besoins	☐	☐	☐	☐
La complexité des démarches administratives	☐	☐	☐	☐

Facteurs facilitant l'engagement *

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Le maintien d'activités en détention (notamment liées au travail et à la formation)	☐	☐	☐	☐
La participation à des activités de médiations (reprise de confiance en soi)	☐	☐	☐	☐
L'accompagnement dans les soins (psychiques, addictologiques, somatiques) durant l'incarcération	☐	☐	☐	☐
L'accompagnement pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle (durant et après l'incarcération)	☐	☐	☐	☐

La présence d'un aménagement de peine (notamment placement à l'extérieur)	☐	☐	☐	☐
La possibilité de permissions de sorties : lien avec l'extérieur et préparation de la libération (rencontres avec des associations d'insertion, rendez-vous de soins à l'extérieur)	☐	☐	☐	☐
Les obligations à respecter dans le cadre d'une mesure probatoire	☐	☐	☐	☐
La présence d'un emploi à la sortie	☐	☐	☐	☐
La continuité des soins dans des structures adaptées	☐	☐	☐	☐
L'accompagnement dans la recherche et la reprise d'activités de vie quotidienne adaptées	☐	☐	☐	☐
L'accompagnement à la parentalité	☐	☐	☐	☐
L'inscription dans des associations	☐	☐	☐	☐
La participation à des loisirs	☐	☐	☐	☐
La participation à des activités significantes (qui ont du sens pour la personne)	☐	☐	☐	☐

Retour

Envoyer

Annexe H : Questionnaire Delphi – Troisième et dernière consultation

Questionnaire n°3 : Mémoire ergothérapie engagement des personnes sortant de prison

Ce questionnaire comporte 31 affirmations issues de vos réponses au second questionnaire. Les affirmations ayant eu un accord de plus de 80% ont été retenues. Pour chacune d'entre elles, pouvez-vous valider ou non l'affirmation.

Un complément de vos données socio-démographiques vous concernant est présent en début de questionnaire.

Je vous remercie de bien vouloir répondre avant le 21 Avril 2021 minuit.
Le temps de réponse est d'environ 10 minutes.

Merci pour l'intérêt que vous apportez à mon étude.

Valentine Cogné
Étudiante en 3ème année
Institut de Formation en Ergothérapie - Toulouse

Données socio-démographiques

Cette rubrique va me permettre d'apporter des informations complémentaires vous concernant et donc d'identifier le profil de chacun des experts.
Ces données resteront bien entendu anonymes.

Age *

- ☐ De 20 à 29 ans
- ☐ De 30 à 39 ans
- ☐ De 40 à 49 ans
- ☐ De 50 à 59 ans
- ☐ Plus de 60 ans

Sexe *

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Autre

Profession *

Votre réponse

Lieu d'exercice *

Votre réponse

Depuis combien de temps travaillez-vous auprès d'une population ayant eu une expérience carcérale ? *

Votre réponse

Les facteurs influençant l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)

Merci de cocher si oui ou non vous validez les affirmations.
Votre réponse sur l'ensemble des affirmations est primordiale

LES FACTEURS PERSONNELS

Les facteurs suivants ENTRAVENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ *

	Oui	Non
Une faible estime de soi	☐	☐
Les troubles psychiatriques (ou psychiques)	☐	☐
Les addictions	☐	☐
Faible confiance dans les institutions	☐	☐
La durée de la peine	☐	☐
La perte de rôle social significatif (père, compagnon, mari, frère...)	☐	☐

La motivation à changer FACILITE l'engagement dans les AVQ *

- ☐ Oui
- ☐ Non

LES FACTEURS OCCUPATIONNELS

Les facteurs suivants ENTRAVENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ *

	Oui	Non
Le désengagement de certaines activités de la vie quotidienne en détention	☐	☐
La perte d'autonomie due à l'incarcération	☐	☐
La difficulté à prioriser ses propres besoins	☐	☐
La complexité des démarches administratives	☐	☐

Les facteurs suivants FACILITENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ *

	Oui	Non
L'accompagnement dans les soins (psychiques, addictologiques, somatiques) durant l'incarcération	☐	☐
La possibilité de permissions de sorties : lien avec l'extérieur et préparation de la libération (rencontres avec des associations d'insertion, rendez-vous de soins à l'extérieur)	☐	☐
La continuité des soins dans des structures adaptées	☐	☐
Le maintien d'activités en détention (notamment liées au travail et à la formation)	☐	☐

L'accompagnement pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle (durant et après l'incarcération)	☐	☐
L'inscription dans des associations	☐	☐
La participation à des activités de médiations (reprise de confiance en soi)	☐	☐
La présence d'un aménagement de peine (notamment placement à l'extérieur)	☐	☐
La présence d'un emploi à la sortie	☐	☐
La participation à des activités significatives (qui ont du sens pour la personne)	☐	☐
L'accompagnement dans la recherche et la reprise d'activités de vie quotidienne adaptées	☐	☐
La participation à des loisirs	☐	☐
L'accompagnement à la parentalité	☐	☐

LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Les facteurs suivants **ENTRAVENT** l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ *

	Oui	Non
Le retour dans un environnement social antérieur avec la présence de pairs délinquants	☐	☐
La stigmatisation des personnes sortants de prison	☐	☐

Les facteurs suivants FACILITENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ *

	Oui	Non
L'encouragement de l'institution judiciaire	☐	☐
L'acquisition d'un logement stable et sécurisant	☐	☐
La pluridisciplinarité de l'accompagnement	☐	☐
La présence d'un environnement social (famille, amis) soutenant	☐	☐
Le travail de partenariat entre le milieu ouvert et fermé	☐	☐

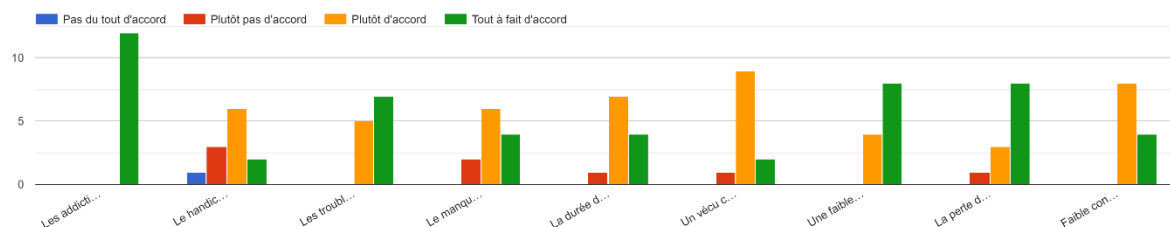
Retour

Suivant

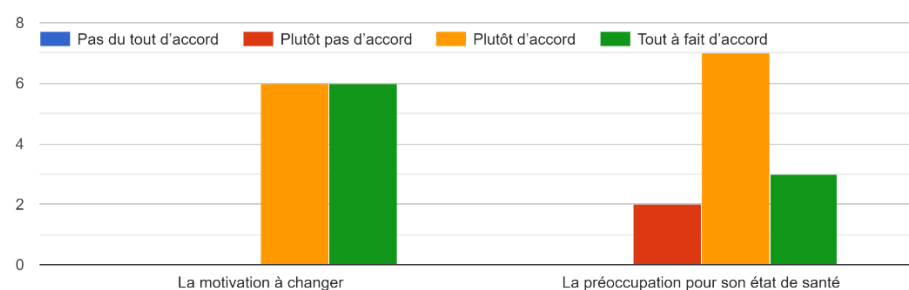
Annexe I : Réponses au questionnaire Delphi – Deuxième tour de consultation

Les facteurs personnels

Facteurs entravant l'engagement

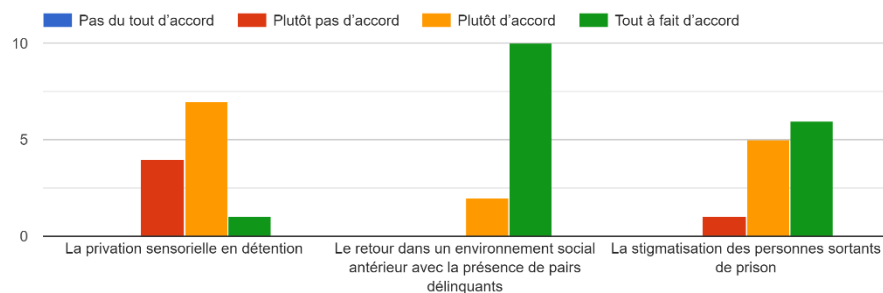


Facteurs facilitant l'engagement

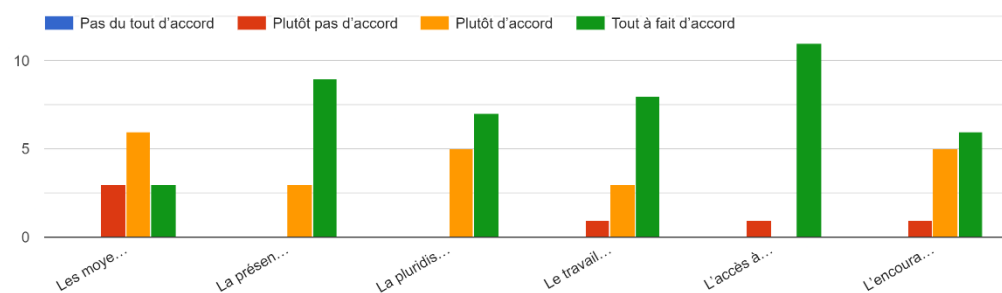


Facteurs environnementaux

Facteurs entravant l'engagement

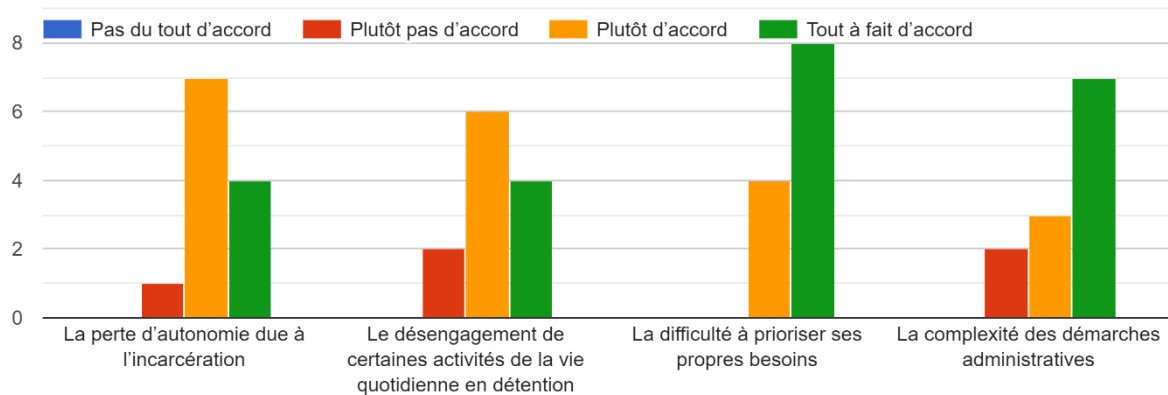


Facteurs facilitant l'engagement

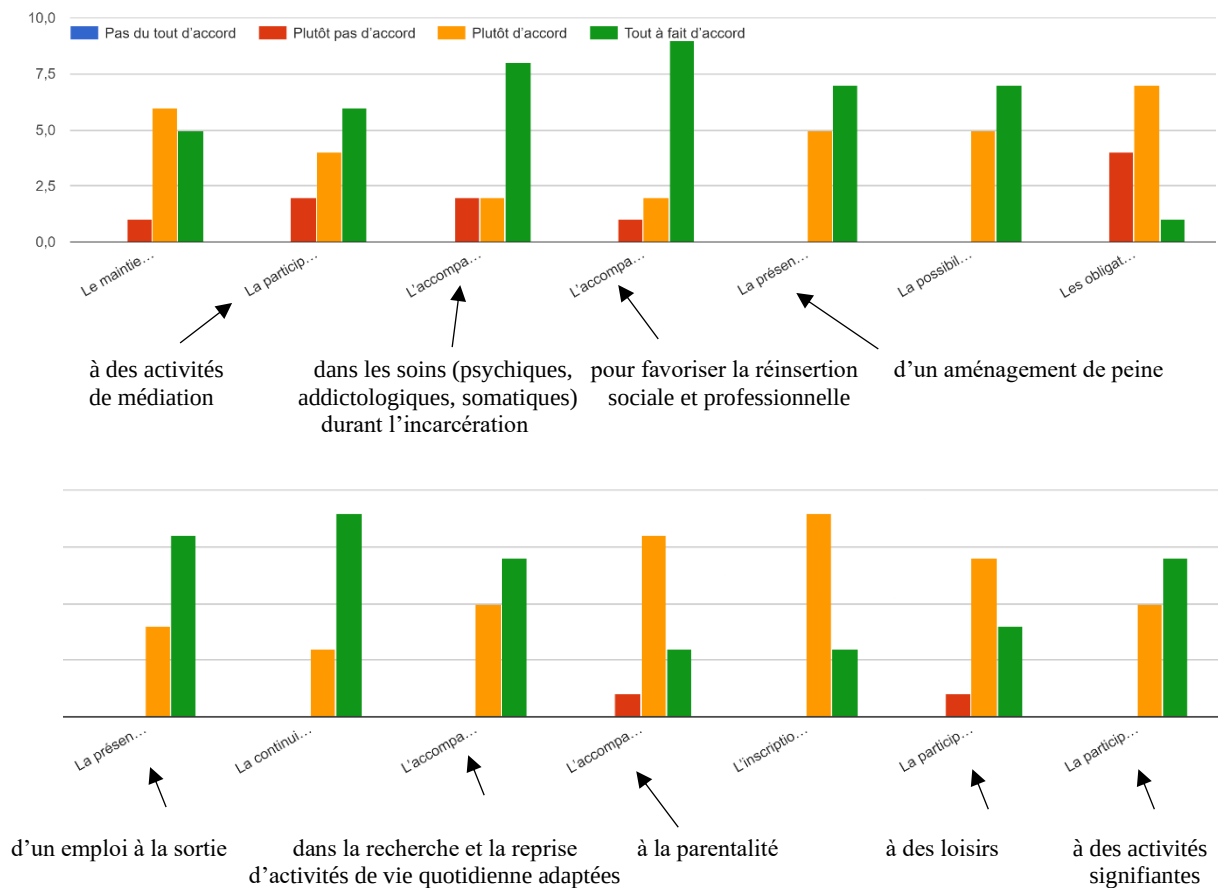


Les facteurs occupationnels

Facteurs entravant l'engagement



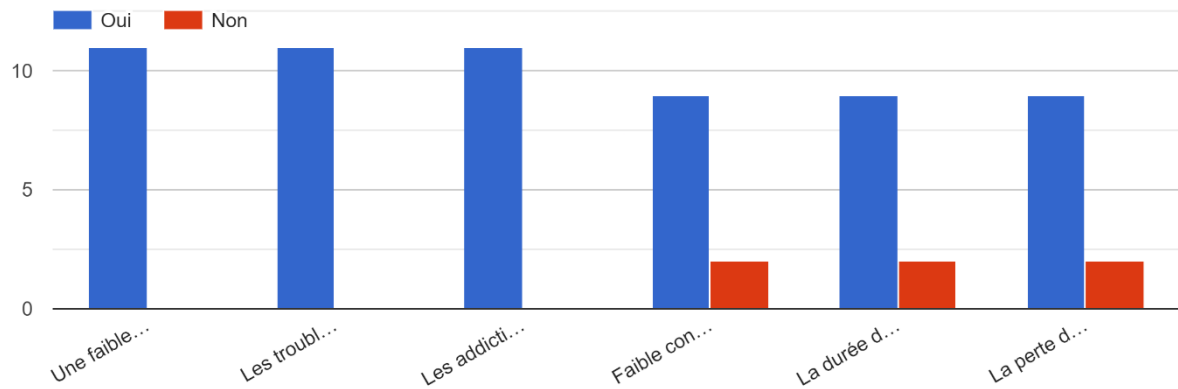
Facteurs facilitant l'engagement



Annexe J : Réponses au questionnaire Delphi – Troisième tour de consultation

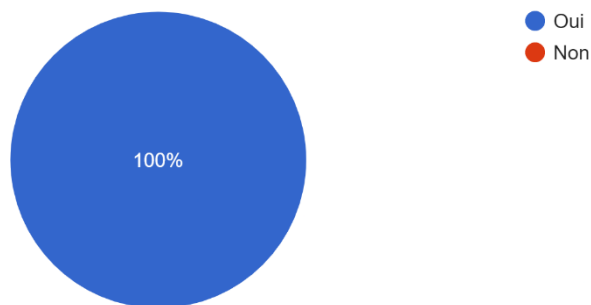
Les facteurs personnels

Les facteurs suivants ENTRAVENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ



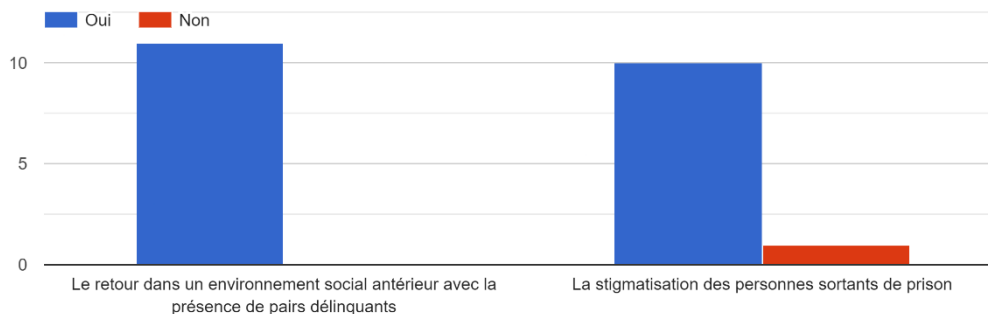
La motivation à changer FACILITE l'engagement dans les AVQ

11 réponses

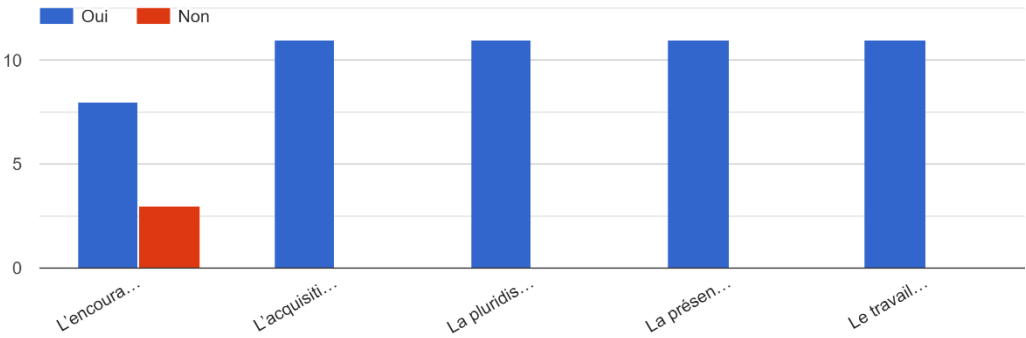


Les facteurs environnementaux

Les facteurs suivants ENTRAVENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ

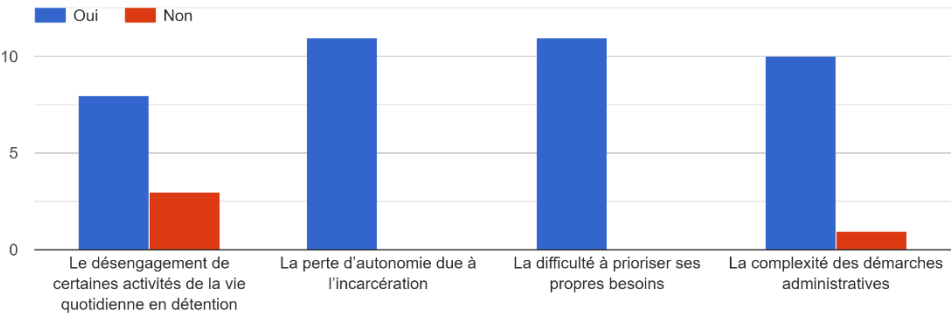


Les facteurs suivants FACILITENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ

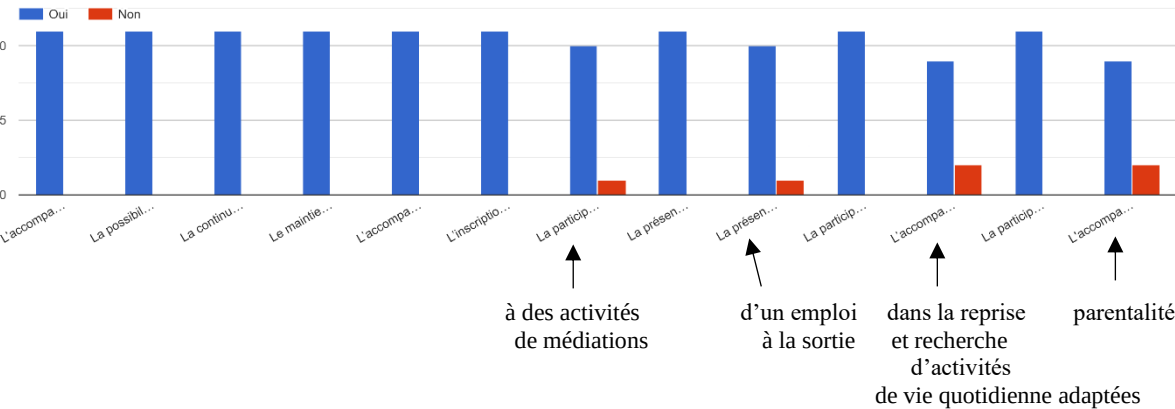


Les facteurs occupationnels

Les facteurs suivants ENTRAVENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ



Les facteurs suivants FACILITENT l'engagement des personnes sortant de prison dans les AVQ



Engagement occupationnel des personnes sortant de prison : l'ergothérapie comme vecteur de réinsertion

Introduction : La réinsertion socio-professionnelle des personnes sortant de prison est au cœur de nombreux débats. Impliquant une diminution du taux de récidive et favorisant une meilleure santé, elle apparaît comme le but ultime. La participation et spécifiquement l'engagement dans des occupations nécessaires à la vie en société s'avère être un levier à cette réinsertion. Cependant, les obstacles présents en détention et lors de la libération sont nombreux et multifactoriels. **Objectifs :** Le but final de cette étude est d'identifier le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion des personnes sortant de prison. Pour cela, il nous semblait nécessaire d'identifier les facteurs influençant l'engagement occupationnel. **Méthode :** Afin d'identifier ces facteurs, une technique Delphi, dont l'objectif est d'obtenir un consensus d'experts par l'intermédiaire de consultations successives, a été réalisée. Cette étude a été effectuée auprès de plusieurs professionnels accompagnant des détenus et anciens détenus. **Résultats :** Les experts ont ainsi pu mettre en évidence certains facteurs facilitant et entravant l'engagement des personnes sortant de prison dans les activités de la vie quotidienne. L'importance des facteurs personnels (cognitif et affectif), environnementaux (institutionnel, physique, social) et occupationnels ainsi que leur inter-dépendance ont été soulignées. **Conclusion :** Dans le but d'agir sur certains de ces facteurs et en s'appuyant sur les référentiels d'activités et de compétences de l'ergothérapeute, l'intérêt d'une intervention en ergothérapie a pu être justifié. Cet accompagnement, agissant sur l'engagement occupationnel de la personne, peut ainsi favoriser sa réinsertion. Celui-ci se doit d'être complémentaire aux autres pratiques et ne peut prétendre les substituer.

Mots clés : anciens détenus – ergothérapie – engagement occupationnel – réinsertion

Occupational engagement of people leaving prison : occupational therapy like reintegration vector.

Introduction: The socio-professional reintegration of people leaving prison is at the heart of many debates. Involving a reduction in the rate of recidivism and promoting better health, it appears to be the ultimate goal. Participation, and specifically, involvement in occupations necessary for life in society, is a lever for this reintegration. However, the obstacles present in detention, and upon release, are numerous and multifactorial. **Objectives:** The goal of this study is to identify the role of the occupational therapist in the reintegration of people leaving prison. To do this, it was necessary to identify the factors influencing occupational engagement. **Method:** A Delphi technique was used to identify these factors. The objective is to get a consensus of experts through successive consultations. This study was carried out with several professionals accompanying prisoners and former prisoners. **Results:** The experts were able to highlight some factors that facilitate but also hinder the engagement of people leaving prison in activities of daily living. The importance of personal (cognitive and affective), environmental (institutional, physical, social) and occupational factors as well as their interdependence were highlighted. **Conclusion:** With the aim of acting on some of these factors and based on the occupational therapist's activity and skill reference frameworks, the value of an occupational therapy intervention was justified. This accompaniment, acting on the occupational commitment of the person, can thus promote his reintegration. It must be complementary to other practices and cannot replace them

Key words : former prisoners – occupational therapy – occupational engagement - reintegration