

Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

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

52 rue Vitruve, 75020 Paris



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

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Déficiences motrices chez le détenu :
Performance dans leurs occupations sur le lieu de vie

Maître de mémoire : Estelle Hernandez

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

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à élaborer ce travail de fin d'études.

MERCI à ma tutrice de Mémoire, Mme. HERNANDEZ Estelle pour sa supervision, sa disponibilité et ses précieux conseils.

MERCI à Mme ZAMORA ainsi qu'à tous les membres de l'équipe pédagogique de l'IFE de l'ADERE qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce travail et pendant ces trois années de formation.

MERCI aux ergothérapeutes qui ont contribué à l'enquête et pris le temps de participer aux entretiens exploratoires. Leur expérience et leur bienveillance m'ont permis de construire cette recherche.

MERCI aux ergothérapeutes qui ont participé aux oraux d'entraînements pour leur bienveillance et leurs remarques ayant permis de faire évoluer mon travail et ma réflexion.

MERCI à ma tutrice de stage à l'EPSNF qui m'a permis de découvrir le milieu de l'ergothérapie en détention ayant conduit à ce mémoire.

MERCI à mes camarades de promotions sans qui ses dernières années n'auraient pas été les mêmes et qui ont donné de leur temps lors de la dernière ligne droite de ce travail.

MERCI à mes proches pour leur précieux soutien tout au long de ma scolarité.

Abréviation des sigles

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ABVQ	Activités Basiques de la Vie Quotidienne
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APF	Association des Paralysés de France
AT	Aide Technique
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
CIDIH	Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CSMJS	Centre Socio-Médico-Judiciaire de Sûreté
EAPA	Enseignant en Activité Physique Adapté
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPSNF	Établissement Public de Santé National de Fresnes
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FR	Fauteuil Roulant
FRE	Fauteuil Roulant Électrique
FRM	Fauteuil Roulant Manuel
INED	Institut National d'Études Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
OIP	Observatoire International des Prisons
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise En Charge
PMR	Personne à Mobilité Réduite
PPH	Processus de Production du Handicap
RAD	Retour À Domicile
SAAD	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SIFEF	Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Française

- SMPR** Services Médico-Psychologiques Régionaux
- SPIP** Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
- SSIAD** Service de Soins Infirmiers À Domicile
- SSR** Soins de Suite et de Réadaptation
- UCSA** Unité de Consultations de Soins Ambulatoires
- UHSA** Unités Hospitalières Spécialement Aménagées
- UHSI** Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

Sommaire

Abréviation des sigles	-
Introduction	1
I - Cadre conceptuel	2
1. Qu'est-ce qu'un détenu ?	2
A. La population carcérale	2
B. La détention en France	3
C. Le quotidien en détention	5
a. Les activités en détention	5
b. Journée type	7
2. Le handicap en détention	8
A. Généralités	8
a. La déficience motrice	9
B. Les spécificités du handicap en détention	10
a. Les prises en charge	13
b. Des aménagements structureaux	15
C. Des freins pour le quotidien	17
a. L'accessibilité	19
3. L'ergothérapie en milieu carcéral	20
A. Qu'est ce que l'ergothérapie ?	20
a. Les modèles	21
Le Processus de Production du Handicap :	21
Le Modèle de l'Occupation Humaine :	22
B. Les spécificités de l'ergothérapie en prison	24
4. Hypothèse	25
II - Méthodologie de recherche	26
1. Objectifs de recherche	26
2. Type de recherche et choix de l'outil d'investigation	26
3. Choix de la population	27
A. Critères d'inclusion	27
4. Construction de l'outil d'investigation : le guide d'entretien	28
5. Investigation : mise en place des entretiens	28
A. Lieu, temporalité	28
B. Aspect éthique	29
C. Prise de contact	29
III - Résultats et Analyse	30
1. Retranscription des résultats	30

2. Présentation des personnes interrogées	30
3. Présentation et analyse thématique des résultats	31
A. La personne en situation de handicap en détention : recensement	32
B. Environnement carcéral	32
a. Accessibilité générale	32
b. Espaces de circulation	32
c. Cellule	33
C. Occupation en détention	34
D. Organisation de la prise en charge sanitaire	36
a. Généralités	36
b. Aides humaines	38
c. Aides techniques	39
E. Ergothérapie	40
a. Généralité de la prise en soin	40
b. Intérêt en détention ?	41
F. Thèmes abordés spontanément	42
IV - Discussion	43
1. Confrontation avec les données théoriques	43
A. Réponse générale à la question de recherche	43
B. Vérification de l'hypothèse	46
2. Regard critique sur le dispositif de recherche	47
A. Biais	47
B. Limites	48
3. Apports et perspectives	49
A. Apports personnels	49
B. Apports pour la profession et perspectives de travail	49
V - Conclusion	51
Bibliographie	52
Annexes	-
Quatrième de couverture	-

Introduction

Les premiers ergothérapeutes français exerçaient principalement en rééducation fonctionnelle et en psychiatrie institutionnelle. Cependant, aujourd'hui, cette profession est en constant développement. Cela se traduit par une diversification de ses champs de compétences et de ses lieux d'intervention. L'ergothérapeute intervient entre autres dans les structures médico-sociales et les lieux de vie auprès de personnes de tout âge porteuses de troubles fonctionnels, sensoriels, psychiques, ou intellectuels. Ainsi, depuis plusieurs années, on retrouve des ergothérapeutes dans le milieu carcéral.

Après avoir effectué un stage dans ce domaine, je me suis orientée sur la question de la place de l'ergothérapie en milieu carcéral. Je me suis donc intéressée au monde pénitentiaire, les termes, les lieux et le fonctionnement. Le rôle de la prison est en premier lieu de punir par la privation de liberté, puis de protéger la société et de dissuader. Cependant, pour moi, s'est aussi posé la question de l'accès aux activités encore possible malgré ces restrictions en détention. Et plus précisément, je me suis questionnée sur la place du handicap en détention et les difficultés ou non que pourraient rencontrer les détenus en situation de handicap sur leur lieu de vie. Pour cela, je me suis posée donc plusieurs questions de départ :

- Qu'en est-il de l'accès aux activités des détenus ?
- Qu'en est-il de l'accompagnement du handicap en détention ?
- Comment l'ergothérapeute peut accompagner l'accès à ces activités sur le lieu de vie ?

Toutes ces questions m'ont conduite à la formulation de la question de recherche :

Comment l'ergothérapeute accompagne la performance dans les occupations des détenus présentant une déficience motrice, dans leur lieu de vie ?

Dans un premier temps, vous trouverez l'état des lieux actuel du système carcéral : population, établissement et quotidien. Puis, sera abordé la notion du handicap en détention avec ses impacts et ses différentes prises en charge. La fin de la partie conceptuelle sera consacrée à l'ergothérapie en milieu carcéral avec ses spécificités propres à ce milieu.

Dans un second temps, nous explorerons la partie méthodologique se basant sur l'analyse d'entretiens. Enfin, l'analyse des résultats et une discussion en lien avec les différentes problématiques sont exposées dans le but de répondre à la question de recherche.

I - Cadre conceptuel

1. Qu'est-ce qu'un détenu ?

A. La population carcérale

En France, il y a plus de 250 388 personnes placées sous main de justice. Elles sont confiées aux différents services de la justice. Ces personnes peuvent être placées dans deux types de milieux : le milieu ouvert (175 367 personnes) et le milieu fermé (82 000 personnes). (Ministère de la Justice, 2021 b et c) (cf. Annexe 1 et 2)

Une personne est dite placée sous main de justice en milieu ouvert « lorsqu'elle est suivie pour une mesure, sans être placée sous écrou » (Ministère de la Justice, 2020 b). C'est-à-dire que la justice apporte un suivi plus ou moins proche à des personnes qui ne sont pas écrouées. La population en milieu ouvert est répartie selon des catégories pénales.

Dans un premier temps, il y a les prévenus qui correspondent aux « personnes poursuivies se trouvant dans l'attente d'un jugement ou n'ayant pas encore été définitivement condamnées » (Ministère de la Justice, 2021 d). Elles sont donc suivies dans le cadre de mesure présentielle, c'est-à-dire qu'elles sont « sous le contrôle judiciaire, l'assignation à résidence sous surveillance électronique et l'assignation à résidence sous surveillance électronique mobile » (Ministère de la Justice, 2020 c)

En milieu ouvert, on peut également rencontrer des condamnés qui sont suivis pour des mesures post-sentencielles.

Enfin, les condamnés étant suivis pour des mesures de sûreté suite à une condamnation sont nommés « les condamnés soumis à une mesure de sûreté » (Ministère de la Justice, 2020 c) , car ils ne correspondent pas au même type de suivi que les personnes étant simplement condamnées. Ces personnes sont donc suivies par des mesures socio-judiciaires, avec une surveillance judiciaire et le placement sous surveillance électronique mobile.

En milieu fermé, on rencontre les personnes écrouées, c'est-à-dire, « qui [ont] fait l'objet d'une mise sous écrou » (Ministère de la Justice, 2021 d). Ces personnes seront alors prises en charge par l'administration pénitentiaire. Elles seront hébergées ou non dans un établissement pénitentiaire au travers de mises en détention provisoire ou lors de

condamnations à une peine avec une privation des libertés. Les personnes placées en milieu fermé peuvent avoir plusieurs statuts.

Premièrement, la majorité des personnes en milieu fermé sont des personnes condamnées, c'est-à-dire qu'elles ont été « déclarée[s] coupable[s] d'un délit ou d'un crime » (Ministère de la Justice, 2021 d). Elles sont donc incarcérées pour une durée déterminée par un juge suite à un procès.

Deuxièmement, on peut aussi y trouver des personnes prévenues qui sont détenues dans des structures pénitentiaires dans l'attente de leur procès, car elles représentent un trop gros danger pour autrui ou elles risquent de fuir la justice.

Enfin, on retrouve des personnes condamnées-prévenues. En effet, cela induit qu'elles ont été condamnées dans une affaire, mais qu'elles sont encore dans l'attente de jugement pour une autre affaire (ou suite à un rebondissement dans l'affaire pour laquelle elles sont déjà condamnées).

On parle de détenu voire plus couramment de prisonnier en milieu fermé. Au premier juin 2021, on comptait 66 591 personnes détenues (sur les 82 000 personnes placées en milieu fermé), c'est-à-dire « toute personne faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire » (Ministère de la Justice, 2021 d). Les détenus peuvent être à la fois condamnés ou dans l'attente d'un procès. En fonction des peines, certaines personnes détenues ne le seront que quelques mois alors que d'autres le seront pour plusieurs décennies.

Cependant, en milieu fermé, 15 409 personnes ne sont pas considérées comme détenues, car elles sont placées sous surveillance électronique ou en placement extérieur et non au sein des murs de l'administration pénitentiaire. Cette mesure n'est destinée qu'aux personnes condamnées disposant d'un aménagement de peine.

B. La détention en France

Pour gérer au mieux la population carcérale détenue, le territoire français métropolitain est divisé en 9 directions régionales auxquelles s'ajoute la mission de départements et territoires d'outre-mer. Chacun de ces 10 groupes gère et coordonne l'ensemble des services pénitentiaires (établissements et SPIP¹) placés sous leur contrôle.

¹ SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation

En France, il existe 186 établissements pénitentiaires (cf. Annexe 3). Les détenus y sont orientés selon leur régime de détention et/ou leur catégorie de détention. L'ensemble de ces établissements se répartit selon deux grandes catégories. Il existe 81 maisons d'arrêt qui accueillent des personnes en détention provisoire (ayant un statut de prévenu) mais aussi des personnes condamnées à une peine inférieure à 2 ans. D'autre part, on comptabilise des établissements pour peines :

- 58 centres pénitentiaires : il s'agit d'établissements mixtes divisés en quatre quartiers minimums et de types différents (maison d'arrêt, centre de détention ou centrale).
- 25 centres de détention qui regroupent des personnes détenues présentant de meilleures perspectives d'avenir, mais ayant une peine supérieure à 2 ans. L'objectif principal de ces établissements est axé sur la resocialisation des personnes.
- 9 centres de semi-liberté qui accueillent des personnes condamnées, mais qui sont placées à l'extérieur ou sont sous un régime de semi-liberté. La personne condamnée et détenue a accès à quelques libertés lorsqu'il s'agit d'activités pouvant participer à la prévention des risques de récidives (rendez-vous professionnels, médicaux, formations, etc.).
- 6 maisons centrales qui reçoivent des personnes détenues condamnées à des longues peines ou présentant un risque pour eux-mêmes ou autrui. Ici, c'est la sécurité qui est mise en avant.
- 6 établissements pour mineurs
- 1 Établissement Public de Santé National de Fresnes (EPSNF) qui dispose de 84 places d'hospitalisation et 10 places en Centre Socio-Médico-Judiciaire de Sûreté (CSMJS). Cet hôpital carcéral assure la prise en soins au long cours de patients placés sous main de justice. (Ministère de la Justice, 2021 a et 2020 a ; et EPSNF, 2021)

Dans ces établissements, on comptait au premier juin 2021, 66 591 personnes détenues pour 55 886 places de prison soit un manque brut de 10705 places, ce qui engendre une surpopulation de 110 %. Les maisons d'arrêt affichent même un taux d'occupation encore supérieur s'élevant à 128,6 %. En effet, pour 34 697 places opérationnelles, il y avait à cette date 44 633 personnes détenues dans ces établissements ; de plus, seules 45,8 % des personnes détenues ont accès à des chambres individuelles. (Ministère de la Justice, 2021 b)

Ce constat de promiscuité peut rendre particulièrement difficiles les conditions de vie des personnes en prison, cela d'autant plus si ces dernières présentent un handicap.

C. Le quotidien en détention

L'ensemble des lieux de détention fonctionne sous un régime de privation des libertés. Les journées sont donc rythmées de manière précise, avec un cadre strict et des horaires fixes. Ils ont cependant accès à différents types d'activités.

Le quotidien du détenu est variable en fonction de l'établissement où il est incarcéré. En effet, dans les maisons d'arrêt, la vie est plus individuelle, et plus axée sur la construction de la défense avec des visites judiciaires marquées, car il s'agit d'une étape de passage. Ici, c'est principalement un régime fermé qui est mis en place avec les cellules closes la plupart de la journée (en fonction de l'offre d'activité). Les détenus peuvent donc être amenés à passer presque 23 - 24 h enfermés dans leur cellule de 9 m², parfois même partagée avec un co-détenu (OIP², 2020). La gestion du quotidien est donc gérée par l'institution avec un accompagnement obligatoire par l'administration pénitentiaire lors de chaque déplacement au sein de l'établissement.

Au contraire, en établissement pour peine, c'est la vie de groupe et un quotidien qui s'installe davantage. Ici, les détenus y sont incarcérés pour plusieurs années et s'organisent donc en fonction de leur date de sortie. C'est donc un régime dit ouvert qui est mis en place pour favoriser l'autonomie et la future réinsertion des détenus. La circulation intérieure et la gestion de la journée du détenu sont donc davantage gérées par la personne elle-même (temps de ménage, de travail, douche, ...)

a. Les activités en détention

Les journées des détenus sont aussi variables en fonction des activités auxquelles ils ont accès. En effet, ils ont accès à des activités induites par leurs droits, mais d'autres ne sont pas toujours accessibles pour tous les détenus (en fonction du lieu, du comportement, des places disponibles, ...)

Dans un premier temps, les détenus ont des droits qui leur donnent accès à différentes prestations. Ils sont par exemple amenés à gérer leur argent en autonomie après les prélèvements réalisés en fonction de leurs revenus pour indemniser des parties civiles ou de la cotisation pour préparer leur libération. Avec l'argent restant, le détenu peut réaliser des cantines³ pour les achats courants (hygiène, alimentaire, tabac, journaux,

² OIP : Observatoire International des Prisons

³ Issu du verbe cantiner : correspond au fait de réaliser des achats en détention

produits d'entretien). Le tabac est autorisé en détention au contraire des autres toxiques (drogue, alcool, ...) mais les détenus doivent l'acheter avec leur cantine et respecter les règles de consommation (durant la promenade ou en cellules désignées « fumeur »).

Par ailleurs, les détenus ont accès à des droits relevant de l'hygiène leur accordant au minimum trois douches par semaine et un don régulier minimal de produits d'entretien et d'hygiène.

Au sein de leur établissement, les détenus ont accès à des promenades en groupe ou individuelles selon leur modalité d'incarcération (isolement ou non). Ils ont aussi accès à des parloirs.

Les parloirs avec leurs avocats ne sont pas soumis à autorisation par le juge, mais pour les proches, le juge peut délivrer les autorisations de visites permanentes ou occasionnelles. Même si un détenu n'a pas l'autorisation de voir des personnes, il peut tout de même échanger avec ses proches ou avec des bénévoles par courrier. Ses courriers seront cependant lus par l'administration pénitentiaire sauf s'ils sont à destination d'un avocat ou d'une administration désignée.

Enfin, concernant les cultes, les détenus sont libres de pratiquer leur religion en autonomie dans leur cellule ou avec d'autres personnes dans les lieux de cultes alloués à cet effet tant que cela n'entrave pas les croyances des autres détenus.

D'autres activités sont aussi accessibles aux détenus ayant obtenu les autorisations par le juge ou les responsables de l'établissement pénitentiaire. Ces activités sont accessibles sur inscription et en fonction des places disponibles.

Les détenus ont accès à certains types d'emplois rémunérés. Ils peuvent travailler en atelier de production géré par une entreprise extérieure ou par le service de l'emploi pénitentiaire. Il existe un autre type d'emploi de service général qui correspond à l'entretien et la maintenance de l'établissement, à la préparation des repas, à la distribution des cantines, à la gestion de la bibliothèque...

Ils ont aussi accès à des formations pour favoriser leur réinsertion socioprofessionnelle. Celles-ci sont réparties en fonction des niveaux de chacun. Certaines d'entre elles peuvent être rémunérées.

Concernant les loisirs, les détenus ont accès à différentes activités sportives en fonction des lieux, mais ils peuvent aussi avoir accès à des activités socioculturelles avec l'accès à une bibliothèque par exemple.

Des activités occasionnelles peuvent aussi être proposées par l'administration pénitentiaire telles que des concerts, des projections de films, des ateliers de création artistique, des rencontres avec des professionnels du livre ou de l'image, des ateliers parentalité, citoyenneté, etc. Les détenus autorisés doivent s'inscrire pour pouvoir y participer.

Enfin, au sein de leur cellule, les détenus ont la possibilité depuis quelques années de pouvoir réaliser des cantines exceptionnelles pour bénéficier d'une télévision, d'une radio, de matériel informatique par exemple.

b. Journée type

Les horaires et jours définis pour chaque activité sont déterminés par les établissements eux même en fonction de leur organisation et des éléments mis en place. Ainsi, il n'existe pas à proprement parler de journée type d'un détenu. Cependant, certains temps sont clairement identifiables entre les soins personnels, les repas et les activités de productivité ou de loisir tels qu'énoncé dans le tableau suivant :

7h00 - 8h00	Réveil, petit déjeuner, toilette, entretien de la cellule
8h00 - 11h15	Travail ou activités (sauf le week-end), promenade, loisirs (sport, bibliothèque, etc.), parloirs*.
11h30 - 12h15	Distribution du déjeuner
13h00 - 14h00	Promenade des détenus ayant un travail (service général ou autre)
14h00 - 17h00	Travail, activités, promenade, loisirs, parloirs, douches
17h00 - 17h45	Douches pour les détenus qui travaillent (service général ou autres)
18h15 - 18h45	Distribution du dîner
18h45	Fermeture des cellules
<i>* les horaires des parloirs varient d'un établissement à l'autre</i>	

Tableau I : Exemple d'une journée ordinaire dans une maison d'arrêt (ministère de la Justice, 2007)

On peut distinguer des temps différents dans l'emploi du temps du détenu. Les temps où les cellules sont fermées (pour la nuit ou pour les repas) et les temps où les cellules sont potentiellement ouvertes lors des périodes d'activités, de travail, etc.

2. Le handicap en détention

A. Généralités

Pour représenter la relation entre la maladie d'un individu et le handicap final que cette personne peut rencontrer, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001) utilise le schéma dit « séquence de Wood ». Ici, la maladie amène à des déficiences, engendrant des incapacités et à terme un handicap.

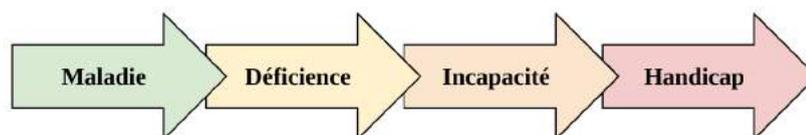


Image 1 : Séquence de Wood, de la maladie au handicap

La **maladie** répétant aussi l'ensemble des causes à l'origine de cette chaîne relève du diagnostic médical. Il peut donc s'agir à la fois de pathologie, mais les accidents ou les traumatismes peuvent également faire partie de cette catégorie. (OMS, 2001 et 2021)

Le terme **défiance** correspond à toute perte ou altération d'une structure ou de fonction psychologique, physiologique ou anatomique (partie du corps : membres, muscles, organes ou du cerveau). Plus couramment, on peut parler d'invalidité. Elles sont les résultantes des maladies et traumatismes (OMS, 2001 et 2021).

Les **incapacités** sont le résultat d'une ou plusieurs déficiences. Ainsi, cela correspond à la réduction partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité relevant de la vie quotidienne (se tenir debout ou assis, se lever, ...) ou plus complexe (utiliser un téléphone, échanger en groupes, ...) ; dans les limites ou d'une manière considérées comme normales pour un être humain (OMS, 2001 et 2021).

Le **handicap** résulte d'une défiance ou d'une incapacité. Il est défini comme « 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 de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (loi n°2005-102 du 12 mai 2011). Il s'agit donc d'un phénomène complexe et non seulement d'un problème de santé. En effet, le handicap dépend de la situation et de l'environnement de la personne.

La situation de handicap pour la CIDIH⁴ se définit comme une interaction entre les facteurs personnels (défiance/incapacité) et les facteurs environnementaux dont l'effet est de limiter la pleine participation de la personne concernée (Morel-Bracq, 2017).

⁴ CIDIH : Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps



Image 2 : Schéma simplifié de la classification internationale du fonctionnement (CNSA, 2018)

Pour prendre un exemple, une personne à mobilité réduite se déplaçant avec l'aide d'un fauteuil roulant ne sera pas en situation de handicap dans le domaine des soins personnels si l'aménagement du lieu de vie est adapté afin qu'elle puisse se rendre dans la douche, réaliser un transfert sécurisé et qu'elle dispose d'aides techniques ou humaines nécessaires pour se laver. Ainsi, il n'y a pas d'obstacle particulier pour la personne à réaliser la tâche. Par ailleurs, dans un autre cas de figure, une personne n'ayant aucun problème de mobilité ne souffrira pas non plus de handicap même si les lieux sont mal adaptés. En effet, même s'il y a des marches, que les espaces sont exigus par exemple, elle pourra tout de même accéder à la réalisation de ses soins personnels (sauf si elle a des difficultés autres que motrices). Ainsi, il est possible de comprendre que le handicap dans un domaine (ici les soins personnels) résulte d'une situation personnelle (pathologie affectant la motricité) et des éléments environnementaux l'entourant (aménagements architecturaux et aide humaine).

On peut donc comprendre que le handicap n'est pas déterminé par le diagnostic médical et qu'il ne correspond pas à l'intensité des déficiences. En effet, il s'agit davantage du ralentissement induit dans la vie d'un individu, à l'interaction entre la ou les altérations et l'environnement de la personne. Le handicap est donc bien lié à une situation singulière et à un individu unique.

a. La déficience motrice

Le terme déficience comprend quatre grandes familles d'invalidité : sensorielle, psychique, intellectuelle et motrice. C'est cette dernière qui sera développée ici.

Selon l'Association des Paralysés de France, la déficience motrice « est une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction, physiologique ou anatomique) de la motricité, c'est-à-dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir ou à se maintenir dans une position donnée de façon ordinaire, quels que soient le but et la fonction du mouvement produit ou du positionnement obtenu » (APF⁵, 2009). Il s'agit donc de limitations motrices altérant la capacité du corps ou d'une partie à se

⁵ APF : Association des Paralysés de France

mouvoir. Cette déficience peut amener à des incapacités réduisant l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne tels que se déplacer, utiliser des ustensiles ou objets, etc. Ainsi, à terme, la personne présentant une déficience motrice peut se retrouver en situation de handicap situationnel lorsqu'elle est limitée dans ses occupations.

Les troubles moteurs peuvent s'exprimer par des difficultés dans les déplacements tels que des déambulations difficiles, des problèmes d'équilibre ou au travers d'utilisation d'aides techniques à la marche (fauteuils roulants, cannes, rollator, ...). Bien sûr, il peut s'agir aussi de difficultés de préhension, de coordination. À ceci, peuvent aussi s'ajouter des troubles d'élocution ou neuro-perceptifs.

La déficience motrice peut être due à différentes atteintes (système nerveux central ou périphérique, des muscles ou du squelette). L'atteinte peut être temporaire ou permanente selon l'origine. On parle de déficience motrice chez des personnes atteintes de paralysies, d'amputation, de myopathie, ou d'infirmité motrice cérébrale par exemple.

Lié à des troubles moteurs, il est fréquent de retrouver des troubles sphinctériens dus à une perte du contrôle musculaire et sensitif nécessaire à la suite d'une lésion importante de la moelle épinière (rupture, compression).

La sensibilité est aussi très souvent défaillante dans les zones de pertes de contrôle moteur. Il s'agit d'une problématique très importante, car cela engendre une fragilité cutanée pouvant à plus long terme amener à des escarres. Ce sont des plaies importantes qui sont difficiles à guérir qui peuvent déboucher sur une dégradation de l'état général de la personne pouvant même aller jusqu'à la mort, suite une infection de la plaie ouverte. Une personne atteinte de trouble de la sensibilité ne se rendra souvent pas compte qu'une plaie s'est formée avant que celle-ci ne soit préoccupante, car l'origine même de la plaie crée son incapacité pour la personne à la détecter.

Ainsi, on peut comprendre que les personnes ayant des troubles moteurs ont souvent besoin d'aide humaine pour assurer certains soins qu'ils ne peuvent plus réaliser seuls ou pour veiller à l'intégrité du corps de cette personne fragilisée.

B. Les spécificités du handicap en détention

Il est très difficile de trouver des chiffres précis concernant le handicap en détention. En effet, comme ont pu le dire M. Guillonnet et A. Kensley en 1997 : « On remarque une pénurie d'informations sérieuses sur l'état de santé des détenus [...] Par

exemple, bien que les handicapés constituent une évidente catégorie qui a des besoins spécifiques, les données qualitatives les concernant ne sont pas disponibles ». Cependant, une enquête a été menée à partir de 1999 par l'INSEE⁶ en collaboration avec l'INED⁷ (représentée par Aline Desquelles), mais publiée en 2002. Il s'agit de l'HID-prisons⁸. Madame Desquelles en interprète d'ailleurs les résultats dans son écrit « Handicap en milieu carcéral : quelles différences avec la situation en population générale ? »

« Avoir une déficience est deux fois plus fréquent en prison. » (Desquelles, 2002)
En effet, l'enquête a pu mettre en évidence une surreprésentation de l'ensemble des situations de handicap en détention (psychique, motrice, sensorielle, viscérale, ...). Cette différence s'explique par un effet de sélection à l'entrée de la prison. De nombreux entrants en prison souffrent déjà d'incapacités diverses engendrant des handicaps variés. De plus, le temps passé derrière les barreaux accroît significativement le taux d'incapacité des détenus. En effet, un détenu déjà handicapé pourra voir sa situation s'aggraver avec l'enfermement, car l'emprisonnement a visiblement un effet néfaste sur tous les individus.

Plus précisément, d'après l'étude d'Aline Desquelles sur les chiffres de l'enquête HIP prison (Annexe 4), il est possible d'observer que⁹ :

- 67,8 % des détenus disent avoir au moins un handicap contre 32,8 % de la population générale.
- Les déficiences motrices sont deux fois plus présentes en détention (24,5 % contre 11,3 %) en comparant par sexe et âge égal.
- Il y a plus de déficiences chez les condamnés dues à leur ancienneté de détention.
- Les incapacités psychiques et sensibles sont aussi plus marquées en prison.

L'ensemble des handicaps semble très présent en prison. Ainsi, ces chiffres marquants nous poussent à avoir une réflexion autour du handicap en détention. Il semble donc que ce soit un sujet à réflexion d'autant plus que les dernières études semblent assez vieillissantes.

Les différentes déficiences données précédemment induisent par la suite des difficultés (incapacités) dans des domaines de la vie quotidienne :

- les soins personnels (toilette, habillement, alimentation, ...)

⁶ INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

⁷ INED : Institut National d'Études Démographiques

⁸ Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance auprès des personnes en prison

⁹ Prévalence des déficiences présents en détention comparé à la population générale en %

- la mobilité (déplacement, transfert, déambulation, souplesse, ...)
- la communication (entendre, parler, voir, ...)
- l'orientation (spatio-temporelle, ...)
- les plaisirs (travail, sports, ...)

Par conséquent, de nombreux détenus disent avoir besoin d'aide afin de pallier leurs difficultés. Il peut en effet s'agir d'aide humaine, mais aussi d'équipement particulier ou d'aménagement de cellules adaptées. Il existe d'ailleurs 140 cellules Personnes à Mobilité Réduite (PMR) aménagées dans l'ensemble des prisons françaises. Ce nombre semble d'ailleurs insuffisant par rapport au nombre de personnes ayant besoin de tels aménagements au quotidien. On peut se questionner sur la satisfaction de l'accès aux aides pour les personnes porteuses de handicap. Les chiffres présentés dans l'enquête semblent d'ailleurs aller dans ce sens. En effet, 29 % des détenus participant à l'enquête se disent limités dans leurs activités de vie quotidienne pour des raisons de santé. Pourtant, seulement 7 % ont une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité. (Desquelles, 2001)

En détention, c'est la déficience motrice associée aux difficultés de déplacements qui semble être le plus invalidant (Desquelles, 2001). En effet, cela peut s'expliquer par l'importance de ceux-ci au quotidien. Les détenus doivent avoir accès aux déplacements afin d'atteindre toutes les activités de la prison (sport, repas, travail, ...). Les personnes à mobilité réduite se retrouvent donc très fréquemment laissées en cellule par manque de moyens, temps et peut être par facilité.

Il est d'ailleurs important de noter qu'un détenu sur quatre dit avoir une déficience motrice liée principalement à des problèmes de dos. Il y a d'ailleurs une surreprésentation de la traumatologie. En effet, cela s'explique par le biais de sélection à l'entrée engendrée par les conduites à risque de certains détenus tels que des impotences suite à des plaies balistiques, des fractures, après une arrestation violente ou à une tentative de fuite, par des conduites d'auto-destructions (défenestration, ...) par exemple. Ainsi, au travers de cette déficience motrice, la personne pourra souffrir d'incapacités diverses dans l'ensemble des domaines déjà évoqués.

La demande d'aide chez ces détenus apparaît beaucoup plus fréquente que chez les autres détenus ne présentant pas de difficultés motrices. Cela s'explique par un besoin de matériels (fauteuil roulant, lit médicalisé, aides techniques, ...). Il est aussi très souvent

reconnu que c'est ce type de patient qui est amené à nécessiter un taux d'aide humaine important dû à leurs incapacités dans de nombreux domaines.

L'ensemble des constats évoqués ci-dessus valide donc bien le choix de m'orienter vers la déficience motrice car elle est la plus source de handicap au quotidien malgré le fait que d'autres déficiences comme les troubles psychiatriques sont plus répandues auprès des détenus.

a. Les prises en charge

En détention, l'État est dans l'obligation de fournir aux personnes écrouées une couverture sociale et un accès aux soins. Ainsi, un nouveau numéro de sécurité sociale leur est attribué indépendamment du fait qu'ils en possèdent déjà un avant leur incarcération. Cela peut engendrer des difficultés administratives auprès des mutuelles, des MDPH¹⁰ et donc pour percevoir l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou d'autres aides, car les détenus ne sont plus identifiés sous le même identifiant et la passation de leurs droits est souvent rendue compliquée par les différentes administrations. À cela, s'ajoutent aussi les difficultés liées à l'adresse de domiciliation que certaines administrations refusent (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

Plusieurs structures ont été mises en place conjointement par le ministère de la Justice et le ministère de la Santé afin d'assurer l'accès aux soins de qualité ainsi qu'une continuité des soins comme celle de la population générale. La répartition de ces différents établissements a été réalisée selon les différentes directions interrégionales présentes en France (Cf. Annexe 5). Il est important de noter que les détenus présentant une déficience motrice peuvent avoir d'autres troubles associés tels que des troubles cognitifs et/ou des troubles psychiques à prendre aussi en compte.

Au sein même de la grande majorité des structures pénitentiaires, des unités sanitaires assurent un suivi psychiatrique au long cours. Elles permettent d'assurer un suivi au travers de consultation individuelle et groupale, mais elles assurent aussi des missions de prévention. Des hospitalisations de jour peuvent aussi être assurées en milieu carcéral au sein de 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR). Lorsque les détenus ont besoin d'une hospitalisation complète pour des raisons psychiatriques, ils seront orientés dans 1 des 7 Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Les soins sans consentement peuvent avoir lieu seulement dans ces établissements.

¹⁰ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

Concernant les soins somatiques, des médecins sont présents dans chaque établissement pénitentiaire. Cependant, lorsqu'une hospitalisation courte doit avoir lieu, le détenu sera alors orienté vers le service de soins classiques. Il sera cependant accompagné d'une garde statique obligatoire. Si l'hospitalisation dépasse les 48 h, le détenu sera orienté dans une Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) ; il en existe 8 en France qui sont en réalité une partie d'un grand hôpital avec une sécurité accrue. Enfin, pour des soins nécessitant une hospitalisation de longue durée tels que des soins palliatifs et principalement pour de la rééducation, les détenus seront hospitalisés à l'EPSNF.

Au sein des prisons, les détenus peuvent avoir accès à des soins quotidiens délivrés par des aides extérieures si leur niveau d'autonomie le nécessite. Ces prestations sont proposées par les SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) et les SSIAD (Service de Soins Infirmiers À Domicile). Cependant, en 2016, seulement 32 % des détenus pouvant bénéficier de ces aides en profitaient réellement. Cela représentait 40 prises en charge signées avec des SAAD et 15 avec des SSIAD. Ces faibles taux de prises en charge s'expliquent principalement par des difficultés administratives auprès des départements (ex : non-reconnaissance de l'adresse des détenus). De plus, une évaluation de l'autonomie devrait normalement avoir lieu avant l'attribution d'aides financières, mais elle n'a pas lieu en prison.

Par la suite, ce sont les protocoles de sécurité imposés par le milieu carcéral qui peuvent être un frein aux différentes prises en soins. En effet, il faut compter un temps afin que le soignant arrive jusqu'à la prison, puis il y a le passage des sas de sécurité qui rallonge le temps d'arrivée dans la chambre du patient détenu. Ainsi, le temps réel que la tâche prendra à l'auxiliaire de vie ou à l'infirmière sera largement supérieur au temps réellement passé avec le patient. De plus, ces personnels soignants sont payés en fonction des actes réalisés et ce temps annexe n'est pas pris en compte. Cette perte de temps aura donc des répercussions soit sur leur salaire soit sur la qualité des prises en charge effectuées. Toutes ces difficultés engendrent un manque de soins marquant pour les détenus. Et, même ceux qui en bénéficient ont accès à des soins moins longs et moins fréquents qu'en population générale. Les problématiques relevées ici apparaissent bien dans certains témoignages dont celui de ce détenu : « Chez moi, l'auxiliaire venait deux à quatre heures par jour, du lundi au samedi. En prison, je n'en ai plus. On m'en a proposé une au début de ma détention, elle venait deux fois par semaine. Mais elle avait une demi-heure pour me laver, m'habiller et me chausser » (OIP, 2020). Cependant afin de

pallier cette cotation d'actes qui semble être une problématique majeure en faveur des soins en prison, la Direction générale de la cohésion sociale travaille actuellement sur une réévaluation de la cotation de ces actes singuliers.

b. Des aménagements structureaux

D'un point de vue international, la question du handicap a été posée dès 2006 au travers de l'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées par les Nations-Unis. En effet, dans son article 14, cette convention précise que « les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables. » La France a d'ailleurs ratifié cet écrit en mars 2010 amenant donc une entrée en vigueur à la même période.

La France a par la suite traduit cet engagement dans sa propre loi au travers de l'arrêté du 29 décembre 2016, relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires par rapport aux personnes handicapées. L'État s'engage à aménager ses structures pénitentiaires pour les rendre accessibles et praticables pour tout handicap. Cet arrêté statue au travers de 12 articles sur l'obligation d'aménagement en faveur de tout type de handicap. Cependant, le sujet choisi étant celui des déficiences motrices, seulement sur les articles relevant de cette problématique seront sélectionnés (une reformulation de ceux-ci est présentée ci-dessous).

Tout d'abord, cet arrêté statue sur l'accessibilité extérieure et intérieure de l'établissement. En effet, pour permettre l'accueil des personnes à mobilité réduite, les établissements pénitentiaires doivent avoir au minimum 2 % du nombre total de places adaptées au handicap (Article 10). Elles doivent par la même occasion être reliées au bâtiment par une voie accessible. Pour cela, les aires de circulations doivent avoir une largeur comprise entre 0,9 m et 1,20 m pour permettre le passage de fauteuils roulants. Des espaces de manœuvre permettant le changement de direction ou le demi-tour doivent être présents régulièrement sur le parcours de la personne pour permettre à l'utilisateur de choisir et de modifier son itinéraire. De plus, les revêtements au sol doivent être en bon état et non encombrés pour permettre un passage aisé à tout moment. C'est-à-dire, que la chaussée ne doit pas avoir des pentes trop prononcées, de grosses fissures ou d'objets jonchant son

chemin. (Article 9). Par la suite, pour accéder à l'établissement, si des marches sont présentes, une rampe d'accès ou une plateforme élévatrice respectant les normes doit être présente auquel cas des aménagements provisoires peuvent être mis en place telle qu'une rampe d'accès mobile lorsqu'il n'y a que peu de marches à gravir (Article 11).

Les circulations horizontales¹¹ au sein même de l'établissement doivent être accessibles aux personnes en situation de handicap tout en respectant leur sécurité. Les portes des espaces communs doivent être d'une largeur minimale de 0,90 m pour permettre le passage de fauteuil roulant (Article 13). Les portes donnant accès à des parties communes accueillant plus de 100 personnes doivent avoir au minimum de 1,20 m de largeur (Article 16). Il est important de noter que toutes les portes doivent pouvoir être manœuvrées par des personnes présentant des difficultés physiques telles qu'un manque de force. Une exception est bien sûr faite en ce qui concerne les portes pénitentiaires à poids élevés prévues pour des raisons de sécurité. Ainsi, dans la continuité, les poignées des portes sont facilement actionnables et accessibles pour les personnes debout ou assises. Pour les portes automatiques (qui représentent un grand nombre de portes en détention), la durée d'ouverture de la porte doit permettre le passage d'une personne présentant des difficultés motrices (Article 16).

Des sanitaires doivent aussi être accessibles pour les personnes en situation de handicap. Leur aménagement comprend des aires de circulations nécessaires aux fauteuils roulants, des lavabos et accessoires situés à niveau pour ce même public (Article 18).

Concernant les cellules, un établissement pénitentiaire doit compter une cellule aménagée lorsqu'elle accueille moins de 100 personnes et ajoute une cellule adaptée par tranche de 100 personnes supplémentaires. Elles doivent se situer à un niveau accessible pour les personnes à mobilité réduite. De plus, elles doivent être assez grandes pour avoir une aire de giration suffisante. La poignée et le verrouillage (s'il y en a un pour le détenu) doivent être accessibles en respectant une certaine hauteur et un certain éloignement depuis un mur ou un meuble pour permettre un accès en fauteuil roulant. Le couchage doit se situer entre 40 à 50 cm du sol pour faciliter les transferts. Les douches (privées ou communes adaptées) doivent quant à elles respecter l'aire de giration égale au minimum à 1,50 m (Article 21).

De plus, pour faciliter l'accès aux personnes présentant des déficiences sensorielles, principalement au niveau visuel, il a aussi été spécifié dans cette loi les aménagements

¹¹ La circulation horizontale correspond à la zone de circulation qui existe sur un même niveau (entre des pièces, par un couloir et/ ou permettant l'accès extérieur).

spécifiques. Il est important que la luminosité soit adaptée (ni éblouissante, ni faible)(Article 19). Les éléments permettant l'orientation dans le bâtiment doivent pouvoir être repérés facilement par toute personne présentant un handicap visuel (Article 12). Concernant les revêtements au sol, ils doivent être unis et ne pas créer de gêne visuelle. De plus, les escaliers doivent pouvoir être repérables facilement pour éviter toutes mises en danger en créant par exemple un certain contraste (Articles 14 et 15).

Entre 2010 et 2016, la France a aussi statué sur le nombre de cellules adaptées aux personnes à mobilité réduite (PMR). Les établissements doivent donc respecter certains quotas :

- Premièrement, dans les établissements déjà existants, 1% du nombre de cellules doit répondre aux normes PMR (arrêté du 29 décembre 2016).
- Par ailleurs, dans les nouveaux établissements les quotas sont délivrés selon la population accueillie :
 - o 3 % de cellules sont PMR dans les établissements accueillant plus de 120 personnes
 - o 2 % dans les établissements de moins de 120 places (arrêté du 4 octobre 2010)

Aujourd'hui, on compte environ 140 cellules adaptées pour les handicaps moteurs (OIP, 2021).

C. Des freins pour le quotidien

Malgré la mise en place de mesures par l'État, certaines enquêtes révèlent la présence encore marquée de certaines problématiques.

Plus précisément, la Direction de l'Administration Pénitentiaire (OIP, 2021) ainsi que l'Association des Paralysés de France (APF) ont chacun mené, une enquête sur les aménagements réellement présents en détention. Ils relèvent d'ailleurs des éléments se recoupant.

D'une part, selon le dernier état des lieux de la DAP, il semblerait que les mesures mises en place afin d'assurer un certain nombre de cellules adaptées ne soient pas encore mises en place partout ; mais surtout, les efforts mis en place semblent encore insuffisants. Une large surpopulation des établissements pénitentiaires a pu être relevée. Ainsi, même si les prisons sont équipées dans les normes, avec un nombre grandissant de détenus, ce nombre semble rapidement insuffisant. L'étude relève un manque de place PMR en détention (en 2013 : 140 cellules PMR en France pour 329 détenus nécessitant ce type

d'aménagement). Par exemple, à la maison d'arrêt de Toulouse-Seysses au printemps 2021, il y avait 3 cellules adaptées qui ont dû être doublées avec des lits supplémentaires afin de combler les besoins. Cependant, cela a entraîné un manque de place pour les interventions médicales ainsi qu'un non-respect de la confidentialité.

D'autre part, même si les cellules sont présentes dans les établissements pénitentiaires, elles ne sont pas toujours adaptées. C'est d'ailleurs très régulièrement l'aménagement des sanitaires qui pose problème. En effet, l'accessibilité au lavabo dans certaines cellules est rendue difficile par l'utilisation d'un fauteuil roulant. Les toilettes et les douches peuvent aussi poser ce genre de problématiques. Par exemple, un détenu qui était « contraint d'utiliser un pistolet urinoir et de déféquer à même le sol » (Petitot, 2021) car il n'avait pas accès aux toilettes à cause d'un manque de barres d'appui.

« Les douches qui se trouvent aux étages ne sont pas accessibles aux fauteuils roulants » (APF, 2017). Dans le plaidoyer de l'APF, l'inaccessibilité des locaux (cellules, parloirs, sanitaires, ...) est très largement mise en avant. En effet, cela engendre des difficultés pour circuler aisément et de manière autonome dans les prisons ce qui augmente la dépendance, l'isolement des personnes détenues. Ainsi, ils n'ont pas toujours accès au travail, à la formation, et même aux loisirs proposés dans l'enceinte des prisons à cause des problématiques d'inaccessibilité des espaces et une non-adaptation des postes de travail dédiés. À plus long terme, cela peut aussi engendrer une dégradation de l'état général des personnes présentant déjà un handicap. Ces problèmes architecturaux ne touchent pas seulement les détenus, mais aussi les professionnels et leurs proches leur rendant des visites. De plus, l'isolement peut être encore augmenté, car les détenus ne peuvent pas toujours recevoir leurs proches dans les mêmes conditions que l'ensemble des autres détenus (parloirs).

Les soins dont peuvent bénéficier les détenus semblent aussi être limités. En effet, lorsqu'une personne a besoin de soins, il est très fréquent de retrouver des délais longs, des équipements vétustes, ou des difficultés dans le suivi des pathologies chroniques par exemple. Ce manque peut donc mettre en danger les personnes en situation de handicap, car elles sont plus vulnérables voire même créatrices de nouveau handicap.

De plus, l'Observatoire International des Prisons a mis en avant dans son rapport de novembre 2021 un manque d'aidants professionnels dans les structures pénitentiaires. Ce sont donc souvent les codétenus des personnes en situation de handicap qui leur apportent l'aide humaine dont ils ont besoin. Ce sont d'ailleurs près de 52 % des codétenus qui se

positionnent en tant qu'aidants. Cependant, il est important de s'interroger sur cette pratique. En effet, pour les trois-quarts d'entre eux, cela ne leur accorde aucun statut particulier ni aucune compensation financière. Les codétenus aidants n'ont aucune formation sur la prise en charge du handicap. La situation d'aidé-aidant peut amener à un déséquilibre dans les relations entre les codétenus ; pouvant même augmenter les risques de chantage et de racket.

Il est aussi important de considérer la vulnérabilité accrue des détenus en situation de handicap du fait de leur manque d'autonomie et donc de leur dépendance aux autres pour accomplir certaines de leurs Activités de la Vie Quotidienne (AVQ).

a. L'accessibilité

La notion d'accessibilité peut être un indicateur des freins présents dans le quotidien du détenu. En première instance, cela induit qu'il faut permettre aux personnes présentant un handicap d'accéder à l'ensemble des éléments souhaités comme une quelqu'un relevant du droit commun avant de mettre en place des moyens spécifiques au handicap. Ainsi, la compensation du handicap n'intervient qu'en second plan. Il s'agit d'une réponse adressée aux handicaps seulement lorsque les besoins d'accessibilité n'ont pas pu être satisfaits auparavant (CNSA¹², 2018).

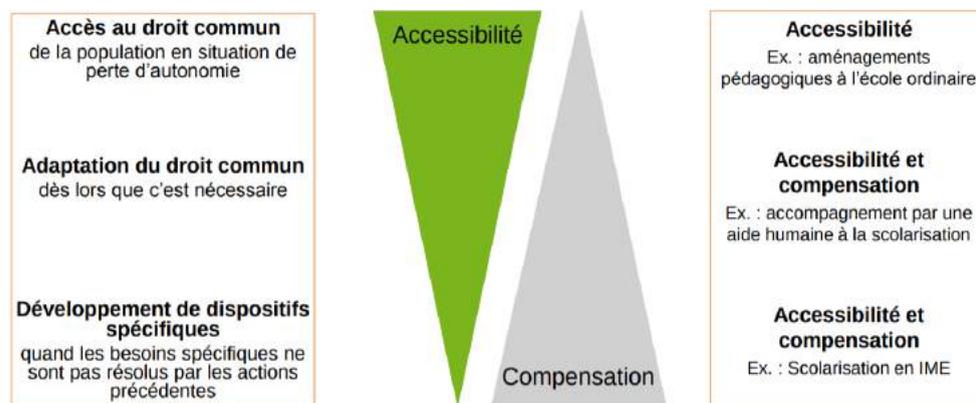


Image 3 : Schémas de l'accessibilité et de la compensation en lien avec le handicap (CNSA, 2018)

Au vu des lectures précédentes, de nombreux éléments peuvent limiter l'accessibilité générale des détenus handicapés. On peut noter :

- le manque de cellules PMR
- des marches et passages de niveaux régulièrement incontournables / pannes d'ascenseur
- un manque de matériel adapté dans les sanitaires par exemple, ...

¹² CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Ainsi, il semble important de se questionner sur comment pallier ce problème qui entrave grandement l'autonomie des détenus.

3. L'ergothérapie en milieu carcéral

A. Qu'est ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapeute est « un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels [...], il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation [...]) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour 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. » (SIFEF¹³, 2021).

Plus simplement, l'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine, aussi appelée occupation, et la santé en s'appuyant sur la science de l'occupation. Il s'intéresse donc aux lésions physiques ou cognitives engendrées par les pathologies, mais il analyse aussi tous les éléments pouvant influencer sur la capacité d'agir d'une personne tels que les facteurs psychosociaux et/ou environnementaux. L'analyse complète de ces éléments permet à l'ergothérapeute de formuler son diagnostic ergothérapique.

L'ergothérapeute a pour objectif général de maintenir et/ou de restaurer les activités de vie quotidienne d'un individu de « façon sécurisée, autonome et efficace » (ANFE¹⁴, 2021) ; c'est-à-dire, de lui permettre d'avoir une qualité de vie satisfaisante et lui redonner un rôle au sein de la société. Pour cela, il vise à prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap que la personne peut rencontrer au quotidien.

L'activité est au centre de l'exercice de l'ergothérapeute, elle en constitue l'outil d'analyse et le moyen thérapeutique privilégié. L'ergothérapeute agit selon plusieurs axes. Premièrement, la rééducation est l'un des premiers outils dont dispose l'ergothérapeute. Il intervient alors sur la personne au travers d'exercices analytiques et de mises en situation. Deuxièmement, il peut utiliser la réadaptation. Il s'agit ici d'une intervention sur l'environnement de la personne pour lui faciliter l'accès à la réalisation de ses occupations en lien avec ses habitudes de vie. Pour cela, il peut proposer des aménagements du

¹³ SIFEF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Française

¹⁴ ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

domicile, des aides techniques et/ou humaines par exemple, c'est l'expert de la réadaptation.

Les ergothérapeutes s'appuient sur des modèles conceptuels pour uniformiser et valider leur pratique. Ainsi, en fonction du milieu ou de la structure, le modèle utilisé peut différer, car les besoins des ergothérapeutes voire même leur sensibilité peuvent changer.

a. Les modèles

Un modèle conceptuel « est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épidémiologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2017). Plus simplement, un modèle est créé à partir d'hypothèses qui amènent à l'élaboration des fondements clés. Tout cela permet de constituer un cadre de référence théorique qui lors de son utilisation pratique servira de repère.

Il est tout à fait possible de se baser sur deux modèles différents qui apportent une vision complémentaire ou différente dans la pratique. Par exemple, « il est tout à fait possible d'utiliser la CIF¹⁵ et un autre modèle » (Morel-Bracq, 2017). Ainsi, le choix a été fait de se baser sur le Processus de Production du Handicap (PPH) qui est la version ergothérapeutique de la CIF et qui apporte une définition du handicap et de la déficience ; tout en le complétant avec le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) qui est occupation centré.

Le Processus de Production du Handicap :

Le PPH est un modèle général de pensée créé par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas et ses collaborateurs en 1991 puis modifié à plusieurs reprises jusqu'à nos jours. C'est un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne. Il explique la notion de personne en situation de handicap plutôt que de personne handicapée. Ainsi, lorsqu'une personne présentant des déficiences et incapacités se retrouve en situation de handicap, son environnement pourra alors être un élément facilitant ou au contraire invalidant. Les habitudes de vie en seront donc affectées.

¹⁵ CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

Le PPH s'intéresse donc à l'interaction entre différents facteurs : les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie des personnes représentées par le schéma suivant.

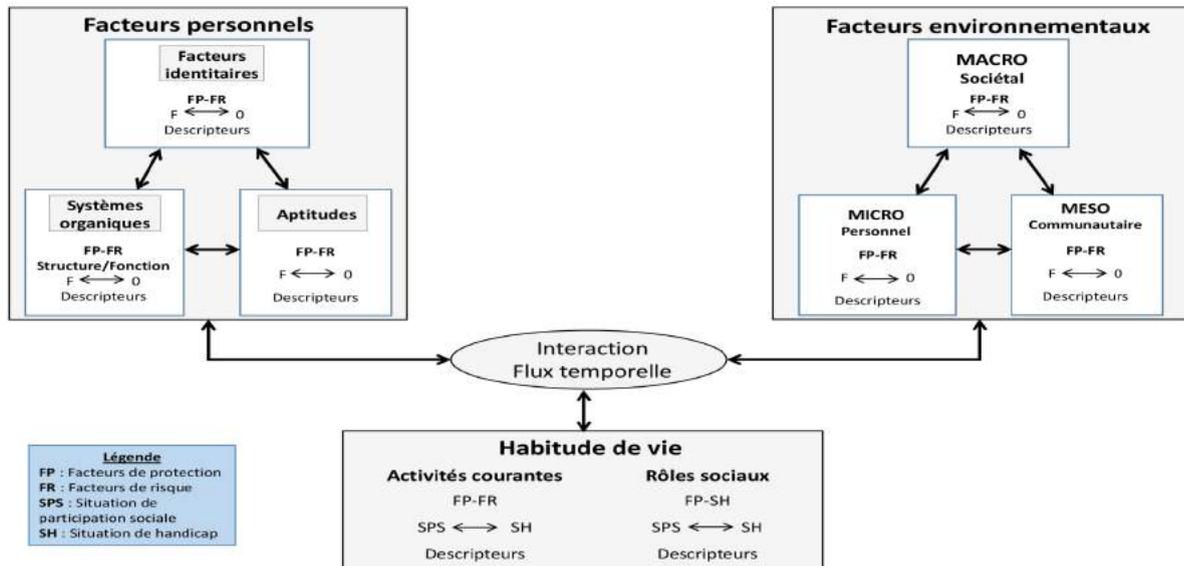


Image 4 : Modèle de développement humain et du processus de production du handicap

Les facteurs personnels sont propres à la personne (âge, sexe, identité personnelle, systèmes organiques et aptitude). Les facteurs personnels peuvent se retrouver modifiés par les facteurs de risques qui peuvent engendrer des traumatismes ou pathologies.

Les facteurs environnementaux regroupent les facteurs sociaux (éléments politico-économiques et socioculturels), les facteurs personnels (la nature et les aménagements) et les facteurs communautaires (les interactions avec autrui). La qualité de l'environnement peut être facilitatrice, c'est-à-dire qu'elle favorise la réalisation des habitudes de vie. Mais elle peut aussi être un obstacle complet les entravant.

L'habitude de vie d'un individu est définie comme une « activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socio-culturelle, ...). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence » (Fougeyrollas *et al*, 2020).

Le handicap est donc soumis à l'interaction de facteurs personnels (dont la pathologie), de facteurs environnementaux (dont l'environnement social) et des habitudes de vie ou activités nécessaires pour la personne. L'évaluation se fait dans ces trois champs. Le travail de l'ergothérapeute se situe dans l'interaction entre ces facteurs.

Le Modèle de l'Occupation Humaine :

Le MOH a été élaboré par Gary Kielhofner dans les années 1980. C'est un modèle centré sur l'occupation humaine. En effet, « l'être humain est un être occupationnel » (Morel-Bracq, 2017). Le MOH place les caractéristiques individuelles et uniques de la personne (souhaits, besoins et perceptions), au centre de sa participation dans des activités significatives réalisées dans son contexte de vie quotidienne (Mignet *et al*, 2017).

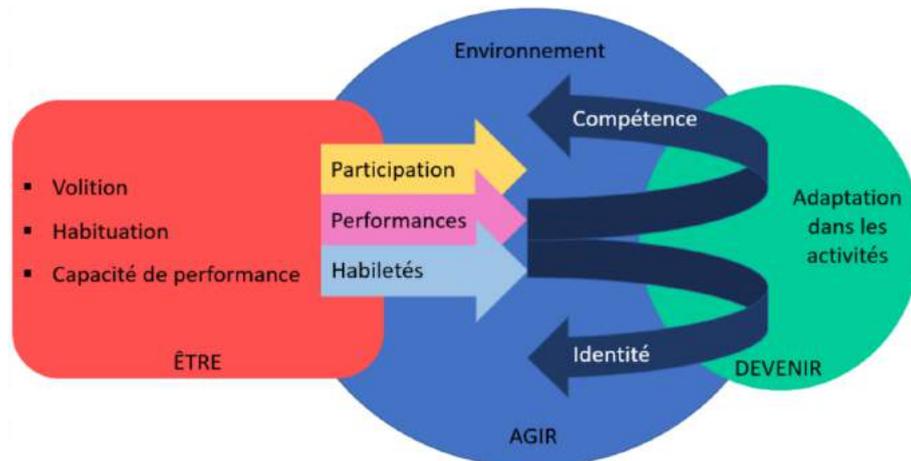


Image 5 : Modèle de l'occupation Humaine (Kielhofner, 2008)

Le MOH considère l'individu (être) par le biais de trois composantes : la volition, l'habitude, et les capacités de performance. La volition est la motivation d'une personne à choisir ses activités en fonction de ses valeurs, ses centres d'intérêts et ses déterminants propres. L'habitude concerne l'organisation de la personne dans ses activités en fonction de ses habitudes et de son rôle social ou personnel. Enfin, la capacité de performance se définit par l'aptitude à agir grâce aux composantes physiques et mentales. Cela correspond à la capacité à « faire ».

L'individu ainsi défini réalise des activités (agir) dans le cadre de son environnement selon les habiletés, la performance et la participation. La participation occupationnelle correspond à l'engagement de la personne dans l'occupation. La performance occupationnelle représente l'exécution des tâches ou activités qui sont nécessaires à l'accomplissement de la participation occupationnelle. Les habiletés regroupent les différentes actions réalisées par la personne menant à la performance occupationnelle.

Le Devenir est l'interaction entre l'Être et l'Agir. Cela correspond aux expériences acquises dans les occupations qui vont générer une identité occupationnelle. Cela permet alors à la personne de s'adapter dans ses nouvelles occupations.

Le MOH considère la personne dans son contexte environnemental. Dans toutes les actions de l'individu, les variables (être, agir et devenir) interagissent donc non seulement entre elles, mais également avec l'environnement. Cet environnement regroupe des composantes physiques, humaines, socioculturelles et peut être obstacle ou facilitateur. L'environnement influe donc sur la participation de la personne et peut être perçu comme un facilitateur ou un obstacle aux occupations.

B. Les spécificités de l'ergothérapie en prison

Les ergothérapeutes peuvent être amenés à rencontrer des détenus lors de leurs différentes prises en soins.

Les UHSA permettent un suivi psychiatrique des détenus lors d'hospitalisations complètes. Cette unité se situe dans un établissement de santé mentale publique, mais elle a une sécurité et un fonctionnement distinct des unités classiques (Ponganne, 2019). On y retrouve entre autres des ergothérapeutes. Cependant, ici, ils travaillent sur la santé mentale et non sur l'aspect moteur sur lequel ce travail s'oriente (Ponganne, 2019).

Lorsqu'un détenu présente une déficience motrice et qu'il a un besoin de rééducation et de réadaptation, il sera alors orienté vers l'EPSNF pour un séjour en intrahospitalier. L'objectif principal de l'ergothérapeute est de favoriser le retour du détenu en détention normale. Ici, l'ergothérapeute prend place dans une salle qui lui est dédiée entre les unités de soins. Cependant, il peut aussi être amené à faire des prises en soins dans les services ou en cellules en fonction des besoins et objectifs (Leroux, 1997). En outre, l'EPSNF doit à la fois respecter les règles en lien avec la santé, car il s'agit d'un hôpital, mais d'autres règles sont aussi imposées par le milieu carcéral telles que :

- « Éviter tout échange d'objets entre les détenus
- Vérifier qu'aucun matériel n'a pu disparaître pendant l'activité
- Toutes réalisations durant l'activité ne peuvent en aucun cas être ramenées en cellule par les détenus. [...] Les surveillants estimants l'objet non risqué peuvent à la demande le lui transmettre
- Fermer les armoires [de matériels] à clé » (Leeuwerck, 2000)

Ainsi, selon Leroux en 1997, puis Leeuwerck en 2000, certaines activités ne sont donc pas réalisables dans ce centre de rééducation (par exemple : menuiserie, vannerie, cartonnage). Cependant, ces deux ergothérapeutes ont su s'adapter aux contraintes environnementales en proposant par exemple des activités détournées ou s'appuyant sur l'environnement déjà présent dans les cellules des détenus.

Enfin, en détention dite classique, les détenus ne sont normalement pas amenés à croiser des ergothérapeutes. Il n'y a en effet que très peu d'ergothérapeutes travaillant en lien avec le milieu carcéral. De plus, ils sont répartis dans des structures spécifiques en fonction de leurs missions comme pour l'UHSA ou l'EPSNF.

Au sein des établissements pour peine « classique » (sans offre de soins spécialisés), il n'y a pas d'ergothérapeutes qui interviennent auprès des détenus. Les rééducations somatiques sont réalisées à l'EPSNF et la réhabilitation psychosociale à l'UHSA. Ainsi, il n'y a que très peu d'ergothérapeutes ayant déjà pu travailler dans ce domaine. C'est pourquoi, la réflexion autour de l'autonomie des détenus suite à un manque d'accessibilité général est très importante à avoir afin d'apporter un regard spécialisé sur l'occupation des détenus pour améliorer leur condition de vie. Il est d'ailleurs très difficile de trouver des sources prouvant que ce travail a déjà pu être mené par des ergothérapeutes auparavant.

4. Hypothèse

Suite à aux éléments abordés ci-dessus, nous pourrions formuler plusieurs hypothèses afin de répondre à la question de recherche :

Comment l'ergothérapeute accompagne la performance dans les occupations des détenus présentant une déficience motrice, dans leur lieu de vie ?

L'une des réponses possibles à cette question serait :

L'ergothérapeute intervient sur l'accessibilité qui impacte les occupations des détenus avec une déficience motrice.

II - Méthodologie de recherche

Dans la partie précédente, les notions théoriques et concepts relatifs au sujet de ce mémoire ont été présentés. Il semble à présent intéressant de développer dans la partie méthodologique une enquête afin de répondre à ma question de recherche et de vérifier l'hypothèse posée. Pour cela, interroger directement les ergothérapeutes professionnels dans ce milieu semble tout à fait pertinent. Le peu de travaux et d'informations écrites suscite tout l'intérêt de cette partie méthodologique.

La démarche de recherche choisie pour mener ce mémoire est hypothético-déductive. Le recueil de données sert donc à recenser des informations pour construire la réflexion autour de l'hypothèse posée.

1. Objectifs de recherche

L'objectif principal de cette enquête est de faire émerger les réalités du terrain vécues par les ergothérapeutes dans le milieu de la détention. Ainsi, il sera pertinent de questionner leur pratique et leur expérience.

À terme, les objectifs inhérents à tout travail de recherche seront aussi approfondis. En effet, il s'agira de répondre à la problématique en confrontant des résultats d'enquête à l'hypothèse énoncé, issue des aspects théoriques.

2. Type de recherche et choix de l'outil d'investigation

Une enquête méthodologique peut être réalisée au travers de différents outils relevant de plusieurs catégories : qualitatif, quantitatif ou mixte. Le choix de l'outil a donc été réalisé afin qu'il soit pertinent pour la problématique et le milieu cible. Ce choix s'est donc porté sur un outil qualitatif, car au travers de ce travail nous cherchons une notion subjective et qualitative quant à l'occupation du détenu. De plus, ceci a été appuyé par Imbert en 2010 : « le processus de la recherche qualitative s'avère en effet particulièrement adapté aux travaux conduits dans le champ de la santé ».

Par la suite, en se penchant sur l'ensemble des outils présentés lors des cours de méthodologies présentés à l'ADERE, certains ont rapidement été éliminés. En effet, nous ne cherchons pas de consensus. De plus, nous ne cherchons pas à recueillir un panel d'avis

et de situations sans me focaliser sur une seule. Pour autant, mon enquête portant sur un milieu fermé où il y a peu de professionnels d'intérêt, il est important de ne pas choisir un outil nécessitant un trop grand nombre de réponses. Ces outils n'auraient alors pas été représentatifs et n'auraient pas pu être suffisamment exploités au vu d'un manque certain de réponses recueillies.

L'entretien a donc été utilisé comme outil d'enquête. En effet, « l'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations » (Tetreault et Guillez, 2014).

Plus précisément, il s'agit d'entretiens semi-directifs, car il s'agit d'un type d'entretien construit qui apporte une certaine liberté d'échange en pouvant compléter la trame lors de la passation (au contraire du mode directif), tout en restant axé sur la thématique d'intérêt (ce qui pourrait être difficile avec un entretien libre qui pourrait m'éloigner de mes objectifs de recherche) (Tetreault et Guillez, 2014).

3. Choix de la population

Ce travail a pour but d'interroger des ergothérapeutes travaillant en milieu carcéral dans le domaine somatique ; cependant, ils n'interviennent pas en permanence sur les lieux de vie des détenus. Afin d'avoir accès à cet élément, nous interrogerons aussi des ergothérapeutes travaillant dans le milieu de la détention pour la santé mentale, mais ayant déjà côtoyé des détenus présentant une déficience motrice sur les différents lieux de détention. L'ensemble de ces entretiens permettraient donc de récolter un certain nombre d'expériences et d'avis professionnels différents, malgré un milieu où il y a peu de professionnels qui y travaillent.

A. Critères d'inclusion

Afin de pouvoir participer à l'enquête, les ergothérapeutes interrogés devront répondre à l'ensemble des critères évoqués ci-dessous :

- Être détenteur du diplôme d'ergothérapie
- Travailler ou ayant travaillé dans le milieu carcéral
- Avoir au moins une expérience auprès de personnes ayant une déficience motrice

Les critères de non-inclusions ne seront pas développés, car cela revenait dans la grande majorité à annoncer l'inverse des éléments constituant les critères d'inclusion.

4. Construction de l'outil d'investigation : le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été construit (cf. Annexe 6) afin de préparer les entretiens semi-directifs. La première partie du guide d'entretien permet au professionnel de se présenter. La seconde permet aux ergothérapeutes d'évoquer leur lien avec la population d'intérêt de cette étude (les détenus avec une déficience motrice). Par la suite, les ergothérapeutes auront l'occasion de s'exprimer sur les éventuelles difficultés occupationnelles que peut rencontrer cette population ainsi que l'éventuel lien avec la problématique de l'accessibilité. La quatrième partie permettra de mettre en avant la pratique des ergothérapeutes. Enfin, une partie sera consacrée à la clôture de l'entretien et à une ouverture sur le sujet abordé.

L'ensemble de ces éléments me permettra de faire un lien entre la partie théorique et la réalité de terrain.

Plus précisément, les questions posées sont en grande majorité ouvertes car « elles permettent à la personne de choisir ses propres mots pour répondre » (Tétreault et Guillez, 2014). Cependant, elles seront occasionnellement complétées de questions fermées qui permettent de recueillir des informations plus précises sur certains détails.

5. Investigation : mise en place des entretiens

A. Lieu, temporalité

Les entretiens se sont déroulés en mars-avril 2022. Ils se sont déroulés de préférence en visioconférence ou sinon par appel téléphonique. En effet, il m'était difficile de me rendre sur les lieux de travail des professionnels interrogés, car il y a encore des difficultés liées à la situation sanitaire, mais aussi, car en détention, les visites sont très limitées. Ce dernier élément s'explique par de nombreuses règles inhérentes au milieu de la détention. De plus, ce choix a été fait, car je souhaitais que l'ensemble des entretiens puissent être réalisés en utilisant le même moyen d'investigation afin d'uniformiser la collecte d'information et limiter les biais de passation. Enfin, ce choix s'est aussi expliqué par le peu de professionnels dans ce milieu me menant à interroger des professionnels éloignés géographiquement.

Il a été nécessaire de prévoir un créneau maximum de 1 h de passation. Ce temps permet de recueillir un certain nombre d'informations importantes, tout en limitant l'engagement en temps que cela peut nécessiter pour les professionnels.

Afin de pouvoir rester concentrée sur l'échange tout en prenant note des éléments évoqués, j'utiliserai un dictaphone pour enregistrer les entretiens.

B. Aspect éthique

L'accord pour l'enregistrement a été recueilli au travers d'un formulaire de consentement (cf. Annexe 7) au préalable du début de l'entretien. Les objectifs de l'enquête, les modalités de participation et la diffusion ont été exposés afin que les professionnels interrogés puissent donner leur consentement libre et éclairé pour participer en ayant en leur possession l'ensemble des éléments relevant de cette enquête (Tétreault et Guillez, 2014). L'accord verbal a aussi été recueilli à l'oral avant le début de l'entretien.

C. Prise de contact

Les professionnels ont été contactés grâce à leur mail professionnel ou sur leurs réseaux personnels en utilisant le carnet d'adresses que je me suis constitué au cours de mes stages et en réalisant des recherches auprès de ces personnes.

III - Résultats et Analyse

1. Retranscription des résultats

La retranscription des entretiens en me basant sur les audios enregistrés sera réalisée de manière verbale, c'est-à-dire que le discours de la personne sera rapporté mot à mot. La retranscription littérale avec l'insertion des hésitations (modulations et mimiques du discours) n'a pas été choisie, car à l'écrit cela n'apportera pas forcément des informations significatives et l'analyse ne se basera pas sur ces éléments-ci. (Claude, 2019).

La retranscription sera réalisée manuellement et non à l'aide d'un logiciel pour pouvoir m'assurer personnellement qu'elle est réalisée au plus près de ce qui s'est dit durant l'échange.

2. Présentation des personnes interrogées

Au cours de l'enquête, 5 ergothérapeutes travaillant en milieu carcéral répondant aux critères posés ci-dessus ont été interrogés. Dans un souci d'anonymat, ils seront nommés par les lettres A, B, C, D et E selon l'ordre de passation des entretiens. L'entretien A est présent en annexe 8. Il a été conseillé par l'école de présenter seulement un entretien. Cependant, si vous souhaitez lire les autres transcriptions, elles seront mises à disposition le jour de l'oral.

	Diplôme	Prison	Milieu	Entretien
EA	2021	8 mois	Fonctionnel	38 minutes
EB	2001	4 mois	Fonctionnel	43 minutes
EC	2015	6 ans	Psychiatrie	34 minutes
ED	2016	3 ans	Fonctionnel	38 minutes
EE	1998	24 ans	Psychiatrie	20 minutes

Tableau 2 : Caractéristiques des ergothérapeutes interrogés

Le niveau d'expérience des ergothérapeutes professionnels varie de 10 mois à 24 ans, de même que leur niveau d'expérience dans le milieu carcéral, qui varie de 4 mois à 24 ans.

Les ergothérapeutes EA, EB et ED travaillent dans le milieu fonctionnel en détention alors que les ergothérapeutes EC et EE travaillent auprès d'une population psychiatrique.

Les entretiens A, B, C et D ont duré en moyenne 38 minutes avec un écart maximum de 5 min. Seul l'entretien E a durée un temps inférieur (20 minutes), car il a été interrompu par une obligation professionnelle de EE.

3. Présentation et analyse thématique des résultats

Suite à la retranscription verbale des différents entretiens, il s'agit à présent d'analyser leur contenu. Pour cela, il y a plusieurs étapes à respecter. Dans un premier temps, chaque entretien a été lu de manière individuelle afin de faire émerger les éléments pertinents et intéressants à utiliser pour répondre à la question de recherche. Par la suite, le codage individuel a été réalisé selon une grille pré-établie et réalisée de manière mixte (cf. annexe 9), c'est-à-dire « catégorie pré-établie, mais avec la possibilité d'en rajouter » (Tétreault, 2014). Ici, les catégories pré-établies sont issues du cadre conceptuel mais, surtout des thématiques (aussi nommées objectifs) dans la grille d'entretien. D'autres thématiques ont été ajoutées et réorganisées afin de rendre l'analyse plus fluide. De cette façon, elle « offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité » (Quivy & Van Campenhoudt, 2006).

De cette grille, les différents verbatims identifiés ont été sélectionnés dans les entretiens afin de les classer dans cette dernière. Puis leur synthèse a été réalisée dans une deuxième version de la grille de thématisation afin de faire davantage ressortir les idées principales selon les thèmes.

L'analyse thématique permet de réaliser une « analyse comparative par thèmes, et de faciliter la rédaction du compte rendu de recherche » (Bertaux, 2006). Ainsi, les différents éléments identifiés seront présentés et analysés par thème ci-dessous. Cependant pour faciliter la lecture et mettre en avant les éléments pertinents, la synthèse des résultats en tableau et par thème sera présentée en annexe 10.

A. La personne en situation de handicap en détention : recensement

Les détenus présentant une déficience motrice représentent la majorité de la patientèle des ergothérapeutes EA, EB et ED qui travaillent en hôpital carcéral.

Les ergothérapeutes EC et EE quant à eux ont côtoyé des personnes présentant des déficiences motrices en plus d'une pathologie psychiatrique. Ainsi, leur prise en charge n'était pas axée sur ce point. De plus, sur leurs lieux d'exercice en maison d'arrêt, ces ergothérapeutes nous disent que le handicap moteur n'affecte que peu de détenus : L'ergothérapeute EE « en compte cinq ou six » et l'ergothérapeute EC nous dit « en 6 ans. [...] j'en ai croisé une dizaine ».

L'ergothérapeute ED explique cette différence, car « quand on est à l'hôpital [...] on a l'impression que ça représente beaucoup de patients. Mais au final, dans chaque détention, ça va représenter une dizaine de personnes ». Ainsi, la patientèle des ergothérapeutes travaillant à l'hôpital se retrouve éparpillée sur le territoire et dans les établissements de EC et EE.

B. Environnement carcéral

a. Accessibilité générale

L'accessibilité des prisons en France est selon l'ensemble des ergothérapeutes assez correcte lorsqu'il s'agit de prisons récentes, car elles « ont toutes les mêmes normes » (ED). Cependant, cela n'est pas le cas dans les prisons plus anciennes qui sont moins accessibles.

En outre, selon EA, les détenus se plaignent en général assez peu de difficultés d'accessibilité « sauf si c'est un gros problème ».

b. Espaces de circulation

La circulation verticale est limitée par la présence d'escalier et l'absence d'ascenseur pour les ergothérapeutes EA, EB et ED. Dans la détention de EE, cette accessibilité est respectée par la mise en place d'ascenseurs. Cela impacte l'accès à différentes occupations telles que la douche, la promenade, les cours et la bibliothèque, car les bâtiments sont souvent sur plusieurs étages (« c'est sur 3 ou 4 étages » dans le cas de EA).

La circulation horizontale est aussi impactée par certaines difficultés d'accessibilité. En effet, selon EA, les distances à parcourir entre les différents lieux

d'occupations peuvent être limitantes. Pour ED, cela s'expliquerait par des accès aux salles d'activités rendues difficiles par des « passages de portes [...] pas assez larges pour les fauteuils » roulants. Cependant, ce type de circulation semble être moins handicapant pour les personnes en situation de handicap moteur. En effet, les détenus en fauteuil roulant ou avec de grosses restrictions motrices sont généralement affectés à des cellules au rez-de-chaussée. Ainsi, il leur est moins difficile d'avoir accès à certaines activités s'y trouvant telles que « les cours de promenade » (ED). L'ergothérapeute EC va aussi dans ce sens, car malgré une situation limitante « dans la théorie » avec des portes lourdes et non-automatiques, « dans la pratique », les détenus « ne sont jamais seuls », il n'est pas possible de dire selon lui que cela impacte et limite la circulation horizontale de la personne à mobilité réduite.

c. Cellule

Des cellules adaptées aux personnes présentant une déficience motrice leur sont dédiées dans les détentions selon les ergothérapeutes interrogés. Ces cellules « sont plus grandes » « quand il y a un fauteuil roulant » afin de permettre un certain accès (EE). En effet, les normes d'accessibilité y sont respectées ; en « chambre PMR, [il y a] une douche au sein de la cellule » (ED). Cependant, elles « sont dans un nombre limité », ce qui rend difficile leur accès (EA et ED). Pour pallier ceci, il est possible que les détenus avec un handicap moteur soient affectés dans des cellules dites classiques dans « une aile au rez-de-chaussée », si les détenus n'ont pas de fauteuil roulant et qu'ils « ont des difficultés pour monter les escaliers ou autre » (EC).

Ces cellules, dédiées à l'ensemble des détenus, sont « assez exigües » selon EB, mais « il y a [tout de même] une aire de retournement » satisfaisant pour EC. « Il n'y a que des toilettes, il n'y a pas de douche à l'intérieur de la cellule », ce qui peut rendre l'accès à la douche plus difficile (EB). En effet, ce sont des douches communes avec des aires de retournement (EC) mais « comme à la piscine », ce qui peut rendre difficile leur utilisation car ce « n'est pas pratique » (EA).

Dans les cellules dites classiques, la différence de confort et de promiscuité s'explique selon EB par des différences entre les différents établissements. En effet, dans les lieux pour « des longues peines », il y aurait « plus de confort » (« plus de place », « plus d'objets personnels » (EB)).

Le thème de « la surpopulation en détention » tels que le dit ED a aussi été abordé par les ergothérapeutes EA et EB qui considèrent que l'excès de détenus complexifie l'accès au sein des cellules PMR et aux occupations. Cela s'exprime par la mise en place de « matelas au sol » dans les cellules selon EB et ED, car il y a un manque de place important en maison d'arrêt (EA).

C. Occupation en détention

Les différentes occupations citées par les ergothérapeutes sont représentées dans le graphique ci-dessous en fonction des ergothérapeutes l'ayant cité. De plus, une courbe synthétisant le nombre de fois où ces occupations ont été trouvées limitantes a été ajoutée. Une activité limitante étant abordée par le même ergothérapeute à plusieurs reprises, ne sera comptabilisée qu'à une seule reprise dans le graphique ci-dessous afin de faciliter sa lecture.

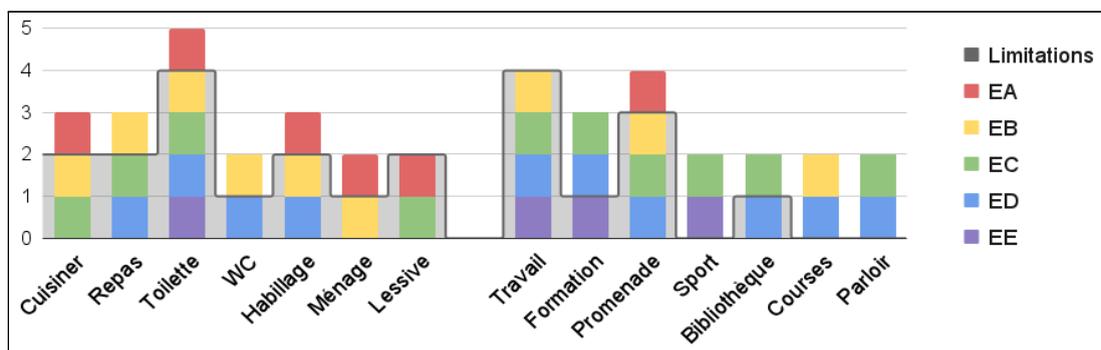


Image 6 : Activités en détention selon les ergothérapeutes et synthèse des limitations occupationnelles

La notion de « milieu sous contrainte » avec une limitation dans les activités proposées et dans la liberté allouée à l'ensemble des détenus a été abordée par EB, EC et EE. Les détenus indépendamment d'un handicap ou non sont limités dans leur occupation. Ils n'ont pas la possibilité car « ce n'est pas eux qui ouvrent leurs portes de cellule et ce n'est pas eux qui décident » de l'ensemble de leur planning (EE).

Les occupations liées à la toilette et au travail ont été citées par quatre ergothérapeutes sur cinq comme étant des activités limitées pour le détenu avec une déficience motrice. L'accès à la promenade a quant à elle été cité 3 fois comme étant restreinte en détention. Leur participation occupationnelle a aussi été citée à 2 reprises comme diminuée pour la cuisine, les repas, l'habillage et la lessive. D'autres activités ont été trouvées limitées par les ergothérapeutes tels que les WC, le ménage, la formation ou la bibliothèque. Enfin, les activités liées au sport, aux courses et aux parloirs ont été citées par

2 ergothérapeutes, mais n'ont pas été marquées comme occupation avec une participation rendue difficile pour la population étudiée.

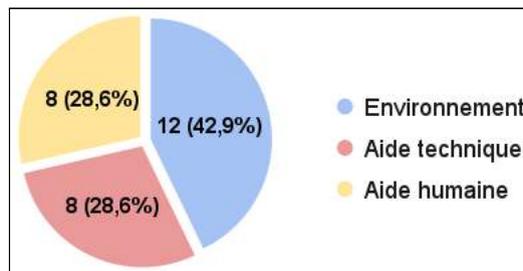


Image 7 : Sources des limitations selon les ergothérapeutes interrogés

Les limitations occupationnelles sont expliquées par différents facteurs. L'environnement est la cause la plus invalidante et fréquente selon les ergothérapeutes. Cependant, ces difficultés occupationnelles s'expliquent par un manque d'aide technique et un manque d'accès à l'aide humaine. Ces deux points seront développés dans la partie suivante de l'analyse.

Ces limitations occupationnelles sont nuancées par l'ergothérapeute EE, car selon lui, il y a peu de grosse limitation invalidante en détention. De plus, EE nous dit que ces limitations ne sont pas forcément présentes en maison d'arrêt qui est un milieu très contrôlé, mais peut être « plus en centrales ou en centres de détention » où la population est d'ailleurs plus vieillissante.

Expérience du handicap en détention :

Les détenus rendus patients en hôpital carcéral sont moteurs et acteurs dans leur prise en charge (EA et EB). En effet, « ça leur change de leur quotidien » (EB) très limité par la privation occupationnelle dans le milieu pénitentiaire. De plus, les patients que l'ergothérapeute a pu accompagner « ne s'attendaient pas pouvoir faire tout ce qu'ils font » (EB), ce qui les motive à s'impliquer davantage encore.

Les plaintes occupationnelles sont assez peu présentes de la part des détenus « sauf si c'est un gros problème » (EA). De plus, ils ne pensaient pas pouvoir récupérer autant (EB). Des demandes sont tout de même présentes pour qu'ils puissent refaire certains AVQ de la cellule tels que « prendre la douche », « aller aux toilettes », « manger », « cuisiner » et « faire le ménage » (EA et ED). Les plaintes concernant les autres activités en détention n'ont été abordées que par l'ergothérapeute ED (« travail », « bibliothèque », « formation », ...).

Les ergothérapeutes EC et EE ne relèvent pas de plaintes particulières de la part des détenus avec un handicap moteur, car ils en croisent peu, et lorsqu'ils en ont cette déficience n'est pas « l'objectif même de ma prise en charge » (EC), car ils travaillent dans le domaine de la psychiatrie.

D. Organisation de la prise en charge sanitaire

a. Généralités

L'accompagnement pluridisciplinaire et inter-établissement du patient détenu semble être un élément prédominant de la prise en charge sanitaire du patient au regard des témoignages de l'ensemble des ergothérapeutes. On note cependant une grande différence entre les structures et suivis abordés en fonction du milieu somatique (EA, EB, et ED) par rapport au milieu psychiatrique (EC et EE).

Premièrement, les ergothérapeutes EA, EB et ED nous parlent davantage du parcours de rééducation. Les détenus sont orientés à l'hôpital carcéral après une « prescription médicale » pour les pathologies anciennes, mais principalement à la suite d'un passage aux « urgences » (EA). Arrivé à l'hôpital, une équipe pluridisciplinaire le prend en charge (« kinésithérapeutes », « ergothérapeutes », « EAPA¹⁶ » et « équipe soignante ») (EB). En fin de prise en charge, le détenu retourne dans sa détention avec parfois la possibilité de revenir pour « des consultations » plusieurs mois après la fin de la PEC¹⁷ (EA), mais cela peut être rendu difficile si la personne vient d'une détention éloignée géographiquement (ex : suivi de la prothèse) (EA). Cependant, comme l'hôpital carcéral, « ne garde aucun patient libéré » (EA), « un relais à des SSR¹⁸ » du milieu ordinaire peut être préparé (ED).

Les deux autres ergothérapeutes (EC et EE) ont plus axé leurs propos sur les éléments présents au sein de leur détention ou sur les structures extérieures pouvant répondre au besoin somatique qu'ils ne réalisent pas. Premièrement, d'un point de vue psychiatrique, des « unités sanitaires » avec des professionnels dédiés sont présentes au sein même de l'établissement pénitentiaire tels que des « infirmiers », des « internes », des « ergothérapeutes », des « psychologues », et des « art-thérapeutes » (EC et EE). Ces unités psychiatriques peuvent être au sein d'un SMPR. Pour une prise en charge des troubles psychiatriques non stabilisés, les détenus peuvent être orientés à l'UHSA (EC). D'un point

¹⁶ EAPA : Enseignant en Activité Physique Adapté

¹⁷ PEC : Prise En Charge

¹⁸ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

de vue somatique, les unités sanitaires répondent aussi à cette problématique (EC et EE). On y retrouve différents professionnels : « infirmière », « kinésithérapeute », « médecin généraliste », et de nombreux spécialistes (EC et EE). Ces intervenants ne réalisent « pas de rééducation à proprement parler » (EC). En effet, le kinésithérapeute est présent « 3 matinées par semaine » pour un total de « 900 détenus » (EC). Lorsqu'il y a une « grosse crise » (EE) ou un besoin particulier tel qu'une « intervention chirurgicale » (EC), les détenus peuvent être orientés vers les UHSI.

Compatibilité avec la détention et suspension de peine :

La thématique de la suspension de peine a été abordée par l'ensemble des ergothérapeutes interrogés. On distingue 2 types de suspensions :

- Les suspensions temporaires pour les soins. Les détenus réintègrent le milieu ordinaire pour aller « en centre de rééducation » (EC) ou le temps que leur état s'améliore (EE).
- Les suspensions de peine définitive (EA, EB, ED et EE)

Ces suspensions interviennent lorsque l'état de la personne détenue n'est pas ou plus compatible avec la détention (EA, EB, EC et EE). Cela arrive lorsqu'il s'agit de « pathologie [...] très lourde » (EA) telle qu'une « tétraplégie C3-C4 » (EB) car il a « un état séquellaire qui ne [lui] permettrait pas de se débrouiller tout seul en détention » (EA) ou lorsque qu'il y a un besoin d'aide humaine très important (ED). L'ergothérapeute B appuie même la nécessité de procéder à une suspension de peine dans ce genre de cas, cela pourrait être une sorte de « maltraitance » de laisser la personne en détention si ce n'est pas adapté (EB). Une nuance est cependant apportée, car si le détenu est encore en détention, cela veut dire que son « état est compatible avec la prison » (EE).

Les ergothérapeutes EA, EB et ED abordent la procédure pour que cela puisse aboutir à une suspension de peine. Tout d'abord, il faut une « demande du médecin » (EA et EB). Un passage de médecin expert sera alors programmé avant que le juge prenne une décision (EA, EB et ED). Pour faciliter ce processus, il faut que le détenu ait une structure d'accueil » en milieu ordinaire (souvent « FAM¹⁹ », « MAS²⁰ », « EHPAD²¹ » au vu de leur dépendance) (EA).

¹⁹ FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

²⁰ MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

²¹ EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

L'ergothérapeute ED nous parle davantage de la situation où « le juge ne souhaitait pas laisser sortir » le détenu, mais où celui-ci a une dépendance importante nécessitant un certain taux d'aide humaine « que la détention n'était pas capable de lui trouver » (ED). Le détenu est alors hospitalisé en hôpital carcéral. Cependant, c'est « à la détention de payer les frais de séjour du détenu » à l'hôpital carcéral d'accueil, car cette nouvelle affectation relève d'une problématique pénitentiaire et non-médicale (ED).

b. Aides humaines

D'un point de vue général, « la détention [...] doit lui fournir des aides humaines pour qu'elle puisse être maintenue en détention » (ED).

Ainsi, en détention, « des boîtes d'aide à domicile » peuvent intervenir (EA). Cela peut être « un SSIAD » (EC). Cependant, il intervient principalement « pour des cas un peu lourds » (EA). « Au mieux [le détenu aura maximum] une aide humaine deux fois par jour » ; ainsi, on ne peut pas compter dessus pour apporter de l'aide aux repas (ED).

Des aides humaines peuvent être fournies au sein même de la détention, sans intervention extérieure. Plusieurs types d'aides humaines ont été abordés par les ergothérapeutes :

- Les auxiliaires pénitentiaires (EA, ED et EE) : Ils sont fournis par « la pénitentiaire » (EE), « il faut aussi qu'il y ait un argumentaire des médecins » (EA). Ce sont des détenus qui « vont toucher de l'argent » en tant qu'aide-soignant pour venir en aide à un autre détenu (EE). Cependant, selon l'ergothérapeute ED, « il y manque un recrutement » et donc un manque d'auxiliaires aidants sur le terrain.
- Les co-détenus (EC et ED) : c'est une ressource souvent nécessaire pour le détenu (ED) pour la prise des repas par exemple (EC). Cependant, cela se fait assez naturellement, car le milieu pénitentiaire « est un milieu social » (ED).
- Les surveillants pénitentiaires (EC et ED) : « ouverture de porte » (EC), « ouverture des opercules des plateaux repas » (ED)
- Les professionnels de l'unité sanitaire (EC, EE) : pour l'ergothérapeute EC, elle n'intervient pas dans l'aide humaine au détenu alors que l'ergothérapeute EE nous dit que dans sa détention, « les infirmiers qui se déplacent pour faire la distribution médicamenteuse » et que « les UCSA²² s'occupent de la toilette, ne serait-ce que boire » (EE).

²² UCSA : Unité de Consultations de Soins Ambulatoires

L'ergothérapeute ED soulève une problématique éthique, car certaines personnes pouvant apporter de l'aide au détenu en situation de handicap « ne sont pas formées » pour cette spécificité, comme les co-détenus ou les surveillants pénitentiaire. De plus, selon elle, « ce n'est pas autorisé, c'est pas légal » et pourrait engendrer un déséquilibre dans les relations entre co-détenus. Il peut y avoir [...] des rackets, [...] des violences » (ED).

Enfin, l'ergothérapeute EB a peu étayé ce sujet, cependant, elle s'accorde avec certains ergothérapeutes pour dire qu'il y a assez peu d'aide humaine d'un point de vue général en détention.

c. Aides techniques

Les ergothérapeutes du milieu fonctionnel (EA, EB et ED) réalisent des préconisations d'aide technique au sein de l'hôpital carcéral. EC nous dit : « avec la pénitentiaire, j'ai fait un dossier de validation » pour qu'un détenu puisse bénéficier d'aides techniques en détention. Au contraire, EE ne réalise pas de préconisation ; « c'est l'UHSI qui [...] qui les aura mis en place au préalable » du retour en détention ordinaire. Ainsi, ils arrivent déjà avec leur matériel (EE). « Un revendeur de matériel médical peut intervenir sur la prison [en fournissant] les aides techniques nécessaires » (EC, EB aussi).

Selon l'ergothérapeute EB, il n'y a pas de limitation dans la préconisation des AT²³, car elles ne sont pas interdites en détention (« c'est un pas un souci » (EB)). Au contraire, les ergothérapeutes EA, EC, et ED nous disent que la mise en place de ces aides peut parfois être limitée « pour des raisons de sécurité » (EA, EC et ED). La domotique n'est par exemple pas autorisée (ED). De plus, un « couteau-fourchette » à lame rigide (ED) ou une « planche à clous » (EC) pourrait facilement être détourné et source de danger. C'est pourquoi EC a été amenée à réaliser un dossier de validation auprès de la pénitentiaire afin de s'assurer qu'aucune préconisation ne puisse être refusée par la suite et poser problème.

Cette notion de sécurité « va limiter le champ des possibles des aides techniques qu'on peut proposer » (ED). De plus, ce panel est assez variable entre chaque détention, car elles n'acceptent pas toutes les mêmes choses (EA et ED). Par exemple, selon EC, se sont « surtout des aides techniques aux déplacements [qui sont mises en place], il n'y a pas d'aides techniques de la vie quotidienne à proprement parler ». ED va aussi dans ce sens car selon elle les AT aux repas sont assez mal acceptés en terme général en détention. Les

²³ AT : Aide Technique

AT à la douche (« chaise de douche » pour EA et ED et « brosse à long manche » pour EA) sont aussi très difficiles à mettre en place.

L'ergothérapeute EE relève une autre problématique dans la mise en place des AT. En effet, malgré des AT nécessaires pour les déplacements (fauteuils roulants et cannes anglaises), elles ne sont peut-être pas « autorisées pour entrer en promenade », ce qui limite donc leur accès à l'occupation.

La mise en place d'AT telle qu'un réhausseur de WC peut être aussi limitée, car les ergothérapeutes préconisateurs n'ont pas de visibilité sur les détentions (ED).

E. Ergothérapie

a. Généralité de la prise en soin

Les ergothérapeutes EC et EE travaillent en psychiatrie sur le lieu de vie des détenus au sein de « l'unité de SMPR » (EE). Ils interviennent sur prescription (EE) selon une « liste hebdomadaire » de patients établie à la semaine (EC). « Les activités thérapeutiques réalisées [sont] décidées en réunion » (EE) puis réalisées avec un groupe de patients et plus rarement en individuel (EC et EE). L'ergothérapeute anime les séances seul ou en co-animation avec d'autres professionnels (« infirmière », « art-thérapeute ») (EC).

Malgré son champ d'action réservé à la psychiatrie, l'ergothérapeute EC a déjà été amené à réaliser de la réadaptation au travers de la prescription d'aides techniques pour un patient qu'il suivait, car cela lui était demandé par l'unité somatique. L'ergothérapeute EE n'a jamais été dans cette situation, mais dit que si ça devait arriver elle serait en capacité de répondre au besoin. Aujourd'hui, elle « n'a [cependant aucune] mission sur les cellules » (EE).

Les ergothérapeutes en hôpital carcéral de rééducation (EA, EB et ED) travaillent sur « prescription du médecin » (EA) comme les ergothérapeutes du milieu psychiatrique. Cependant, le reste de leur activité est assez différent. Lorsqu'ils reçoivent un patient, ils débutent par un entretien afin de réaliser le « recueil de données » (EA et ED). Puis ils réalisent différents bilans analytiques (EB) et mises en situations écologiques (EA). Par la suite, ils sont amenés sur un « plateau technique » leur donnant accès à différentes salles de rééducation, mais aussi à « appartement thérapeutique », « cuisine thérapeutique », « buanderie thérapeutique » et « jardin thérapeutique » (EB et ED). Ils disposent de nombreux matériels utiles à leur pratique (EA et ED) tels que différentes possibilités

d'exercices (EA et ED). Par rapport à un ergothérapeute exerçant en milieu ordinaire, il existe des spécificités propres à leur lieu de fonction :

- L'accès au patient est limité, car il faut « demander [...] les clefs » à certains collègues (EA).
- Le brancardage est réalisé par les surveillants pénitentiaires ; aucun mouvement n'est possible seul avec le patient (EB).
- Le matériel est placé sous clés avec une « surveillance particulière » pour des raisons de sécurité (EB).

Pour la préparation du retour à domicile, EA, EB et ED disent que cette partie de leur attribution est plus difficile. En effet, ils ont « très peu accès à l'aménagement du milieu de vie » (ED) ce qui les conduit à avoir assez peu d'emprise sur l'après (EA). Ils réalisent donc beaucoup de conseils et de MES²⁴ pour les préparer à ce retour à domicile (EA). Et ils essaient de prescrire au mieux des AT (EA, EB et ED). Ces difficultés sont expliquées par le fait qu'il y a de nombreuses détention en France et qu'il « ne pourrait pas [y avoir de] la visibilité sur toutes les détentions » (EA, ED aussi). Cependant, ils peuvent s'appuyer sur la collaboration avec certains « médecins généralistes des UCSA » (ED, EA aussi).

D'un point de vue général, il transparaît que la prise en charge du patient est assez similaire à un SSR du milieu ordinaire au début, mais cela se complexifie au moment de la préparation du retour sur le lieu de vie (EA et EB).

b. Intérêt en détention ?

Deux tendances principales apparaissent dans les réponses. D'une part, les ergothérapeutes issus du milieu fonctionnel (EA, EB et ED) pensent qu'il pourrait y avoir un intérêt à développer leur pratique au sein des lieux de vie des détenus. Les ergothérapeutes ont énoncé plusieurs objectifs :

- Faciliter la mise en place « plus facilement des aides techniques » (EA) et leur « suivi » (ED).
- Amorcer « le retour en milieu libre et ordinaire » (EA).
- Connaître les réalités du milieu de vie (EA et EB) pour préparer de RAD²⁵ (EB)
- Réaliser des préconisations dans les établissements tels que « des conseils pour mettre leurs barres d'appui dans leur chambre PMR » (ED).

²⁴ MES : Mises En Situations

²⁵ RAD : Retour À Domicile, ici le domicile correspond à la détention du détenu

- Évaluer les occupations des patients « au sein des détentions » et donc en milieu écologiques (ED).

L'ergothérapeute ED pense principalement à la mise en place de mi-temps dans les gros établissements ou à la création d'une « équipe mobile » pour répondre aux besoins dans plusieurs centres de détentions. Pour cette dernière option, elle relève plusieurs limites telles qu' « un manque d'effectif », « les financements aussi » et l'organisation sur un territoire vaste (ED).

Au contraire, les ergothérapeutes travaillant sur le lieu de détention en psychiatriques (EC et EE) pensent que cela ne présenterait pas d'intérêt. En effet, il n'y aurait pas de place pour de la rééducation, car « il n'y aura même pas de patient » (EC) qui en aurait besoin en détention (EC). Cependant, l'ergothérapeute E pense que dans sa maison d'arrêt il n'y a pas d'intérêt mais peut être plus en centrale ou en centre de détention « parce que la population est vieillissante » (EE).

F. Thèmes abordés spontanément

Ces thèmes n'ont pas été prévus dans le guide d'entretien, mais apportent des informations intéressantes concernant le milieu pénitentiaire.

La vision du handicap en détention a été abordée spontanément par ED à la fin de l'entretien. Elle pose la question : « Est-ce qu'il faut adapter la détention aux personnes qui sont en handicaps ? ». Car « il y a des médecins des UCSA qui sont contre et qui ne veulent pas s'adapter aux personnes PMR ». En effet, « ils considèrent qu'ils n'ont pas leur place en détention ». Cependant, ces détenus « peuvent aussi commettre des crimes et des délits répréhensibles par la loi.

L'analyse des résultats obtenus sera confrontée au cadre conceptuel dans la partie suivante, afin de valider ou non l'hypothèse énoncée.

IV - Discussion

D'un point de vue lexical, la discussion est un « échange d'idées, d'arguments sur un sujet » (Le Robert, 2022), c'est-à-dire qu'il s'agit de réaliser un échange selon les différents points de vue. En recherche, cela correspond à plusieurs éléments tels que confronter les résultats obtenus à la théorie exposée précédemment afin d'aboutir à une réponse à la question et une vérification positive ou non de l'hypothèse posée (Fovet-Rabot, 2015).

Dans un second temps il s'agit « d'examiner » (Le Robert, 2022) la réalisation de ce travail par l'identification des biais et limites pouvant émerger des éléments réalisés, tout en faisant émerger de nouvelles pistes de réflexions.

1. Confrontation avec les données théoriques

A. Réponse générale à la question de recherche

Ce mémoire de fin d'études se penche sur l'accompagnement de l'ergothérapeute quant aux activités du détenu avec une déficience motrice dans son lieu de vie. Il s'agit donc à présent de confronter les données théoriques énoncées dans la première partie aux données récoltées au travers des entretiens afin d'apporter une réponse à la problématique.

Grâce aux entretiens, nous avons pu voir que les détenus présentant un handicap moteur représentent une part importante des détenus au sein de l'hôpital carcéral alors qu'ils ne sont qu'assez peu nombreux sur les lieux de détention plus classiques, où ils ne représentent pas plus de 10 personnes pour environ 1 000 détenus. Cela correspond donc à un taux d'environ 1 % de détenus avec une déficience motrice sur l'ensemble de la population carcérale au vu des témoignages. Aline Desquelles quant à elle nous dit au travers de l'enquête HID prison que cela représente 24,5 % des détenus. Ainsi, on observe un énorme écart entre ces données. Cela s'explique sans doute par une différence de critères d'inclusion. En effet, les ergothérapeutes parlent davantage des personnes à mobilité réduite qui présentent une restriction de participations importante alors que dans l'enquête de HID prison, les critères sont plus globaux (« déficience du tronc », « d'un seul bras », « d'une seule jambe », « au moins une déficience »,... (Desquelles, 2001)). L'écart

entre les deux dates d'où sont issues les données est de plus de 20 ans, ce qui peut vraisemblablement expliquer une telle différence.

L'analyse des entretiens nous a permis de nous rendre compte que les détenus ont accès à de nombreuses activités, aussi décrites dans la littérature, malgré la privation de liberté. Cependant, elles sont tout de même relativement limitées pour les personnes présentant une déficience motrice. En effet, différents facteurs extérieurs sont limitants tels que l'accessibilité environnementale, l'accès aux aides techniques et/ou à l'aide humaine. En outre, cette restriction de participation est à l'origine de peu de plaintes de la part des détenus-patients malgré un souhait de pouvoir refaire les activités de base de la vie quotidienne au sein de la cellule et de pouvoir bénéficier d'un accès au travail qui apporte un rôle social en détention. Cependant, dans les recueils de témoignages réalisés par l'OIP et l'APF, les plaintes et limitations semblent être plus importantes qu'évoquées par les ergothérapeutes. Cela s'explique sans doute par une visée de plaider de ces deux instances qui militent pour les droits des détenus et veulent donc interpeller leur auditoire. De plus, les détenus peuvent possiblement jouir de bénéfices secondaires quant à la reconnaissance de leurs plaintes. C'est pourquoi il est possible que les détenus majorent leurs difficultés auprès de l'OIP plutôt qu'auprès des ergothérapeutes.

Conformément à la littérature qui statue sur les normes environnementales des lieux de détention, les résultats montrent un environnement carcéral avec des normes de plus en plus appliquées notamment dans les établissements récents ou rénovés. Ainsi, si les circulations verticales sont limitées, des adaptations en terme d'accès à certaines cellules sont mises en place pour favoriser le quotidien (cellule PMR et/ou au RDC). Les circulations horizontales sont quant à elles un peu moins problématiques selon les ergothérapeutes.

Par ailleurs, l'enquête a mis en évidence un parcours de soins pluridisciplinaires et inter-établissement au sein du milieu pénitentiaire pour des prises en soins somatique ou psychiatrique. Cela transparaît tout à fait dans la bibliographie, car de nombreuses structures avec de nombreux intervenants y sont détaillés tels qu'énoncés dans le cadre théorique.

Concernant plus précisément la mise en œuvre d'aide humaine au sein des détentions, dans la littérature, il est dit que des services extérieurs d'aide à la personne

(SSIAD et SAAD) peuvent intervenir sur les lieux de détention (OIP, 2021). Cela est réalisé dans 32 % des cas. Selon les ergothérapeutes interrogés, des services d'aides à la personne sont mis en place ou ont été mis en place dans certains lieux. Cependant, nous n'avons pas assez de témoignages pour généraliser le propos et pouvoir réellement confronter ce résultat. En outre, afin de pallier ce manque, les ergothérapeutes relatent différentes solutions mises en place de manière plus ou moins officielle telles que : les auxiliaires pénitentiaires, les co-détenus ou les surveillants pénitentiaires. Cela transparaît dans la bibliographie au travers du rapport de l'OIP qui relate que dans 52 % des cas, il s'agit d'un co-détenu qui se porte aidant. Cela est donc en accord avec les dires des ergothérapeutes interrogés qui soulèvent la problématique de l'éthique, tout comme l'OIP.

Ce qui transparaît aussi dans les propos des ergothérapeutes somatiques sur leur profession est une prise en soins globale du détenu-patient avec une partie rééducation assez similaire au milieu ordinaire. Cela est d'ailleurs décrit dans l'article de Virginie Le Roux. On retrouve d'ailleurs dans cet écrit la notion de sécurité qui est très spécifique à l'ergothérapie de détention car il s'agit d'une population assez particulière comme ont aussi pu le dire les ergothérapeutes interrogés.

Cependant, la différence est réalisée sur la réadaptation et la mise en place du retour en détention d'origine qui se retrouve très limitée par une organisation assez cloisonnée. Les ergothérapeutes somatiques n'interviennent qu'en hôpital carcéral alors que les ergothérapeutes psychiatriques, qui sont présents sur les lieux de vie, n'interviennent que dans le cadre de la santé mentale. En effet, la construction du cadre théorique a pu mettre en évidence des structures différentes avec des objectifs et patientèles spécifiques. Leurs champs de compétence se croisent assez peu. Ainsi, il est possible d'imaginer qu'en étant dans une structure, s'il n'y a pas un effort de transmission réalisé par les équipes, un manque de connaissances sur les différentes possibilités peut se faire sentir.

La mise en place des aides techniques dans le projet de réadaptation est aussi impactée par les limites institutionnelles apportant de nombreuses contraintes en termes de sécurité, mais aussi de visibilité sur le lieu de vie du détenu rendant difficile les préconisations et leur mise en place. Les détenus ont donc peu accès à des aides techniques dans leur quotidien selon les ergothérapeutes. La réadaptation et la sécurité sont des éléments abordés par Virginie Le Roux dans son article. Cependant, elle ne parle pas d'aide technique. Cela s'explique sans doute par une pratique assez peu répandue et donc encore moins documentée que l'ergothérapie en détention d'un point de vue général.

Dans les écrits du ministère de la Justice, l'EPSNF est un hôpital carcéral, qui est au cœur de la prise en charge somatique des détenus avec une déficience motrice pour des aspects de rééducation et réadaptation. Cependant, il est intéressant de voir que les ergothérapeutes issus de la psychiatrie n'évoquent pas du tout cet établissement. Ils parlent plutôt de l'UHSI qui assure aussi une prise en soins somatique plus spécifique et à court terme. Ceci s'explique sans doute par un éloignement géographique des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie. De plus, l'EPSNF assure une prise en soins somatique que ces ergothérapeutes ne connaissent pas car cela ne relève pas de leur spécialité, la psychiatrie.

B. Vérification de l'hypothèse

Pour rappel, l'hypothèse est : L'ergothérapeute intervient sur l'accessibilité qui impacte les occupations des détenus avec une déficience motrice.

Au vu de l'ensemble des éléments abordés dans cette discussion, je considère que les résultats de cette étude valident partiellement l'hypothèse. En effet, pour permettre au détenu d'accéder à ses occupations, il dispose de plusieurs moyens d'action. Tout d'abord, il prépare au sein même de l'hôpital carcéral le retour sur le lieu de vie en favorisant la récupération motrice au travers de la rééducation. Puis il pourra dans la limite du possible favoriser la mise en place d'aides techniques pour adapter l'environnement présent (droit commun). Cependant, l'ergothérapeute se retrouve limité par des contraintes institutionnelles. Il existe en effet de nombreuses limites liées à la sécurité, mais aussi liées à son cloisonnement dans sa structure et ses champs de compétences. Son champ d'action sur le lieu de vie est rendu très difficile, voire pas toujours pertinent au vue de certaines contraintes (temps, financements,...).

Il est d'ailleurs intéressant de voir que malgré certaines limites relatées par les ergothérapeutes présents sur le lieu de vie, la mise en place de nouveaux moyens tels qu'une équipe mobile ou un mi-temps en ergothérapie dans les détentions serait pertinente selon les ergothérapeutes issues de l'hôpital carcéral pour répondre à certains besoins spécifiques.

Cette étude comporte toutefois certaines limites qui seront présentées dans la partie suivante.

2. Regard critique sur le dispositif de recherche

A. Biais

Une méthodologie de recherche peut comporter différents biais, d'autant plus quand il s'agit d'une recherche non-professionnelle comme ici. Un biais se définit comme un « fait susceptible de rendre un fait non représentatif » (Le Robert, 2022) mais aussi comme une « distorsion dans le traitement d'une information, susceptible de fausser le raisonnement et le jugement » (Le Robert, 2022). Ainsi, cela conduit à ce que l'étude soit moins fiable.

Il est possible d'identifier dans ce travail un biais de méthodologie lié à l'échantillonnage. Dans un premier temps, la variété des profils des cinq participants en matière d'années d'expérience et de formation est un élément en faveur de la représentativité de l'échantillon. En effet, l'année de formation des ergothérapeutes influence sur les enseignements qu'ils ont reçus. La formation au diplôme d'état d'ergothérapie évolue de 1998 à aujourd'hui avec notamment la révision de l'ensemble du programme de formation en 2010. Ainsi, les ergothérapeutes ayant des dates d'obtention de diplôme étalonnées ont des compétences initiales différentes les unes des autres (SIFEF, 2022). Cependant, la subjectivité de chaque intervenant en l'absence d'un nombre d'avis comparatif plus important peut présenter un biais. De plus, la thématique de mon mémoire se portant sur l'ergothérapie au sein du lieu de vie du détenu d'un point de vue somatique, il a été obligatoire d'élargir les critères d'inclusion afin que l'enquête soit possible à mener. C'est pourquoi les ergothérapeutes somatiques travaillant sur la réadaptation ne sont pas sur les lieux de vie au contraire des ergothérapeutes issus de la psychiatrie qui sont sur le lieu de vie. Ainsi, ils ne répondaient chacun qu'à un seul critère d'inclusion maximum (être issu du milieu somatique et être sur le lieu de vie). En effet, il n'existe pas en France d'ergothérapeutes réalisant exactement ce qui est questionné ici. De plus, il n'était pas possible de questionner la pratique d'ergothérapeutes dans d'autres pays, car les systèmes de santé et surtout le système pénitentiaire sont très différents et non transposables. Cependant, nous avons pu mettre en évidence que développer la pratique afin de combler les lacunes actuelles pourrait être pertinent.

Un autre biais de méthodologie pouvant être présent dans ce travail est limité au recueil d'informations. En effet, la même grille d'entretien a été utilisée avec les ergothérapeutes du milieu pénitentiaire issus du somatique et ceux issus de la psychiatrie.

J'ai donc été déstabilisée lors de la passation du premier entretien avec un des ergothérapeutes en psychiatrie, car certaines questions ne correspondaient pas assez spécifiquement au besoin de la recherche. De plus, j'ai dû reformuler de nombreuses questions et ajouter certaines questions de relances pour recueillir plus de précisions. Ainsi, malgré un but identique d'identifier des éléments communs, il aurait sans doute été plus pertinent de créer une deuxième grille d'entretien allant chercher plus de détails sur certains points et entrant moins dans le détail sur d'autres éléments moins pertinent par rapport à l'axe de recherche souhaité.

B. Limites

Une recherche peut aussi comprendre les limites, qui sont des « borne[s], point[s] au-delà desquels ne peuvent aller ou s'étendre une action, une influence, un état, etc » (Larousse, 2022). Ainsi, on comprend qu'une limite est un élément pouvant gêner l'enquête. Ceci induit donc que cela pourrait potentiellement être amélioré. Dans ce travail, plusieurs limites sont identifiables.

D'une part, on peut se questionner sur la bibliographie. En effet, certains articles importants tels que le recensement du handicap en détention par Aline Desquelles sont des études datant de plus de 20 ans ce qui nous permet tout de même de remettre en question les chiffres trouvés à l'époque, car les lois en matière de détention et de santé ont depuis évolué. Ainsi, on pourrait donc penser qu'ils ne correspondent plus totalement à la réalité du terrain en 2021. D'autre part, il y a assez peu de littérature sur l'exercice de l'ergothérapie en milieu carcéral en France. Ainsi, il y a assez peu de ressources sur lesquelles se baser pour établir les concepts théoriques. De plus, comme il y a peu d'auteurs, il y a assez peu d'avis et d'expériences différentes qui peuvent être remontés au travers de ces publications. Ces sources permettent tout de même d'établir une première entrée dans ce domaine spécifique.

De plus, une limite concernant la passation des entretiens apparaît aussi. En effet, un des entretiens à durée moins longtemps, car il a dû être interrompu pour des raisons professionnelles, c'est pourquoi on peut imaginer que les réponses seront moins développées et plus hâtives que sur les 4 autres entretiens malgré le fait qu'il puisse tout de même apporter des éléments intéressants et utilisés lors de l'analyse.

Enfin, il aurait également été intéressant d'interroger les détenus qui sont les premiers concernés par la restriction occupationnelle. Cependant, cela n'a pas été possible

au vu de la loi Jardé²⁶ et des limites en temps alloués à ce travail. De plus, les démarches pour se rendre dans un établissement pénitentiaire en tant que visiteur sont très complexes et extrêmement longues. On aurait alors pu imaginer interroger des détenus ayant déjà exécuté leur peine et ayant retrouvé le milieu ordinaire, mais ces personnes sont souvent perdues de vue par les structures (ici aussi, la loi Jardé s'applique).

3. Apports et perspectives

A. Apports personnels

Ce travail m'a permis de découvrir et de développer mes compétences dans la démarche de recherche scientifique. Réaliser et suivre une méthodologie de recherche au travers de ce travail sont des atouts, car il est important de faire évoluer la pratique cela correspond d'ailleurs à la compétence 7 du décret de 2010 sur la réflexion professionnelle. Ainsi, il est important d'effectuer une veille d'information afin d'actualiser nos connaissances. La démarche de recherche permet également de légitimer notre pratique professionnelle et nos compétences auprès d'un large public.

Par ce mémoire, j'ai approfondi mes connaissances sur un sujet qui m'intéresse et me questionne. L'aboutissement de ce travail m'a montré l'importance de l'accompagnement ergothérapeutique et les difficultés auxquelles les ergothérapeutes peuvent être confrontés dans leur pratique.

B. Apports pour la profession et perspectives de travail

Ce travail d'initiation à la recherche a permis de recueillir différents témoignages d'ergothérapeutes exerçant en détention. J'ai cependant été confrontée à un manque de publication important sur ce sujet, ainsi qu'à une ancienneté pour les écrits déjà réalisés (souvent plus de 20 ans) sur le handicap et l'ergothérapie en détention. Ainsi, j'espère que ce travail permettra de réactualiser les connaissances sur le domaine pénitentiaire, tout en faisant émerger de nouvelles pistes de réflexions.

Il pourrait être intéressant de questionner directement l'expérience des patients détenus, afin de les confronter aux retours des ergothérapeutes. Je souhaitais interroger directement les détenus, mais au vu du temps imparti et des contraintes pour interroger des

²⁶ Source : S-Fournier, L. (2013) *La loi Jardé : une nouvelle loi régissant la recherche médicale*, *Hegel* n°3, 2012-2013 (p. 47 à 50)

patients, cela n'a pas pu se faire. Je pense que cela pourrait être pertinent afin de recueillir des informations auprès des premiers concernés par leurs occupations sur les lieux de vie.

À son niveau, cette étude ouvre à des perspectives de recherche sur la vision du handicap en détention. En effet, si même des médecins sont contre la présence de personnes présentant un handicap en détention (thème abordé par une ergothérapeute), cela peut questionner sur leur traitement et la légitimité qui peut être donnée à leurs plaintes et leurs besoins.

D'autre part, comme a pu le dire une ergothérapeute dans son entretien et comme cela transparaît dans certains écrits dont celui d'Aline Desquelles, la population carcérale est vieillissante en détention depuis déjà plusieurs années. Ainsi, il est possible de se questionner sur la place et l'accompagnement de la personne âgée en milieu carcéral.

Enfin, la création d'une équipe mobile ou d'un mi-temps présent sur les différents lieux de vie des détenus pourrait peut-être répondre à un besoin malgré certaines limites. Cet élément serait pertinent à approfondir.

La démarche de réflexion théorique puis méthodologique autour de ce sujet permet d'établir la question de recherche d'ouverture : **dans quelle mesure l'intervention d'un ergothérapeute au sein d'une équipe mobile ou d'un mi-temps sur le lieu de vie, permettrait-elle l'amélioration de la vie quotidienne d'un détenu âgé ou d'une personne en situation de handicap ?**

V - Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche a pour but d'explorer l'accompagnement de l'ergothérapeute quant à la performance du détenu avec une déficience motrice dans ses occupations, dans son lieu de vie. Pour y répondre, une enquête basée sur des entretiens a été réalisée auprès de cinq ergothérapeutes travaillant en milieu carcéral, dans le domaine somatique en hôpital carcéral et psychiatrique sur le lieu de vie du détenu.

Ce travail a permis de répondre à la question de recherche et de valider partiellement l'hypothèse : « L'ergothérapeute intervient sur l'accessibilité qui impacte les occupations des détenus avec une déficience motrice ». En effet, ce mémoire m'a permis de me rendre compte que l'ergothérapeute agit sur l'accessibilité, afin de permettre l'accomplissement de ses occupations au détenu présentant une déficience motrice au travers de moyens rééducatifs ou de réadaptation (aides techniques par exemple) malgré des difficultés propres au milieu pénitentiaire (cloisonnement des champs d'action, temps, ...).

Ce travail d'initiation à la recherche m'a apporté un enrichissement à la fois personnel et professionnel car il m'a permis d'approfondir mes connaissances théoriques et pratiques sur ce sujet. De plus il m'a permis d'améliorer mes compétences rédactionnelles qui seront bénéfiques pour ma future pratique professionnelle. La rédaction du cadre théorique et de l'enquête m'a permis de développer mes capacités d'organisation et d'autonomie.

L'achèvement de ce travail a ouvert ma réflexion sur la place et l'accompagnement de la personne âgée en détention ainsi que l'intérêt de la mise en place d'une équipe mobile ou d'un mi-temps en ergothérapie sur les lieux de vie afin de favoriser l'occupation des détenus :

« Dans quelle mesure l'intervention d'un ergothérapeute au sein d'une équipe mobile ou d'un mi-temps sur le lieu de vie, permettrait-elle l'amélioration de la vie quotidienne d'un détenu âgé ou d'une personne en situation de handicap ? »

Bibliographie

Monographie

Bertaux, D. (2006). Le récit de vie, l'enquête et ses méthodes : *L'analyse thématique* (2e éd.). (p.93-94) Paris : Armand Colin.

Desquelles, A. (2001) Le handicap en milieu carcéral en France : quelles différences avec la situation en population générale ? Institut National d'étude démographique.

Fougeyrollas, P. et al (2020). Classification internationale. Modèle de développement humain-Processus de production du handicap (MDH-PPH). Québec : RIPPH

Leeuwerck, I (2000). L'ergothérapie en milieu carcéral. Expériences en ergothérapie, treizième série, Sauramps médical, page 108 - 111.

Kielhofner G. (2008) Model of Human Occupation, 4ème édition , Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins

Mignet, G., & al. (2017). *Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)*. Dans Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. Dirigé par M-C. Morel-Bracq (p. 72-84). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Morel-Bracq, M-C. (2017). *Introduction*. Dans Les modèles conceptuels en ergothérapie, Introduction aux concepts fondamentaux. Dirigé par M-C. Morel-Bracq (p.1-11). Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

OMS (2001). Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap de la santé. Genève : OMS.

Ponganne, A. (2019). L'accompagnement ergothérapique des patients/détenus dans la reprise de l'autonomie en U.H.S.A.. Médecine humaine et pathologie. [<dumas-02387175>](#)

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). Manuel de recherche en sciences sociales (3e éd.). Paris : Dunod.

Tétreault, S. et Guillez, P. (Dir.) (2014). *Entretien de recherche*. Dans guide pratique de recherche en réadaptation. (p 215-245) Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.

Article de périodique

Desquelles, A. et al (2002) « Le handicap est plus fréquent en prison qu'à l'extérieur », *Insee première*, n° 854

Guillonnet, M. et Kensley, A. (1997) La santé en milieu carcéral - Éléments d'analyse démographique. *Revue Française des affaires sociales* (n°1, janvier-mars 1997) p. 41-60.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers* (n° 102-3), p. 23-34.
<https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Le Roux, V. (1997) L'ergothérapie fonctionnelle : une création de poste à l'hôpital carcéral de Fresnes. *Journal d'Ergothérapie*. (n° 19), pages 14-18.

S-Fournier, L. (2013) La loi Jardé : une nouvelle loi régissant la recherche médicale, *Hegel* (n°3, 2012-2013), p. 47 à 50.

Document juridique

Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction. (2010)
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022897082/>

Arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées. (2016)
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033787106?isAdvancedResult=&page=2&pageSize=10&query=d%C3%A9tenu+handicap%C3%A9s&searchField=ALL&searchProximity=&searchType=ALL&tab_selection=all&typePaging=DEFAULT

Loi N°2005-102 12 Mai 2011. Définition du handicap. MDPH. (2011)
http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=111 &itemid=82

Article d'un dictionnaire

Larousse (2022). *Limite*. In *Larousse en ligne*. Consulté le 21 mai 2022 à l'adresse
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/limite/47184>

Le Robert (2021). *Détenu*. In *Le Robert en ligne*. Consulté le 5 juin 2021 à l'adresse
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/detenu>

Le Robert (2021). *Discussion*. In *Le Robert en ligne*. Consulté le 5 juin 2021 à l'adresse
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/discussion>

Le Robert (2022). *Biais*. In *Le Robert en ligne*. Consulté le 21 mai 2022 à l'adresse
<https://dictionnaire.lerobert.com/definition/biais>

Site internet

ANFE. (6 juillet 2021). *La profession*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes <https://anfe.fr/la-profession/>

APF. (9 février 2021). *La déficience motrice*. Association des Paralysés de France. <https://informations.handicap.fr/a--3047.php>

APF. (6 décembre 2021). *Plaidoyer APF France handicap – Ban public : Prison & handicap : non à la double peine !* Association des Paralysés de France https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/plaidoyer_gin_prison-vdef-ok2.pdf

EPSNF. (03 mai 2021). *Établissement Public de Santé National de Fresnes*. Établissement Public de Santé National de Fresnes <https://www.epsnf.fr/>

Claude, G (2019, consulté le 05 avril 2022). *La retranscription d'un entretien : outils, étapes et exemple*. Scribbr <https://www.scribbr.fr/methodologie/retranscription-entretien/>

CNSA. (2018, consulté le 05 avril 2022). *Droits et prestations attribués par les MDPH aux personnes handicapées*. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie https://www.78-92.fr/fileadmin/user_upload/Dispositifs/HAUTS_DE_SEINE/PSOL/MDP_H/DroitsPrestationsMDPH_2019.pdf

Fovet-Rabot, C. (2015, consulté le 22 mai 2022). *Rédiger la discussion de l'article scientifique en 6 points*. CIRAD <http://url.cirad.fr/ist/discussion>

Ministère de la Justice. (2007, consulté le 07 février 2022) *Une journée type en prison*. Justice.gouv.fr <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/une-journee-type-en-prison-12005.html>

Ministère de la Justice. (2014, consulté le 07 février 2022). *Unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues*. Justice.gouv.fr http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Carte_struct_medec.pdf

Ministère de la Justice. (2020 a, consulté le 19 décembre 2021). *L'administration pénitentiaire*. Justice.gouv.fr http://www.justice.gouv.fr/art_pix/carte_penitentiaire_2015.pdf

Ministère de la Justice. (2020 b, consulté le 07 février 2022). *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice*. Justice.gouv.fr http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PPSMJ_2020_v5.pdf

Ministère de la Justice. (2020 c, consulté le 07 février 2022). *Statistiques annuelles de milieu ouvert*. Justice.gouv.fr http://www.justice.gouv.fr/art_pix/STAT_SAMO_2020.pdf

Ministère de la justice (2021 a, consulté le 13 mars 2021). *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. (2021 b, consulté le 07 février 2022). *Mesure de l'incarcération*. Justice.gouv.fr http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_mensuelle_2106.pdf

Ministère de la Justice. (2021 c, consulté le 07 février 2022). *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice*. Justice.gouv.fr http://www.justice.gouv.fr/art_pix/PPSMJ_2021_vf.pdf

Ministère de la Justice. (2021 d, consulté le 07 février 2022). *Statistique trimestrielle des personnes écrouées et détenus*. Justice.gouv.fr http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Trim_2101.pdf

Ministère des Solidarités et de la Santé. (29 septembre 2021). *Les personnes détenues : Pour un accès équitable aux soins et à la protection sociale équivalent à celui de la population*. Solidarité-santé-gouv.fr <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenees-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenees>

Nation Unies des droits de l'homme. (7 décembre 2021). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Nation Unies des droits de l'homme. <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/conventionrightspersonswithdisabilities.aspx>

OIP. (2020, consulté le 07 février 2022) *Les prisonniers restent-ils enfermés toute la journée dans leur cellule ?* Observatoire international des prisons. <https://oip.org/en-bref/les-prisonniers-restent-ils-enfermes-toute-la-journee-dans-leur-cellule/>

OMS. (14 mars 2021) *Handicap*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/topics/disabilities/fr/>

Petitot. P. (26 nov 2021, consulté le 6 décembre 2021). *Handicap : les prisons toujours déficientes*. Observatoire international des prisons. <https://oip.org/analyse/handicap-les-prisons-toujours-deficientes/>

SIFEF. (16 mai 2022) *Formation*. Syndicat des instituts de formation en ergothérapie française. <https://www.sifef.fr/formation/>

SIFEF. *La profession*. Syndicat des instituts de formation en ergothérapie française. <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des personnes placées sous main de justice	I
Annexe 2 : Tableau récapitulatif du milieu fermé, démographie	II
Annexe 3 : Carte de l'administration pénitentiaire	III
Annexe 4 : Tableaux récapitulatifs sur le handicap en détention	IV
Annexe 5 : Carte des unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues	VI
Annexe 6 : Grille d'entretien	VII
Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement	IX
Annexe 8 : Retranscription verbale de l'entretien EA	XI
Annexe 9 : Grille vierge de thématization des entretiens et de synthèse des citations	XIX
Annexe 10 : Tableaux de synthèses des résultats thématiques	XX

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des personnes placées sous main de justice
(Ministère de la Justice, 2021 c)

MILIEU FERME			MILIEU OUVERT				
Eroués			Non éroués				
Détenus			Non détenus				
Prévenus	Condamnés		Mesures post-sentencielles	Ajournements	Alternative aux poursuites	Mesures présentencielles	
Détention simple	Détention simple, placement à l'extérieur avec hébergement, semi-liberté	Placement sous surveillance électronique, placement à l'extérieur sans hébergement	Mesures de sûreté : suivi socio judiciaire, surveillance judiciaire, placement sous surveillance électronique mobile	Contrainte pénale, interdiction de séjour, libération conditionnelle, travail d'intérêt général (TIG), sursis assorti d'un TIG, sursis avec mise à l'épreuve, stage de citoyenneté, suspension de peine pour raison médicale	Ajournement avec mise à l'épreuve, ajournement aux fins d'investigation, ajournement avec injonction	Travail non rémunéré, rappel à la loi, orientation vers des structures adaptées, régularisation de la situation, réparation du dommage causé, médiation, composition pénale, éviction du domicile conjugal	Contrôle judiciaire, assignation à résidence sous surveillance électronique, assignation à résidence sous surveillance électronique mobile

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des personnes placées sous main de justice

Annexe 2 : Tableau récapitulatif du milieu fermé, démographie
(Ministère de la Justice, 2021 b)



Tableau 4 : Tableau récapitulatif du milieu fermé, démographie

Annexe 3 : Carte de l'administration pénitentiaire (Ministère de la Justice, 2020 a)

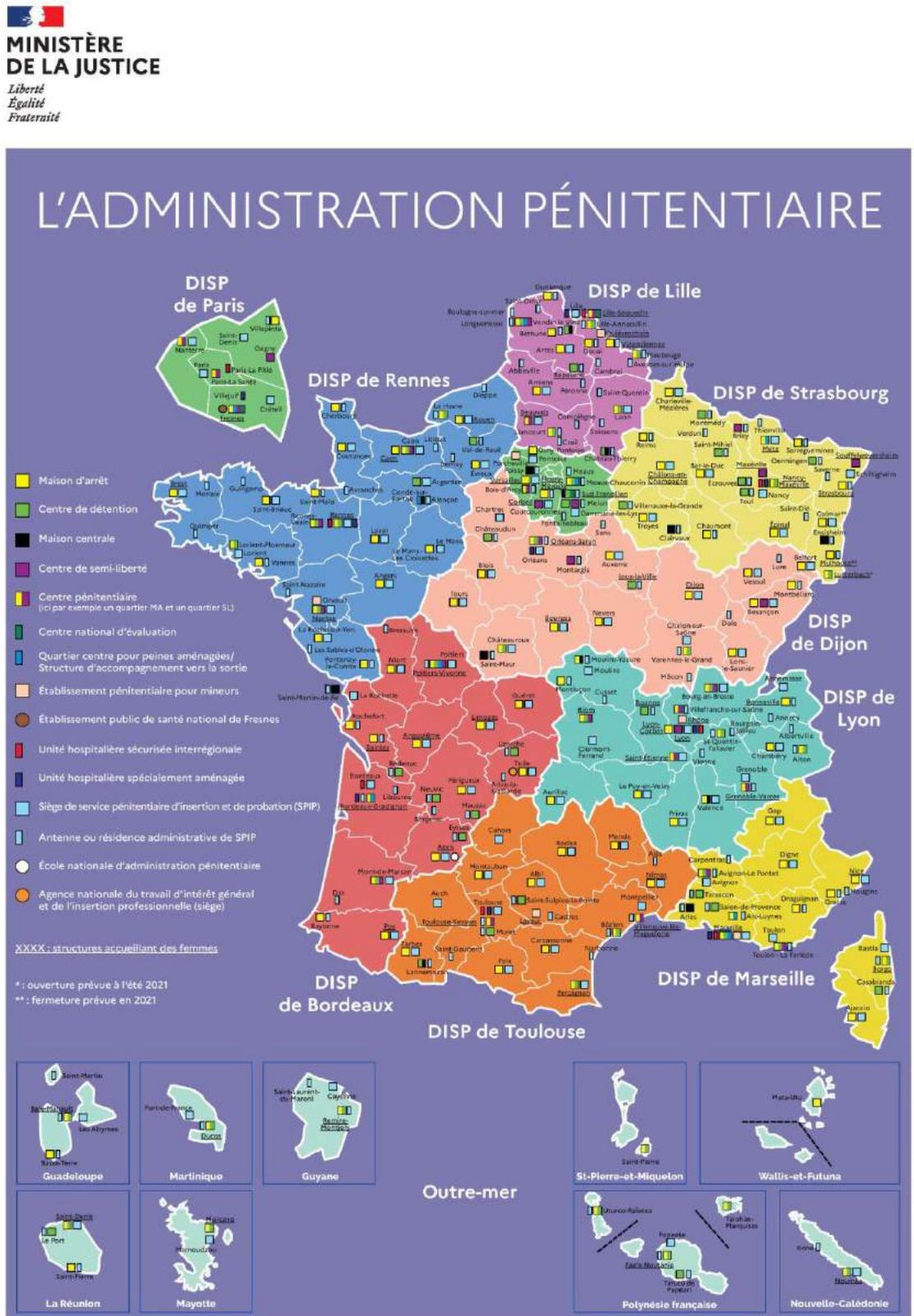


Image 8 : Carte de l'administration pénitentiaire

Annexe 4 : Tableaux récapitulatifs sur le handicap en détention

(A. Desquelles, 2001)

Nature des déficiences ^(a)	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble des personnes détenues	Ensemble de la population libre ^(b)
Déficience motrice	18,4	29,2	30,9	24,6	11,3
dont :					
<i>Déficience du tronc</i>	7,1	13,8	13,3	10,8	5,9
<i>Déficience d'un seul bras</i>	4,5	5,6	6,7	5,2	1,9
<i>Déficience d'une seule jambe</i>	4,2	6,2	3,3	5,0	1,8
Déficience visuelle	5,9	10,2	20,2	9,5	4,3
Déficience auditive	5,3	11,4	29,9	10,9	5,0
Déficience du langage ou de la parole	4,5	4,4	6,1	4,7	1,4
Déficience viscérale ou métabolique	11,7	23,8	39,1	20,3	8,8
dont :					
<i>Déficience cardio-vasculaire</i>	2,3	8,0	21,7	7,1	2,2
<i>Déficience respiratoire</i>	4,7	7,2	12,1	6,7	2,2
<i>Déficience du tube ou des organes digestifs</i>	2,4	6,7	6,3	4,8	2,6
Déficience intellectuelle ou du psychisme	45,8	45,7	36,8	44,7	14,6
dont :					
<i>Troubles du comportement, troubles de la personnalité et des capacités relationnelles</i>	17,0	13,6	6,0	14,2	0,3
<i>Perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire, désorientation spatio-temporelle</i>	11,3	13,6	9,4	12,1	1,2
Autres déficiences	4,2	11,4	22,7	9,6	3,0
dont :					
<i>Problèmes dentaires</i>	1,7	6,6	17,5	5,7	n.d.
<i>Vertiges</i>	1,3	1,5	2,2	1,5	0,1
<i>Déficiences esthétiques</i>	0,6	1,8	2,0	1,3	1,0
Inconnue	3,0	3,2	7,9	3,7	1,2
Au moins une déficience	60,8	70,8	82,5	67,8	32,8

^(a) On a fait figurer dans ce tableau les grands groupes de déficiences repérés par l'enquête et, pour chacun d'eux, les déficiences les plus fréquemment déclarées.

^(b) La population libre recouvre la population vivant en ménages ordinaires et en institutions sociosanitaires. Les taux de prévalence ont été standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999.

Tableau 5 : Nature des déficiences en milieu carcéral : prévalence selon l'âge et comparaison avec l'ensemble de la population (en %)

Part des personnes ayant déclaré	18-29 ans	30-49 ans	50 ans ou plus	Ensemble de la population carcérale	Ensemble de la population libre ^(a)
Avoir :					
Des difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	0,4	2,3	4,4	1,7	1,4
Des difficultés d'élimination	0,7	0,6	2,9	0,9	0,7
Des difficultés de transferts et/ou de déplacements	1,7	4,0	9,1	3,6	1,4
Des difficultés pour voir, entendre ou parler	11,1	18,5	36,2	17,3	5,7
Des difficultés de souplesse et/ou de manipulation	3,3	6,5	13,3	5,9	2,9
Au moins une incapacité physique	14,7	24,5	45,1	22,7	8,1
Des difficultés d'orientation dans le temps	12,1	12,9	10,1	12,3	2,1
Des difficultés d'orientation dans l'espace	0,8	2,1	1,1	1,8	1,0
Des difficultés de communication	1,1	1,9	1,8	1,5	0,5
D'autres problèmes de comportement	37,2	32,7	24,6	33,7	12,4 ^(b)
Au moins une incapacité	45,8	49,2	59,5	48,9	13,0 ^(b)
Être limitées dans leurs activités en raison d'un problème de santé	22,9	31,3	41,3	29,0	4,8 ^(b)
Avoir obtenu une reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	3,2	9,7	16,2	7,6	6,7

^(a) Les taux de prévalence ont été standardisés selon la structure par sexe et âge de la population carcérale.

^(b) Le chiffre donné à titre de comparaison ne concerne que les personnes en ménages ordinaires.

Sources : enquêtes VQS-prisons et HID-prisons 2001, enquêtes HID 1998 et 1999, enquête VQS-ménages 1999.

Tableau 6 : Prévalence des incapacités en milieu carcéral et comparaison avec l'ensemble de la population (en %)

	Détenus		Ensemble des détenus
	Ayant un besoin d'aide	Ayant une limitation d'activité	
Âge			
18-29 ans	30	34	44
30-49 ans	55	48	44
50 ans ou plus	15	18	12
Ancienneté de l'incarcération			
Moins de 2 ans	56	57	62
5 ans ou plus	23	20	16
Type d'établissement			
Maison d'arrêt	71	68	71
Centre de détention	29	32	29
Nature des déficiences			
Pas de déficience	1	1	32
Déficience intellectuelle ou du psychisme	67	65	45
Déficience motrice	63	54	25
Déficience viscérale ou du métabolisme	39	45	20
Déficience visuelle	17	17	10
Déficience auditive	27	19	11
Déficience du langage	11	9	5
Problèmes dentaires	8	8	6
Incapacités			
Difficultés de comportement/d'orientation	60	54	39
Difficultés de toilette et/ou d'habillement et/ou d'alimentation	10	5	2
Difficultés d'élimination	8	3	1
Difficultés de transferts et/ou de déplacements	13	11	4
Difficultés pour voir, entendre ou parler	41	30	17
Difficultés de souplesse et/ou de manipulation	27	17	6
Limitation d'activité	67	100	29
Reconnaissance officielle d'un taux d'incapacité	27	21	8
État de santé perçu			
Bon ou très bon	36	33	64
Moyen	37	42	26
Médiocre ou très mauvais	27	25	10
Besoin d'aide			
Besoin d'aide humaine	38	8	3
Besoin d'aide technique	49	10	4
Besoin d'aménagements de la cellule	45	8	4

Sources : enquête HID-prisons 2001, enquête VQS-prisons 2001.

Tableau 7 : Principales caractéristiques des détenus ayant déclaré un besoin d'aide (en %)

Annexe 5 : Carte des unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues (Ministère de la justice, 2014)

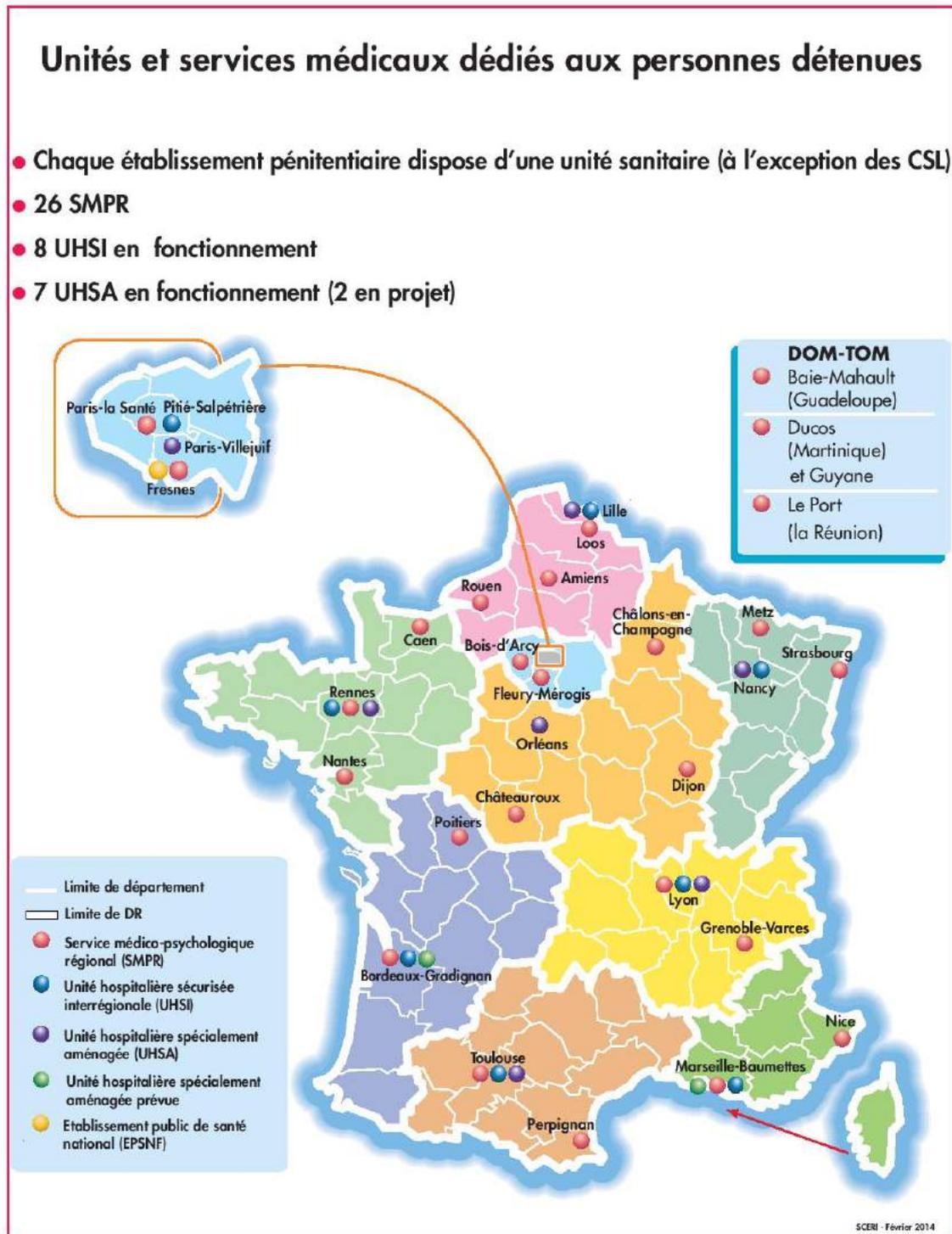


Image 9 : Carte des unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues

Annexe 6 : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Partie 1 : Présentation de l'enquête

Je suis Laure Alduini, étudiante en 3ème année à l'institut de formation ADERE à Paris. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je m'intéresse aux situations de handicap moteur de détenu et plus précisément sur leur performance dans les occupations. L'objectif de cet entretien est de recueillir des éléments qui me permettront de confronter les données théoriques avec ce que sont les ergothérapeutes sur le terrain. Les données recueillies seront retranscrites dans l'anonymat et non soumises à un jugement de valeur. Vous êtes libre de répondre ou non à une question, vous pouvez m'interrompre quand vous le souhaitez ou me poser des questions si vous avez besoin de plus d'information. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour me permettre d'être plus attentive pendant l'entretien. Êtes vous d'accord pour que je vous enregistre ?

Avant de commencer, lorsque nous parlerons de patients ou de détenus, si cela n'est pas précisé, il s'agira de considérer que nous parlons de personnes présentant une déficience motrice, c'est-à-dire une atteinte de la motricité altérant la capacité du corps ou d'une partie à se mouvoir pouvant engendrer des incapacités et des situations de handicap.

Avez-vous des questions sur le déroulé de l'entretien ?

Partie 2 : Questions et ouverture

Question principale	Questions secondaires et relances	Objectifs
Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?	<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand êtes-vous diplômé ? - Quel est votre parcours professionnel et avez-vous des formations complémentaires ? - Comment avez-vous été amené à travailler dans ce milieu ? Quelles étaient vos motivations/intérêts particuliers ? - Dans quel type de structure avez-vous travaillé en lien avec les détenus ? - Quand et durant combien de temps avez-vous accompagné des détenus ? 	→ <i>Présentation</i>
Pouvez-vous me parler des particularités relevant de l'accompagnement de patients en milieu carcéral par rapport au milieu classique ?	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, quelles sont les différences entre les patients-détenus par rapport au milieu classique ? - Combien de détenus présentant une déficience motrice accompagnez-vous ou avez-vous accompagné ? 	→ <i>Population d'intérêt</i>

<p>Selon vous, quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les détenus avec une déficience motrice dans l'accès à l'occupation dans leur détention d'origine ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, quelles occupations sont les plus limitées chez les détenus avec une déficience motrice ? - Pensez-vous qu'un accès à l'occupation de ces détenus est différent entre votre lieu de pratique et leur lieu de détention d'origine ? - Est ce que certains patients se retrouvent limité dans leur occupation ? <i>Si oui, auriez-vous un ou des exemples ?</i> - Les détenus avec une déficience motrice rencontrent-ils des difficultés supplémentaires que des détenus classiques. - Est ce que vos patients soulèvent des demandes particulières au niveau de la prise en charge concernant leurs occupations ? <i>Si oui, auriez-vous un ou des exemples ?</i> 	<p>→ <i>Difficultés occupationnelles</i></p> <p>+ <i>Lien avec accessibilité</i></p>
<p>Dans la littérature, la problématique de l'accessibilité a été très largement mise en avant. Selon-vous quel impact cela a-t-il sur l'occupation des détenus avec déficience motrice ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est l'accessibilité sur votre lieu d'exercice ? <ul style="list-style-type: none"> o Est-ce adapté à vos patients ? o Des choses sont-elles mises en place pour pallier les problèmes d'accessibilité ? - Des patients se sont t'il déjà plein de cette problématique auprès de vous ? <i>Auriez-vous un exemple ?</i> 	
<p>Pouvez-vous me décrire votre travail en tant qu'ergothérapeute au sein du milieu carcéral concernant l'accès aux occupations des détenus ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles actions/activités mettez-vous en œuvre ? - Réalisez-vous des bilans pour évaluer les capacités et incapacités des patients ? - Est-ce que vous accompagnez dans la reprise de l'autonomie occupationnelle des patients ? Comment faites-vous ? - Est-ce que vous travaillez en collaboration avec d'autres professionnels ? - Quels sont vos axes de travail général ? Et plus précisément auprès de patients avec une déficience motrice ? <i>Auriez-vous un exemple ?</i> - Où travaillez-vous ? En chambre, salle commune, gymnase, ... ? - Utilisez-vous un modèle conceptuel dans votre pratique ? Et utilisez-vous des outils qui en découlent ou qui s'appuient dessus ? 	<p>→ Missions et moyens</p>
<p>Pensez-vous qu'un ergothérapeute aurait un rôle dans l'accès à l'occupation des détenus présentant une déficience sur leur lieu de vie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sur leur lieu de vie, qu'est ce qui pourrait les aider au mieux afin de faciliter leur accès à l'occupation ? - A votre échelle, qu'avez vous déjà pu mettre en place ou qu'aimeriez vous faire ? - Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accès à l'occupation des détenus dans leur vie quotidienne ? 	<p>→ <i>Ouverture</i></p>
<p>Souhaitez-vous ajouter des éléments supplémentaires ?</p>		

Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Projet : Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation du diplôme d'ergothérapie

Titre du projet :

Détenu présentant une déficience motrice : Performance dans les occupations

Identification :

Chercheurs responsables du projet : Laure ALDUINI, étudiante en ergothérapie à l'institut de formation ADERE Paris

Courriels : laure.alduni@gmail.com

Objectif du projet :

Dans le cadre de mes études en ergothérapie, je suis amenée à me questionner sur les occupations des détenus présentant une déficience motrice. Ainsi, je souhaite réaliser des entretiens avec des professionnels de ce milieu afin de recueillir des informations essentielles pour pouvoir étoffer ma recherche. L'analyse de ces éléments sera comparée à la théorie relevée dans différentes lectures et analysée afin de les confronter à mon hypothèse qui avait pu en découler.

L'objectif principal de cette recherche est donc de recueillir la réalité du terrain au travers de la subjectivité des professionnels du milieu d'intérêt.

Modalité de votre participation :

Votre participation à la recherche qualitative est volontaire et gratuite. Elle consiste à donner une entrevue au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire votre profession vécue auprès de détenus présentant une déficience motrice. Les questions ne vous seront pas fournies à l'avance afin de permettre une meilleure spontanéité dans l'échange. Vous demeurez libres de ne pas répondre à l'intégralité des questions posées et de mettre fin à votre participation quand vous le souhaitez sans fournir d'explication. Cette entrevue est enregistrée numériquement avec votre permission et prendra environ une heure de votre temps. Cet entretien sera réalisé par moi-même, Laure ALDUINI suivant vos disponibilités, par visioconférence. Vous acceptez que je puisse utiliser aux fins de la présente recherche les renseignements recueillis.

Un résumé des résultats de la recherche vous sera transmis au terme du projet si vous le souhaitez. **Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.**

Diffusion et conservation des documents et enregistrements fournis :

Les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont utilisés à des fins de recherche. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par moi-même, Laure ALDUINI. Les résultats seront utilisés dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche de fin d'étude auprès de mon école et pourront éventuellement être publiés.

Des questions sur le projet ou sur vos droits ?

Pour toute question additionnelle sur vos droits en tant que participant de recherche, sur le déroulement des entretiens, vous pouvez me contacter à l'adresse mail citée au début de ce document.

Signature :

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord de manière libre et éclairée pour participer à l'étude.

Participant

Date : .../.../...

Nom :

Signature :

Investigateur

“Je déclare avoir expliqué le but, la nature, du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées”

Date : /.../...

Nom :

Signature :

Annexe 8 : Retranscription verbale de l'entretien EA

Q : Alors pour commencer, pourrais-tu te présenter en quelques mots ?

EA : Donc moi, je suis [*Prénom, Nom*]. Je suis diplômée depuis 2021 heu de l'IFE de [*Ville*] et je travaille du coup à [*Nom de la structure*] depuis septembre 2021.

Q : Ok. Comment as-tu été amenée à travailler dans ce milieu et quelles étaient par exemple tes motivations ou intérêt particulier pour ce milieu qui est quand même un peu différent des milieux habituels ?

EA : Heu ... Ben en fait, j'ai fait un stage là-bas quand j'étais étudiante et on m'a proposé un poste et comme le stage m'avait bien plus j'ai accepté.

Q : D'accord. Du coup, je ne sais plus si tu l'as précisé, mais depuis quand travailles-tu dans cette structure ?

EA : Depuis septembre 2021

Q : Et du coup. Est-ce que ce serait possible que tu me parles des particularités relevant de l'accompagnement de patient en milieu carcéral par rapport au milieu classique ?

EA : Alors, les différences heu.... Bah le départ il n'y a pas trop de différence. On prend le patient, on fait les bilans etc. C'est juste que pour euh par exemple si tu veux faire une toilette thérapeutique heu ou tu veux aller juste dans la chambre du patient, tu es obligée de demander l'accès et les clefs soit à un soignant soit au surveillant. Donc c'est vrai que tu as beaucoup moins accès au patient que dans un milieu ordinaire. Après, du coup oui, c'est ultra contrôlé heu comparé à un milieu classique. Et c'est surtout pour l'après où là tu as beaucoup plus de mal à avoir une vision sur le long terme puisque le patient après il va retourner en détention. Et toi, tu peux, on peut le mettre en situation par ce qu'on a ce qu'il faut à l'hôpital, mais par exemple, on ne peut pas aller à l'extérieur, ce que tu fais dans un centre de rééducation classique, tu l'emmènes faire les courses ect. Alors que nous, ça c'est pas possible par exemple.

Q : D'accord et du coup plus précisément par rapport à la population qui m'intéresse. Du coup les détenus avec une déficience motrice. Est-ce que c'est une population qui est relativement fréquente dans ton accompagnement ou pas spécialement ?

EA : Si, nous, on a pratiquement que ça en fait. Que des gens qui vont avoir une déficience motrice soit temporaire ou soit qui va ... durée sur le long terme.

Q : D'accord et du coup, selon toi quelles sont les difficultés que peuvent rencontrer les détenus avec une déficience motrice dans l'accès à l'occupation Heu dans par exemple leur aussi leur détention d'origine ?

EA : Ben après à l'hôpital, c'est un peu difficile parce qu'en fait, ils sont vachement aidés par les équipes. Donc finalement, nous, on va faire les bilans et puis les équipes vont les aider dans tout ce qu'ils ne peuvent pas faire seul. Après les patients sont toujours très demandeurs donc ils vont quand même, il y en a qui vont essayer. C'est souvent leur motivation aussi. Il y en a qui vont essayer d'eux même et d'autres pas du tout. Ça dépend de leur conscience de leur pathologie aussi. Après heu, la problématique oui elle se pose plus c'est dans leur détention initiale puisque bah heu, ils peuvent avoir un gros souci, finir en fauteuil roulant par exemple et les détentions elles ne sont pas munies d'un ascenseur et donc leur cellule initiale, elle peut être à l'étage et là, il aurait besoin

d'une cellule en rez-de-chaussée voir d'une cellule PMR et là, c'est beaucoup plus compliqué à obtenir. Par exemple, après-heu en fait ça dépend aussi. Fin, souvent, ils s'arrangent avec leur co-détenu quand ils sont dans des chambres à plusieurs quand ils ont un problème, ils ont le lit du rez-de-chaussée. Mais encore faut-il s'entendre. Fin, c'est plein de petits soucis comme ça. C'est l'accès à la chambre, l'accès aux parties communes, aux douches etc, la cour de promenade. Ça, par contre, c'est plus problématique quand ils retournent en détention.

Q : D'accord, et du coup heu... je me permets de réfléchir à la formulation plus précise de ma question.

EA : Y a pas de soucis, vas y.

Q : Du coup dans ce que tu viens d'expliquer selon toi, les détenus avec une déficience motrice rencontrent davantage de difficultés que des détenus classiques qui peuvent être davantage limités dans leurs occupations que juste dû à la loi qui encadre les prisons et du coup l'ensemble des détenus ?

EA : Heu oui, totalement parce que nous par exemple à l'hôpital, on va pouvoir leur préconiser des aides techniques, mais heu, on essaie de faire attention au fait qu'elles soient acceptées en détention, mais c'est pas certain. En fait, ça dépend des détentions. En fait, y en a qui vont accepter, y en a qui ne vont pas accepter donc ça par exemple, nous, on va les rendre les plus indépendants possible avec une aide technique et puis il vont se retrouver en détention sans par exemple.

Q : ok

EA : Donc oui, après, il faut qu'il se réhabitue. Fin, nous, on n'a pas... en fait on va essayer de les réhabituer à leur vie heu avant leur problème de santé pour qu'il puisse retourner en détention sans avoir trop de difficultés. Mais heu, on n'a pas les mêmes conditions donc finalement eux, ils vont découvrir sur le tas. Mais heu on sait par exemple qu'ils peuvent se faire à manger. Nous on a les conditions de l'hôpital. Mais, c'est pas du tout les mêmes conditions en détention et du coup bah, je pense que même pour ça c'est plus compliqué quoi.

Q : Et du coup, est-ce que selon toi il y a des occupations plus particulières qui sont davantage limitées chez un détenu avec une déficience motrice ?

EA : Je réfléchis, mais heu ... Bah je sais que par exemple que pour la douche, ils nous le précisent tout le temps les patients qu'en général, c'est les douches comme à la piscine en détention. Et du coup ben, c'est pas pratique pour se laver. Ils n'ont pas forcément une chaise adaptée. Donc en fait faut, oui faut qu'il fin, c'est pas pratique. Par exemple, pour un hémiplegique même s'il est touché qu'au membre supérieur ben, pour se laver le bras, c'est pas évident avec une douche au plafond plutôt qu'avec un pommeau par exemple.

Q : Oui ok. Et du coup est ce que les patients que tu as pu accompagner soulèvent des demandes particulières au niveau de leur prise en charge concernant bah les occupations qu'il pourrait avoir ?

EA : Heu ouais. Oui en générale en fait ils vont, ils vont cibler et puis nous on va aussi leur demander dès le départ leur progrès et leurs objectifs de prise en charge. Et heu au fil des séances, on va, quand on va discuter un peu de la vie en détention plus en détail parce qu'au départ, ils vont nous donner des infos, mais c'est plus dans la longueur de la PEC ils vont nous apporter plus de détails. Et où là, on va aussi leur demander qu'est ce que vous aimeriez pouvoir refaire cette tâche

ou celle-ci. Sachant qu'en détention oui, il y en a beaucoup qui se font manger parce qu'ils trouvent que les gamelles ce n'est pas bon par exemple. Donc ça, c'est des tâches qu'ils aimeraient bien pouvoir refaire ou trouver des améliorations pour le ménage parce qu'ils ont du matériel très précaire. Ils utilisent donc une balayette, etc. Et du coup ben par exemple qui va avoir mal au dos, ils aiment bien quand on leur donne des solutions aussi. Parce qu'ils doivent faire le ménage de leurs cellules en détention donc heu alors qu'à l'hôpital non. Donc ça, c'est des choses auxquelles il faut qu'on réfléchisse avant qu'il ne retourne en détention.

Q : D'accord. Et du coup d'ailleurs on a légèrement pu l'aborder un tout petit peu plus tôt mais heu sur les difficultés d'accessibilité ben c'est vrai que c'est quelque chose qui a quand même pas mal transparu dans les différentes lectures que j'ai pu lire. Et du coup selon toi est ce que selon toi cela a un impact sur l'occupation des détenus avec déficience motrice ?

EA : Heu oui, ouais ouais ouais carrément. Parce qu'il y en a du coup qui vont s'empêcher bah de sortir en promenade par exemple alors que c'est quand même un besoin essentiel de sortir parce que bah elle est trop loin parce qu'il y a des escaliers à descendre ou à monter pour s'y rendre. Même pour les douches, moi y en a qui m'ont déjà dit qu'ils n'allaient pas tous les jours à la douche parce que, notamment ceux qui ont des lombalgies ou des choses comme ça, parce que c'est trop difficile de monter ou de descendre les escaliers. Ils n'ont pas de quoi s'asseoir une fois à la douche. Donc en fait, ce n'est pas possible de rester 10 minutes debout sans pouvoir s'accrocher et de faire le trajet escalier par exemple.

Q : Ok, et d'ailleurs du coup concernant l'accessibilité précisément sur ton lieu d'exercice ; c'est adapté aux patients ? Ce serait comment si tu devais le décrire ?

EA : Heu bah nous, on a deux ascenseurs quand même pour que les patients puissent accéder à tous les étages, à la cour de promenade. Il y a des rampes qu'il faut pour accéder aux douches, à la promenade. Les portes sont suffisamment larges. Après, vu qu'ils sont toujours accompagnés de surveillant, etc. Il y a toujours quelqu'un pour leur ouvrir les portes. Quelqu'un qui est en fauteuil, ça, c'est sûr qu'il y a des portes par tout qui sont pas faites pour des personnes en fauteuil parce qu'elles sont lourdes et souvent faut les tirer vers soit donc pas du tout adaptés quoi pour quelqu'un... fin pas pratique pour quelqu'un qui a un fauteuil. Donc non normalement, l'hôpital est fait pour qu'il soit bien adapté. Il y a aussi toujours des douches PMR, une par étage. Après, on découvre toujours des petites choses hein, mais normalement tout est fait pour que tout le patient puisse circuler convenablement en tout cas.

Q : D'accord. Et du coup même si ce n'est pas forcément une problématique très importante à l'hôpital, est-ce que certains patients se sont déjà plaints de cette problématique du coup auprès de toi par rapport à leur détention d'origine ?

EA : Heu, tu veux dire l'hôpital par rapport à la détention ou un problème d'accessibilité en détention ?

Q : Oui. Est-ce qu'ils ont déjà pu relever un problème en détention qui leur posait difficulté ou qu'il s'imaginait poser difficulté ?

EA : Oui, en général, en fait ça dépend du problème de santé sachant que les patients arrivent à l'hôpital, ils n'ont pas forcément vécu avec leur problème de santé en détention, ils l'ont eu, des fois, ils l'ont eu après, fin avec le problème de santé, ils sont aller en urgence dans un autre hôpital et ils arrivent chez nous. Des fois, ce sont des patients qui avaient déjà ça avant et qui arrivent chez

nous pour faire un contrôle ou un entretien quelque chose comme ça. Donc tout le monde ne nous parle pas des problèmes d'accessibilité ou quand on leur demande, fin moi je leur demande toujours pour, pour le bilan d'entrée, le recueil de données, c'est : Est-ce que votre cellule est à l'étage ou pas ? Est-ce qu'il y a un ascenseur en détention ? Si jamais la cellule, elle est à l'étage. Et votre lit si vous êtes avec des codétenus, vous avez le lit du bas ou pas ?

Q : D'accord.

EA : Ca c'est des questions un peu classiques du coup ça nous donne une idée et c'est là que les patients dans leur discours peuvent nous dire, nous parler de l'accessibilité, etc. Mais sinon il ne nous en parle pas tellement en général sauf si c'est un gros problème.

Q : D'accord, et du coup toi en tant qu'ergothérapeute, tu peux me décrire ton travail au sein du milieu carcéral, principalement en lien avec les occupations des détenus ?

EA : Heu ouais, Ben en fait quand les patients arrivent donc on a une prescription du médecin, nous, on les prend en... en salle pour faire un premier bilan, une première prise de connaissance, un recueil de données. Là, on va leur poser des questions sur tout ce qui est AVQ et on va pouvoir en fonction de ce qu'ils nous disent. Là, au départ, c'est juste sur entretien, en fonction de ce qu'ils nous disent, nous, on va les évaluer à la toilette et à l'habillage. On peut les évaluer au repas. On peut les évaluer aussi sur les soins personnels, fin un peu global quoi ; un peu sur tous les ABVQ. Et après ce qu'on peut faire aussi si c'est durant la prise en charge, c'est des mises en situations. On a une cuisine thérapeutique à l'hôpital. On a un jardin thérapeutique, un jardin thérapeutique. Et c'est surtout comme ça qu'on va gérer par rapport aux occupations du patient. Après, moi, régulièrement, je leur pose toujours la question, si je suis allé les évaluer au début, je leur pose des questions sur leur évolution et si besoin, je retourne faire d'autres évaluations. Après, on est aussi vachement en collaboration avec les soignants. Donc nous, on leur fait toujours un petit compte-rendu, fin il y a toujours un compte rendu qui est fait après nos évaluations. Mais on leur fait toujours un petit récap à l'oral après notre évaluation et on leur demande aussi leur, leurs impressions, leurs avis par ce qu'en dit, c'est elles qui sont le plus avec le patient, qu'il le prenne dès qu'il arrive. Alors que nous en général, c'est quelques jours après son arrivée. Donc on va faire ce genre de bilans. Du coup ben comment ça se passe avec lui, qu'est ce qu'il fait avec vous, etc. Et là pour aussi nous dire ce qu'elles pensent de ses capacités, s'il fait rien, mais qu'il pourrait faire plus. Fin des choses comme ça quoi. Et ça après on fait vraiment un suivi aussi au niveau des staffs hebdomadaires, etc. Savoir comment il évolue, et tout ça.

Q : Du coup par rapport à tout ça, vous utilisez un modèle conceptuel sur lequel vous vous basez ?

EA : Heu pas vraiment. Disons qu'on ne s'appuie pas sur un modèle. On ne va pas se dire voilà là, j'utilise tel modèle mais on sait qu'il y a des modèles un peu généraux comme... Comment elle s'appelle déjà ? Je crois que c'est la CIF hein que ça s'appelle, ou la PPH des choses un globale comme ça. Mais sinon, on ne s'appuie pas du tout sur un modèle particulier.

Q : D'accord, et du coup, vous utilisez des outils un peu particuliers pour les évaluations, ce genre de chose ?

EA : Heu des outils comme des bilans par exemple ?

Q : Oui par exemple.

EA : Bah, à l'entrée, on va, fin surtout pour les occupations alors là, je vais rester centrée sur les occupations. On réalise l'indice de Barthel quand ils arrivent. Donc, c'est un questionnaire sur leurs capacités avec un score sur 100. Et là du coup, fin moi en tout cas, je fais comme ça. Je note tous les petits détails qu'ils peuvent me donner : s'il y a des douleurs, s'ils font d'une manière particulière, s'il y a besoin d'aide et pourquoi. Voilà. Et après sinon on peut utiliser en cuisine par exemple si on fait des cuisines utiliser l'EF2E. Alors je ne sais plus ce que ça veut dire chaque lettre, mais celui où tu dois faire l'omelette et le gâteau au chocolat sans aide, etc et noter voilà. On peut utiliser ça, sinon, sinon non, on n'utilise pas d'autres bilans particuliers fin pas encore. Sauf quand on fait ouais, non, on ne va pas parler de celui là parce que c'est pas vraiment pour les déficiences motrices.

Q : Ok. Et du coup, comme... Je reviens un peu sur l'accessibilité, les problématiques d'accessibilité qu'on a pu évoquer tout à l'heure. Mais, du coup qu'est ce que toi t'as pu mettre en œuvre ou comment as tu pu accompagner les patients pour leur permettre un accès à leurs occupations de la vie quotidienne malgré cette problématique-là ?

EA : Heu bah, c'est surtout du conseil en fait qu'on fait puisque nous on a pas du tout de vision sur la détention dans laquelle ils retournent. Donc, en fait, c'est que par rapport au dire du patient qu'on doit essayer d'agir. Donc, en général, ça va être des conseils, de la prophylaxie. Genre, on fait de l'économie du dos en gros. On va essayer de les mettre en situation pour faire le ménage, pour faire le lit. Fin toutes les tâches un peu basiques qu'ils peuvent aussi faire en détention. Après, on peut préconiser des aides techniques voir en acheter, mais toujours avec ce risque que ce ne soit pas accepté en détention. Du type, une brosse à long manche pour se laver ; et ben ce n'est pas sûr qu'elle soit acceptée vu que ça peut être considéré comme une arme etc. Et ben ça, c'est des choses... Ca va être ça, beaucoup de conseils, beaucoup de... de préconisations et bah plein de mises en situations

Q : D'accord. Donc par exemple pour revenir à l'exemple que t'avais donné tout à l'heure, la personne qui n'avait pas forcément accès aux cours de promenades ou à la douche, due à une trop longue distance ou à des obstacles. Ça, en tant qu'ergothérapeute, tu as une influence potentiellement dessus ? Ou sur... justement au travers de conseils justement, qu'est-ce que tu arriverais à toi ou penserait à mettre en place là dessus ?

EA : Alors, on ne peut pas... Fin disons qu'on ne va pas agir de toute façon sur le problème d'accessibilité et tout ça. Il y a que des fois où on peut essayer de voir avec le médecin de la détention d'à côté de l'hôpital ; vu qu'on est vachement en partenariat avec eux. Ca, c'est possible de soit demander une cellule PMR, soit une cellule au rez de chaussée. Après les médecins peuvent insister dans les autres détentions pour avoir une cellule au rez-de-chaussée puisque le patient ne pourrait pas, pourrait plus monter les escaliers ou quoi. Après ouais qu'est ce qu'on peut faire ? Ben oui nous c'est vraiment, moi le patient que j'ai en tête là, c'est vraiment : je lui ai donné des conseils, je lui ai donné un petit fascicule avec ce qu'on avait vu en économie du dos, en prophylaxie là. Et Ouais, c'est beaucoup ça en fait. Parce que bon lui il n'y avait pas que ça comme problème en termes d'accessibilité, mais après, c'est bah essayer d'aller à la douche au moins 1 à 2 fois par semaine, et le reste vous le faites en chambre. Du coup, après, on essaie de voir les gestes qui sont possibles comme ça. Mais en soit, on n'a pas beaucoup de moyens d'action nous de l'hôpital, puisqu'en fait vu que les patients viennent vraiment de toutes les détentions de France, on ne connaît pas toutes les détentions, on en connaît même pratiquement aucune. Du coup ben, on ne sait pas à quoi ça ressemble et on ne sait pas... fin nous, on a juste oui les infos du patients donc c'est un peu difficile de se projeter.

Q : Parce que du coup, est-ce que t'as déjà pu, toi être amenée, comme on pourrait le faire en milieu classique, à faire une visite à domicile ? Ou juste sur au moins sur une détention, est-ce que tu as pu être aménagée à aller voir comment ça pouvait se passer ?

EA : Heu alors plus ou moins. En fait, avec l'hôpital, on a la possibilité d'aller visiter la maison d'arrêt d'à côté. Mais en fait, vu qu'ils n'ont pas de, ils n'ont pas de fils conducteurs entre chaque personne qui nous fait visiter. Donc moi par exemple, j'y suis allée, mais je n'ai même pas vu la cellule PMR. On sait juste où elles sont à peu près situées et c'est tout. Il ne nous a pas montrées : ni de cellule classique, ni de cellule PMR. Mais on sait à quoi ressemble le bâtiment, etc. Et on sait par exemple qu'il n'y a pas d'ascenseur, que c'est sur 3 ou 4 étages et que du coup, ils peuvent être aussi beaucoup trop dans leurs cellules vu que c'est une maison d'arrêt. Mais après, c'est là, c'est une histoire de pénit' mais voilà.

Q : Oui et du coup par rapport à cette difficulté que toi, tu peux avoir à l'hôpital, de ne pas voir le côté domicile qui est assez intéressant et qui est là se rapporte à la détention d'origine. Est-ce qu'un ergothérapeute pourrait avoir un rôle dans l'accès à l'occupation des détenus ayant une déficience motrice ?

EA : Alors oui, totalement. On pourrait avoir quelque chose, fin un rôle à jouer là dedans. Maintenant quand les patients ont une trop grosse déficience motrice et que ce n'est vraiment pas compatible avec la détention, les médecins peuvent faire des demandes. Soit pour qu'ils soient libérés soit ou une... 1, 2, 3 ou une suspension de peine ou des choses comme ça qui leur permettent d'aller se soigner à l'extérieur ou d'être complètement libérés et d'aller dans des structures plus adaptées.

Q : D'accord.

EA : Et ça du coup, c'est le médecin qui fait une demande et c'est le juge qui décide. Après en détention sinon pour des... des tâches comme le ménage ou la lessive ou des choses comme ça qui font partie des occupations en détention. Des fois, il y a des auxiliaires pénitentiaires qui peuvent le faire à la place des patients. Mais ça c'est pas systématique, il faut aussi qu'il y ait un argumentaire des médecins, etc. Donc moi le patient dont je t'ai parlé tout à l'heure avec sa lombalgie chronique, et ben ça il l'avait pas par exemple.

Q : Ok, du coup, en parlant d'argumentaire... Toi ça a déjà pu t'arriver se faire argumentaire comme on peut faire sur une prescription, une préconisation plutôt de matériel ou d'aménagement de le faire par exemple pour une transmission aux collègues du médical ou au médecin de la détention d'origine ou ça reste assez cloisonner ?

EA : Heu, je l'ai pas fait. Fin, je n'ai pas fait d'argumentaire pour un retour en détention, ça c'est sûr. Juste des fois les médecins nous demandent de faire un petit résumé du travail effectué avec le patient quand il, quand ils sont libérés. Ou alors pour le compte-rendu parce que dans chaque détention, tu as une unité sanitaire et c'est eux qui envoient le patient chez nous. Du coup pour qu'eux aussi aient un retour, des fois, les médecins aiment bien qu'on leur fasse un résumé du travail effectué. Ou là, j'ai dû en faire un pour un patient qui sortait et qui allait dans un centre de rééducation. Et du coup, c'est juste le travail qu'on a effectué avec lui et les capacités qu'il a en sortant. Mais du coup ça faisait, je sais pas, 1 mois qu'il était chez nous. Et bon du coup, il y avait pas encore de préconisations ni rien.

Q : D'accord et du coup, tu parlais aussi d'histoire de libération ou ce genre de choses, de patient avec des pathologies très lourdes. Mais du coup, c'est du à quoi qu'il ne puissent pas rester en détention ?

EA : Heu, ben en fait, leur pathologie est très lourde donc on sait très bien soignant, médecins, que la personne ne pourra pas s'en sortir en détention, qu'il faudra forcément des aides pour la toilette, etc. Donc là en fait, en accord... fin, on en discute en staff et les médecins vont faire la demande au juge pour être libéré. Mais en général, le juge ne va pas le libérer comme ça le patient. Il va dire ok, mais s'il y a une structure d'accueil derrière. Donc, des fois, c'est des gens, donc soit qui ont une pathologie qui vient d'arriver et là, on voit très bien. Par exemple, là, c'était un patient pour qui j'ai dû faire l'argumentaire : c'était un patient complètement aphasique avec une hémiplégie flasque qui savait à peine... Il avait un, on lui avait prêté un fauteuil roulant double main courante qu'il ne savait pas diriger. Fin, il n'avait pas initié la direction du fauteuil. Donc il était toujours poussé par quelqu'un d'autre. Donc là, lui, il a été libéré oui au bout de... je sais plus peut être 1 ou 2 mois d'hospitalisation chez nous. Mais après là, ça se fait aussi il y a des médecins experts qui viennent, etc. C'est tout un processus. Et sinon des fois c'est des patients qui ont, qui peuvent avoir aussi des... Il leur reste pas mal de temps en détention. Ils ont un état séquellaire qui ne leur permettrait pas de se débrouiller tout seul en détention et donc là oui souvent, c'est : ok, oui, ils peuvent être libérés, mais sous réserve d'avoir une structure. Donc quand c'est séquellaire comme ça, c'est souvent une FAM, une MAS ou un EHPAD, mais ça c'est les assistantes sociales qui galèrent derrière pour trouver des structures.

Q : Oui je vois. Et du coup, comme on était sur l'idée que potentiellement un ergothérapeute pourrait un rôle aussi sur les lieux d'origine. À ton avis qu'est qui pourrait du coup les aider au mieux afin qu'il... de faciliter leurs occupations ?

EA : Au patient ?

Q : Oui.

EA : Bah, je pense déjà, il y a rien qu'une question d'accessibilité en détention pour qu'ils puissent se déplacer plus facilement. Voilà. Fin accepter plus facilement les aides techniques ça, ce serait une bonne solution et je pense qu'avec un ergo qui pourrait être présent et prouver par A + B que le patient a besoin de ça et trouver... et qu'il y ai un meilleur partenariat je pense avec le domaine pénitentiaire et le domaine médical. Puisque là, on saurait exactement ce que la détention elle accepte ou pas. Donc rien que pour préconiser, acheter des aides techniques, ce serait beaucoup plus facile et heu... je réfléchis si je pense à autre chose... Et peut être amorcé plus facilement la suite en fait, le retour en milieu libre et ordinaire.

Q : Ok, et du coup à ton échelle propre, qu'est ce que tu as déjà pu essayer de mettre en place ou que t'aurait aimer pouvoir faire, mais que t'a pas pu a cause des difficultés du milieu ?

EA : Alors qu'est-ce que j'aurais aimé mettre en place ? Bah des aides techniques hein. Là, j'ai eu le problème avec... justement avec une brosse à long manche ou en fait on ne sait pas si ça va être accepté en détention. Sauf que ça doit être l'achat du patient. Donc voilà. Est-ce qu'on tente, on fait acheter au patient la brosse et lui retire en détention donc en fait, il ne peut pas se laver le dos ? Où est-ce qu'on fait rien ? Donc voilà ça, c'est un problème par exemple. Et après toutes les personnes ou on sait qu'ils vont être libérés peu de temps après, on a pas fini la prise en charge, mais ils doivent sortir parce que nous, on ne garde aucun patient libéré. Donc, en fait, c'est ça aussi. C'est surtout soit le : on n'a pas fini la prise en charge et ce serait bien qu'il y ai un suivi derrière, mais en

fait, on ne peut rien faire parce que c'est plus à notre échelle ; ou heu oui aussi ouais, c'est surtout ça.

Q : D'accord et du coup pour cette personne qui du coup potentiellement, on ne sait pas si elle pourra se laver le dos parce qu'elle n'aura pas accès à sa brosse à long manche, est-ce que des aides humaines sont possibles à mettre en place en détention ?

EA : Ouais, mais du coup juste pour laver le dos, ce sera non. Mais t'a des fois oui t'a des boîtes d'aide à domicile qui peuvent venir en détention, mais c'est pour des cas un peu plus lourds.

Q : D'accord. Ben du coup, est-ce que tu aurais d'autres éléments à ajouter qu'on n'aurait pas évoqué durant l'entretien ?

EA : Je sais pas. Je sais pas non, je ne pense pas. Je pense qu'on a tout vu. Après, c'est un peu difficile parce que c'est en même temps la pénit' et en même temps le médical donc heu...

Q : Oui. Heu si peut être pour rebondir, j'ai une question qui me vient. Au tout tout début, tu parlais de difficultés par exemple pour le ménage, de se baisser, et de faire un aménagement ben par exemple heu du balai, de la balayette, j'imagine. Est-ce que comme les aides techniques n'arriveront pas jusqu'à la détention d'origine essayer de leur expliquer comment essayer de bricoler des choses ou comment essayer de faire au mieux est quelque chose qui peut vous arriver en fait de faire un entre deux un peu comme vous pouvez ?

EA : Alors j'ai pas entendu les $\frac{3}{4}$ de la phrase. Tu avais les lèvres qui bougeaient, mais pas de son.

Q : Pas de soucis, je recommence. Heu du coup, tu parlais à un moment donné par exemple de difficultés par rapport au ménage, au balai, à la balayette qui pouvait être trop petit parce que... c'est ce que j'en ai conclu parce que le matériel n'était pas forcément adapté. Même si à titre personnel, tu n'as pas pu mettre en place d'aides techniques, ou tout ce qui était prophylaxie, conseils, etc ne suffisait pas. Est-ce que tu as pu quand même être amenée par exemple à proposer des aménagements, des idées d'aménagements que le patient pourrait lui-même faire en détention au cas où ça ne passerait pas par exemple ?

EA : Heu oui, en fait à chaque fois, on leur donne des conseils ou des techniques. bah essayez de faire comme ci, essayer de faire comme ça. On essaie de les mettre en pratique à l'hôpital avant qu'ils rentrent, voilà je pense qu'on agit comme ça. Mais après on n'a jamais la vérification sur le terrain en fait.

Q : Oui, parce que vous avez finalement assez peu de patients qui reviennent après dans la structure hospitalière ?

EA : Ça dépend, y en a qui peuvent partir et revenir en hôpital de jour s'ils sont dans la détention d'à côté. Sinon en général, ils ne reviennent pas. Ou alors c'est juste pour un entretien ou un contrôle. Soit l'année d'après, soit plusieurs mois plus tard.

Q : D'accord, ok. J'avais une question, mais qui m'a échappé. Heu et bas... Ah si et toi, en tant qu'ergothérapeute finalement, tu es quand même relativement cloisonnée au milieu hospitalier ; tu as... tu as assez peu de vision sur ... ouais en fait en conclusion, tu es assez limitée sur ce qu'il peut se passer sur l'après ?

EA : C'est ça. En fait nous tout ce qu'on a, c'est les informations du patient. Parfois, on peut avoir des photos, mais c'est très très rare puisque les... à la limite les patients des fois s'ils ont des

parloirs ils peuvent nous donner des photos si jamais ils ne rentrent pas longtemps après, des choses comme ça, mais c'est hyper rare. Heu Mais oui on a pas tellement, oui de visibilité, fin une vraie visibilité. On a que les dire du patient et c'est tout.

Q : Et du coup ces photos-là, ce n'est jamais arrivé que ce soit la détention d'origine qui puisse vous les transmettre pour faciliter justement le retour.

EA : Alors ça non. Après moi, ça fait pas très longtemps que j'y travaille finalement, mais heu pour l'instant, j'ai jamais eu l'occasion d'essayer de leur demander. Je sais que mes anciennes collègues avaient quelques photos de certaines détentions, mais on les a pas toutes et il y a tellement de détention en fait en France qu'on ne pourrait pas avoir la visibilité sur toutes les détentions. Et on n'est pas en partenariat avec toutes les unités sanitaires des détentions en fait.

Q : D'accord, Ok. Pour moi je pense qu'on a fait le tour.

EA : D'accord ben après si tu as d'autres questions, tu n'hésites pas.

Q : C'est super gentil merci

Annexe 9 : Grille vierge de thématization des entretiens et de synthèse des citations

Thèmes	Marqueurs	EA	EB	EC	ED	EE
Présentation des personnes interrogées	Diplôme					
	Temps d'exercice en détention					
	Milieu					
La personne en situation de handicap en détention	Recensement					
Environnement carcéral	Accessibilité générale					
	Espaces de circulation					
	Cellule					
Occupation en détention	Activités proposées					
	Limitations occupationnelles					
	Expérience du handicap en prison					
Organisation de la PEC sanitaire	Généralités					
	Compatibilité et suspension de peine					
	Aides humaines					
	Aides techniques					
Ergothérapie	Etat des lieux de la PEC					
	RAD					
	Intérêt en détention					
Thèmes abordés spontanément	Surpopulation					
	Vision du handicap					
	...					

Annexe 10 : Tableaux de synthèses des résultats thématiques

A. La personne en situation de handicap en détention

	Recensement
A	• Majorité de sa patientèle
B	• Entre 15 à 20 patients accompagnés = Majorité de sa patientèle
C	• 10 personnes sur la détention sur 6 ans présence • 1 patient en FR, sans que ce soit sur l'objectif de sa PEC (psy)
D	• 95% de sa patientèle • A l'hôpital on a l'impression que ça représente beaucoup de personnes alors qu'ils sont disséminés sur l'ensemble des détentions • Doit représenter 10 détenus aux maximum par détention
E	• 1 personne au cours de sa pratique • Actuellement 5-6 personnes sur son lieux de détention

Tableau 8 : Recensement de la déficience motrice en détention selon les ergothérapeutes interrogés

B. Environnement carcéral

	Accessibilité générale
A	• Peu de plaintes sur l'accessibilité sauf si c'est une grosse problématique
B	• Vieilles prisons sont moins accessibles que les récentes
C	• Bâtiment de 2003, donc assez adapté
D	• Prisons récentes sont totalement aménagées (ascenseur, douche dans les cellules) • Les lieux anciens sont vétustes (beaucoup d'escaliers, pas ascenseurs et de rampes)
E	• La prison est récente, les normes sont présentes. • L'ancienne prison était moins accessible

Tableau 9 : Eléments relevant de l'accessibilité général exprimés par les ergothérapeutes interrogés

	Espaces de circulation
A	• Pas d'ascenseur mais des escaliers (sur 3-4 étages parfois) • Accès problématique : à la cellule, aux parties communes, aux douches, cours de promenade ⇒ étages, distances
B	• Pas d'ascenseur
C	• Portes lourdes, pas automatiques → seul c'est difficile, mais jamais seul donc pas de problématique (surveillant ou détenu pour ouvrir les portes) • Air de retournement dans les douches
D	• Douches communes non accessible • Cours de promenade au RDC donc moins limitant dans le cas de déficience motrice • Salles d'activités aux étages avec des portes pas forcément adaptées à un FR (cours, bibliothèques, ...)
E	• Accès en fauteuil ok (présence d'ascenseur)

Tableau 10 : État des lieux sur les espaces de circulations selon les ergothérapeutes interrogés

Cellule	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Douches sont comme à la piscine → peut poser quelques difficultés • Avoir une cellule PMR est difficile • Surpopulation carcérale en maison d'arrêt
B	<ul style="list-style-type: none"> • Cellules PMR • Cellule exigüe, avec toilette mais pas de douche → peut être une limite • Surpopulation carcérale → matelas au sol limitant l'accès • Plus de confort dans les lieux pour longues peines (plus d'espaces, objets personnels, ...)
C	<ul style="list-style-type: none"> • Cellules aménagées par la pénitenciaire pour les personnes en FR²⁷, au RDC → PMR → Sinon accès à une cellule classique au RDC si juste moteur sans FR • Cellules et douches avec aires de retournement
D	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de cellules PMR limitées mais normes respectées (douche dans la cellule) • Surpopulation carcérale → matelas au sol (pas anticipable, limite l'accès de la cellule) • Espaces de giration dans la cellule
E	<ul style="list-style-type: none"> • Cellule ok pour fauteuil roulant → plus grande

Tableau 11 : Aménagement et accessibilité de la cellule du détenu selon les ergothérapeutes

C. Occupation en détention

→ Image et graphique présents dans le corps de texte,

	Activités proposées	Limitations occupationnelles
A		
B	• Milieu sous contraintes	
C	• Milieu sous contraintes	• Peu de grosse limitations
D		
E	• Détenu n'a pas de décisions sur l'ouverture de sa cellule	• Pas forcément en maison d'arrêt, peut être en centrales ou centres de détentions

Tableau 12 : Synthèse des éléments supplémentaires sur les activités en détention et les limitations occupationnelles selon les ergothérapeutes

²⁷ FR : Fauteuil Roulant

Expérience du handicap en détention	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Patients moteurs et demandeurs dans leur PEC • Souhait de pouvoir refaire : Cuisine, Ménage • Peu de plaintes sauf si grosse problématique
B	<ul style="list-style-type: none"> • Moteur dans la rééducation car ca les change de leur quotidien • Peu de plaintes car ne s'attendait pas à pouvoir en faire autant
D	<ul style="list-style-type: none"> • Demandes sur ABVQ²⁸ (douche, toilettes, repas) • Moins de plaintes pour : Promenade • Plaintes présentes pour : Travail (principalement pour les longues peines), Bibliothèques, Formation, Salles d'activités

Tableau 13 : Expérience du handicap et plaintes des détenus par les ergothérapeutes interrogés

D. Organisation de la prise en charge sanitaire

Généralités	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Arrivée à l'hôpital avec une pathologie récente (non vécu en détention), passage par urgence • Contrôle après une précédente hospitalisation → consultation si hôpital à côté sinon sur réhospitalisation • Pas de personnes libérées → pas toujours préparer fin de la PEC, pas préparation de l'après
B	<ul style="list-style-type: none"> • Travail avec kiné et APA à l'hôpital (respectivement : marche en extérieur, membre inf et relever du sol) • Gestion de la prothèse : trop loin pour que l'hôpital gère, difficile sur sa détention • Revendeur médical : prévoir 72h à l'avance = contrainte (patient peut être déjà reparti, temps pour mise en place du matériel)
C	<ul style="list-style-type: none"> • UHSA : psychiatrie en hospitalisation à temps complet • SMPR : détention classique en soins ambulatoire (lieux où il travaille) • Unité sanitaire = unité somatique (infirmière, kinésithérapeute, médecin généraliste, ophtalmologue, stomatologue, ...) + unité psychiatrique (psychologue, infirmière, art-thérapeutes, ergothérapeute) • Kinésithérapeutes 3 matinés par semaine pour 900 détenus → quantité de soins • Pas de rééducation à proprement parler • UHSI : 2 chambres pour les détenus pour des interventions chirurgicales
D	<ul style="list-style-type: none"> • Relais en milieu ordinaire avec des SSR
E	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution médicamenteuse par infirmières • Unité sanitaire : côté somatique (infirmiers, médecins, kinésithérapeute, dentiste, gynécologue, éducatrices manipulateur radio, neurologue diététicien, ...) + côté psychiatrique (infirmiers, internes, médecins, ergothérapeute) • UHSI : grosses crises

Tableau 14 : Généralités sur la prise en charge sanitaire des détenus selon les ergothérapeutes interrogés

²⁸ ABVQ : Activités Basiques de la Vie Quotidienne

Compatibilité et suspension de peine	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Grosse déficience motrice/ pathologies lourdes : pas compatible avec détention (état séquellaire ne lui permettant d'être autonome et indépendant en détention) → Médecin demande suspension de peine (soigner à l'extérieur ou libération complète) → Médecin experts pour évaluation → Juge qui décide → Besoin d'une structure d'accueil (souvent : FAM, MAS, EHPAD, ...)
B	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de place adaptées à pathologie en détention (tétraplégie C3-C4) → Médecins demande • Peut être de la maltraitance
C	<ul style="list-style-type: none"> • Suspension temporaire pour soins (SSR)
D	<ul style="list-style-type: none"> • Détenu très dépendant = besoin d'aide humaine +++ → Détention d'origine ne peut pas fournir les aides nécessaires → Juge refuse libération du détenu → Hospitalisation prologue en hôpital carcéral → Détention d'origine paie frais de séjour du détenu à l'hôpital carcéral d'accueil.
E	<ul style="list-style-type: none"> • Si pas compatible avec détention et pas compatible avec sanction pénale → suspension de peine (réintègre détention si état s'améliore) • Si le détenu est en détention, cela veut dire que son état est compatible avec

Tableau 15 : Compatibilité et suspension de peine en détention par les ergothérapeutes interrogés

Aides humaines	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliaire : sur argumentaire des médecins • Boîtes d'aide à domiciles extérieurs : cas lourds, pas juste pour laver le dos
B	<ul style="list-style-type: none"> • Ne sais pas • Pas beaucoup d'aide humaine
C	<ul style="list-style-type: none"> • SSIAD (à un moment donné) • Unité sanitaire n'intervient pas dessus • Collaboration avec le co-détenu (repas)
D	<ul style="list-style-type: none"> • Aide du co-détenu : <ul style="list-style-type: none"> - Ressource souvent nécessaire - Pas légal (risque de racket, violence) - Entraide fréquence car c'est un réel milieu social • Pénitentiaire peut apporter de l'aide (ouverture des opercules de repas) ⇒ Personnes pas formées à l'aide à la personne • Auxiliaire de vie : manque de recrutement • Obligation de la pénitentiaire à fournir aide humaine si nécessaire pour le maintien en détention • Pas aide humaines 3 fois par jour, au mieux 2 fois (pas pour le repas)
E	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier pour distribution médicamenteuse • Auxiliaire fourni par pénitentiaire = détenu rémunéré comme aide soignant, c'est un co-détenu • UCSA : toilette, boire

Tableau 16 : Avis des ergothérapeutes interrogés sur l'aide humaine présente en détention

Aides techniques	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Préconisation d'AT à l'hôpital mais doit faire attention à ce qu'elles soient acceptés en détention (acceptation différentes dans chaque détention) • Pas de quoi s'asseoir à la douche : pas de chaise adaptée • Se laver sous la douche : brosse à long manche → ne sais pas à l'avance si cela va être accepté, donc est-ce qu'il faut lancer l'achat ?
B	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, ce n'est pas un souci, rien n'est interdit (détenus doivent acheter leur matériel) • Préconisation et achat à l'hôpital • Réalisation d'orthèse à l'hôpital et ils repartent avec • Revendeur médical pouvant intervenir en détention
C	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier de validation d'AT auprès de la pénitentiaire • Promenade : utilisation de FRE²⁹, FRM³⁰ ou canne anglaise autorisé en détention pour des causes de sécurités • Revendeur médical peut se déplacer en détention pour fournir des AT • Surtout AT aux déplacements pas d'AT à la vie quotidienne
D	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de matériel compliqué, fait un choix dans un panel limité • AT accepter en détention dépend de chaque détention et de chaque politique interne • Pas accès à tout ce qui est domotique ou toutes les fonction électroniques (ex : FRE avec les fonctions connectées) • Réhausseur de WC : ne sait pas à quoi ressemblent les WC en détention • Couteau-fourchette : lame rigide donc refusé pour raison de sécurité → AT au repas assez mal accepté en détention • Chaise de douche : proposé en 1^o quelque chose de général que tous les détenu pourront utiliser avant du matériel spécifique • AT accepter en détention dépend de chaque détention et de chaque politique interne
E	<ul style="list-style-type: none"> • UHSI qui fait la mise en place des AT car passent souvent par UHSI avant leur retour en détention donc déjà présent à l'arrivée (ex : FR)

Tableau 17 : Mise en place des aides techniques en détention selon les ergothérapeutes interrogés

²⁹ FRE : Fauteuil Roulant Électrique

³⁰ FRM : Fauteuil Roulant Manuel

E. Ergothérapie

Etat des lieux de la PEC	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Au début de la PEC pas de différence avec un SSR classique, pour l'après, le retour en détention qu'il y a plus de difficultés • Moins accès au patient : Surveillant pénitentiaire ou soignant pour avoir accès aux clés • MES car matériel comme en SSR classique • Prescription du médecin • Début PEC recueil de donnée sur entretien, évaluation écologique, MES ou séance en salle • Collaboration avec autre pro • Beaucoup de conseil car peu d'emprise sur l'après • Partenariat avec le médecin de la détention d'à côté possible pour les préconisations • Patient originaire de toutes les détention de France donc limite la visibilité (seulement infos du patient) • Conseils, préconisation d'AT puis MES • Photos des détentions si les détenus arrivent à en fournir pour préparer le RAD (Lors de parloirs) • Beaucoup de détention en France, peut pas avoir partenariat avec toutes
B	<ul style="list-style-type: none"> • Brancardage fait par surveillant pénitentiaire • La rééduc est identique à un SSR classique (exercices, orthèses, ...), mais la réadaptation change : pas de date de fin de PEC connue à l'avance (libération) • MES en appartement thérapeutiques (ménage) • Sécurité : pas laisser sans surveillance le matériel, fermé sous clé • RAD que pour patient marchant, ayant récupéré • Travail dans différentes salles à l'hôpital • MES : appartement, cuisine, buanderie, jardin thérapeutique • Bilans
C	<ul style="list-style-type: none"> • Liste de patient convoqué en groupe → activité seul ou en co-animation • 1 fois de faire de la réadaptation avec un conseil d'AT sur demande du service somatique • Psychiatrie mais peut répondre à demande (formation initiale)
D	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'accès à l'aménagement du milieu de vie (détention ou ordinaire) → PEC AT et MES écologique difficiles • Rééducation : hôpital pénitentiaire sur plateau technique (beaucoup de matériel) • Peu d'information sur l'environnement → entretien pour recueillir infos pour préparer RAD, besoin de s'y intéresser pour trouver des ressources • MES : appartement, cuisine, buanderie, jardin thérapeutique, chambre • Collaboration avec les médecins des UCSA pour avoir un peu plus de visibilité dans certains cas
E	<ul style="list-style-type: none"> • SMPR • Pas de mission sur les cellules • Prescription → activités thérapeutiques décider en staff • Principalement séance de groupe

Tableau 18 : Expérience générale des ergothérapeutes interrogés sur leur profession

Intérêt en détention	
A	<ul style="list-style-type: none"> • Oui → Faciliter la mise en place des AT (argumentaire, partenariat, ...) → Amorcer le retour en milieu ordinaire → Vérification sur le terrain (correspond aux besoins, utilisation, ...)
B	<ul style="list-style-type: none"> • Oui → Visiter les lieux de vie pour préparer le RAD
C	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de nécessité et de place pour de la rééducation car il n'y aurait même pas de patient
D	<ul style="list-style-type: none"> • Mi-temps d'un ergothérapeutes sur des grosses maison d'arrêt • Equipe mobile qui se déplacerait sur plusieurs détentions (présence + évaluation) → Demande de maison d'arrêt pour aménagement intérieur de cellules PMR (barres d'appui) → Suivi des AT ⇒ Limites : organisation (territoire vaste), financement (ministère justice ou de la santé)
E	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pense pas • Peut être sur de la population vieillissante en centrale ou centre de détention (santé carcérale affaiblit)

Tableau 19 : Synthèse des réponses sur l'intérêt de la présence d'ergothérapeute sur le lieux de vie en détention

F. Thèmes abordés spontanément

Vision du handicap en détention	
D	<p>« Est-ce qu'il faut adapter la détention aux personnes qui sont en handicap ? » Certains médecins pensent que les personnes présentant un handicap n'ont pas leur place en prison cependant ils peuvent tout de même commettre des crimes et délits répréhensibles.</p>

Tableau 20 : La notion de vision du handicap en détention selon l'ergothérapeute ED

Quatrième de couverture

Résumé

Déficiences motrices chez le détenu : Performance dans leurs occupations

Le milieu carcéral est mal connu par la population générale. Sa fonction principale est la privation de liberté, cela engendre un impact sur la performance occupationnelle des détenus. Cependant, le handicap reste présent dans ce milieu comme la déficience motrice. Le travail de ce mémoire vise à identifier la restriction de participation de cette population et le rôle que l'ergothérapeute peut jouer.

Une méthode qualitative par entretiens a été menée pour répondre à ce questionnement. Cinq ergothérapeutes professionnels issus du milieu pénitentiaire ont pu transmettre leur expérience.

Les résultats de l'enquête montrent que le détenu en situation de déficience motrice est limité dans ses occupations par un environnement global limitant telles que des difficultés architecturales ou des difficultés d'accès aux aides humaines. L'ergothérapeute a un rôle important à jouer pour faciliter l'accès à l'occupation des détenus en situation de handicap moteur malgré un milieu ne facilitant pas leur pratique.

Mots clés : Détenus, Déficience motrice, Prison, Restriction de participation

Abstract

Motor impairment of the inmate : Performance in their occupations

The prison environment is poorly understood by the general population. Its main function is the deprivation of liberty, which has an impact on the occupational performance of prisoners. However, disability remains present in this environment as motor impairment. This thesis aims to identify the restriction of participation of this population and the role that the occupational therapist can play.

A qualitative method using interviews was conducted to answer this question. Five professional occupational therapists from the prison environment were able to share their experience.

The results of the survey show that prisoners with motor impairments are limited in their occupations by a limiting global environment such as architectural difficulties or difficulties in accessing human aids. Occupational therapists have an important role to play in facilitating access to occupations for detainees with motor disabilities despite an environment that does not facilitate their practice.

Keywords : Inmates, Motor impairment, Prison, Participation restriction

Laure ALDUINI

Sous la direction de Estelle Hernandez

Session Juin 2022