



Mémoire d'initiation à la recherche

L'accompagnement en ergothérapie des
personnes incarcérées sans pathologie
identifiée, en vue de leur réinsertion sociale.

AVENEL Pauline
Promotion 2019-2022

PRINGAULT Jean-Guillaume
Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e AVENEL Pauline

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à ...Evreux.....

Le ...02/05/2022..... signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Je tiens à remercier mon maître de mémoire Jean-Guillaume Pringault, pour son accompagnement tout au long de mon travail, ses précieux conseils et son soutien permanent.

Je souhaite également remercier l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse, pour leur accompagnement tout au long des trois années d'études, pour leur gentillesse et leur disponibilité.

J'émet une pensée particulière envers mes camarades de promotion, en particulier Alice et Suzie. Ces trois dernières années ont été remplies de joie en votre compagnie.

Enfin, je remercie ma famille, mes amis et mon compagnon pour leur soutien et le réconfort apporté lors des moments de doute.

Table des matières

Liste des abréviations	1
Introduction	1
I. Cadre contextuel.....	2
A. Thème choisi.....	2
B. Réflexion menant à la question de départ.....	3
II. Cadre conceptuel.....	4
A. Milieu carcéral.....	4
1. Population carcérale.....	4
2. Infractions sanctionnées.....	5
3. Etablissements pénitentiaires.....	5
4. Les différents acteurs.....	6
5. Réinsertion sociale.....	7
6. Problématiques rencontrées par la population carcérale sortante.....	9
a. Désadaptation sociale.....	9
b. Etat de santé.....	10
c. Déséquilibre occupationnel.....	11
B. Ergothérapie en milieu carcéral.....	11
1. Histoire.....	11
2. Référentiel de compétences.....	12
3. Réglementation.....	13
4. Modèles conceptuels.....	14
a. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel.....	14
b. Le modèle KAWA.....	15
5. L'intervention en ergothérapie.....	16
C. Question de recherche et hypothèse.....	17
III. Phase expérimentale.....	18

A.	Méthodologie de recherche	18
1.	Objectifs	18
2.	Choix de la méthode et de l'approche.....	18
IV.	Résultats.....	20
A.	Réponses au questionnaire sur la réinsertion sociale des personnes détenues	20
1.	Vérification des critères d'inclusion	20
2.	Données socio-professionnelles	20
3.	Connaissance de l'ergothérapie.....	21
4.	Identification des difficultés de la réinsertion sociale des personnes détenues	21
5.	Pertinence d'une collaboration avec l'ergothérapeute.....	23
B.	Réponses aux entretiens avec l'ergothérapeute.....	23
1.	Présentation des participants.....	23
2.	Analyse	24
a.	Public.....	24
b.	Autres acteurs	25
c.	Moyens.....	25
d.	La réinsertion sociale.....	27
e.	Plus-value de l'ergothérapeute	28
V.	Discussion.....	29
A.	Retour sur les questionnements	29
1.	Une méconnaissance des rôles de chacun.....	30
2.	Les plus-value de l'ergothérapeute	31
B.	Biais et limites.....	32
C.	Perspectives envisagées	33
D.	Apports personnels.....	34
VI.	Conclusion.....	36

VII. Bibliographie 37
Annexes..... 41

Liste des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMPR : Centre de Médecine Physique et de Réadaptation

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

IDE : Infirmière en soins généraux

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

QROC : Questionnaire à Réponses Ouvertes Courtes

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UPHJ : Unité Psychiatrique d'Hospitalisation de Jour

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

WFOT : World Federation of Occupational Therapist

Introduction

En 2019, on a recensé 98 962 personnes sortants de détention en France métropolitaine et d'outre-mer. La même année, 40% de ces personnes ont récidivé, ce qui constitue un taux élevé d'échec de réinsertion dans la société. De nombreuses études soulignent par ailleurs la prévalence très élevée de pathologies psychiatriques au sein de la population carcérale : d'après le ministère de la Justice (2014) « *au moins un trouble psychiatrique ou une addiction est identifié chez 8 hommes détenus sur 10* » (tous troubles confondus). Cependant, seule une minorité de détenus dont la pathologie est clairement identifiée, est prise en charge dans des unités d'incarcération spécialisées.

A leur sortie d'incarcération ces derniers font l'objet d'un suivi, le plus souvent au travers d'une injonction de soins. On peut légitimement s'interroger sur le devenir de tous les autres, notamment lorsque les personnes incarcérées échappent à un suivi médical lors de leur sortie ou lorsqu'il n'existe pas de pathologie identifiée mais qu'on a plutôt affaire à des personnalités limites.

Dans le champ d'intervention de l'ergothérapie, la réinsertion sociale fait partie de notre décret de compétences. Cette discipline, en pleine émergence, est reconnue sous le vocable « ergothérapie sociale et communautaire ». En effet, cette notion intègre la participation sociale et l'insertion sociale auprès de populations mises à l'écart par la société comme les personnes sans-abris, les personnes migrantes ou encore les personnes incarcérées.

Selon la World Federation of Occupational Therapists (WFOT), la pratique de l'ergothérapie communautaire « [...] *est centrée sur l'occupation et vise à accroître la participation de la communauté dans des occupations qui favorisent la santé et qui ont une signification sociale et culturelle.* » (2019).

Le domaine de l'ergothérapie sociale et communautaire étant large et en évolution ces dernières années, j'ai choisi pour ce travail, de m'intéresser plus particulièrement à la thématique de l'ergothérapie en milieu carcéral.

Ce thème demeurant encore très vaste, mes recherches se sont précisées davantage pour cibler la réinsertion sociale dans ce processus de prise en soin. Les difficultés rencontrées par les personnes incarcérées, sortants de détention, et non diagnostiquées d'une pathologie pour leur réinsertion sociale sont multiples. Elles m'ont amené à m'interroger sur l'accompagnement que l'ergothérapeute peut effectuer afin de les pallier.

Le présent document décrit le cadre contextuel de l'étude, le cadre conceptuel rédigé par des recherches bibliographiques, la phase expérimentale ayant permis de récolter davantage de données et la discussion présentant l'analyse de toutes les informations récoltées.

I. Cadre contextuel

A. Thème choisi

C'est tout d'abord en première année que la possibilité de travailler en milieu carcéral a été abordée lors d'un cours. Cela m'a interrogé, n'ayant jamais envisagé cette façade de l'ergothérapie. Le visionnage d'un reportage portant sur une prison pour femmes en France a été décisif et m'a convaincue dans le choix de la population carcérale. Les témoignages y figurant m'ont démontré que j'avais des idées préconçues, pour la plupart fausses, sur le sujet. J'ai pu y identifier des liens avec le domaine de l'ergothérapie, ce qui m'a encouragé à poursuivre cette idée. Par la suite, une carte mentale a également été réalisée afin que je puisse identifier mes idées et mes interrogations sur le thème de l'ergothérapie en milieu carcéral. Cette vue d'ensemble a permis de développer différents axes de réflexion.

Après quelques recherches générales sur l'ergothérapie en milieu carcéral, j'ai pu commencer à identifier le rôle de cette discipline auprès des personnes détenues. Les prémices de cette réflexion ont été encouragés également par mes recherches bibliographiques qui m'ont fait découvrir le développement de l'ergothérapie en milieu carcéral dans des pays comme le Canada ou l'Australie. C'est pourquoi la littérature qui se réfère à ce thème est majoritairement anglophone. Toutefois la comparaison avec la situation en France m'interroge et est au cœur de ma réflexion.

Cette thématique suscite en moi un vif intérêt pour toutes les raisons citées précédemment et me pousse à approfondir le sujet.

La population carcérale est mise à l'écart par la société, parfois même rejetée. Pourtant il s'agit d'hommes, de femmes, parfois même de personnes mineures, nécessitant des soins, au même titre que des personnes non incarcérées. C'est de cette notion que découle le thème que j'ai choisi : l'accompagnement en ergothérapie des personnes incarcérées.

B. Réflexion menant à la question de départ

L'accompagnement en ergothérapie des personnes incarcérées est un thème suffisamment large pour pouvoir par la suite cibler comme objet de ma recherche la réinsertion sociale. Plus précisément, le sujet porte sur la mise en place d'un projet adapté aux personnes incarcérées, pour une réinsertion sociale et professionnelle optimale.

D'après Farnworth et al. (1987), « *The therapist's role is to provide an environment where prisoners achieve success from their activities and to build on these successes to promote competent behaviour.* »¹, une citation qui m'a spécifiquement poussé à choisir ce sujet et cette population carcérale spécifique.

D'autre part, les personnes détenues dans les prisons font face au phénomène de privation occupationnelle. La condamnation qu'elles vivent, les privent dans plusieurs domaines : la sphère professionnelle, les relations sociales, leur environnement, leurs occupations. Pendant la durée de leur peine les personnes incarcérées vivent dans une micro-société, régie par différentes règles, différentes habitudes, différentes ressources.

¹ « Le rôle du thérapeute est de fournir un environnement dans lequel les détenus réussissent leurs activités et de s'appuyer sur ces succès pour promouvoir un comportement efficace. »

Pour la préparation de leur sortie, elles peuvent être accompagnées dans leur réinsertion sociale et professionnelle afin d'être aidées pour trouver ou retrouver des occupations significatives et ainsi un certain équilibre de vie. Cette démarche implique plusieurs professionnels dont les ergothérapeutes.

Afin de définir la question de départ, j'ai suivi la méthodologie dite de l'entonnoir.

En partant du thème choisi, puis en définissant un objet et enfin un sujet, j'en ai déduit une question de départ :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner, pendant la période d'incarcération, les personnes en fin de peine, sans pathologie identifiée, en vue de leur réinsertion sociale et professionnelle ?

II. Cadre conceptuel

A. Milieu carcéral

1. Population carcérale

L'INSEE définit la population carcérale comme « [...] l'ensemble des individus, prévenus et condamnés, détenus dans les établissements pénitentiaires ou sous contrôle de l'administration pénitentiaire par l'intermédiaire du bracelet électronique. » (2020).

Selon le ministère de la Justice, au 1^{er} octobre 2021, 69 173 personnes étaient incarcérées dans un établissement pénitentiaire en France métropolitaine et en outre-mer. 66 967 personnes incarcérées sont des hommes et les 2 206 restantes sont des femmes.

Les difficultés rencontrées par la population carcérale lors de leur réinsertion sociale se divisent en cinq grandes catégories : l'éducation, l'emploi, le logement, l'addiction et les troubles psychiatriques. En effet, selon le Ministère de la Justice (2014), « 48% des personnes détenus n'ont aucun diplôme » et « au moins un trouble psychiatrique ou une addiction est identifié chez 8 hommes détenus sur 10 », ce qui conduit généralement à des récidives.

En effet, Maestracci (2012) décrit que les personnes incarcérées « *sont majoritairement issues des classes défavorisées de la société.* ». D'après Beaurepaire (2012), « *toutes infractions confondues, 46 % des sortants de prison récidivent et sont réincarcérés.* ».

Le sujet de mon mémoire cible la réinsertion sociale de la population carcérale n'ayant pas de pathologies psychiatriques identifiées, cette composante psychiatrique demandant un accompagnement en ergothérapie différent.

2. Infractions sanctionnées

Pour assimiler les orientations de chaque personne détenue dans un établissement pénitentiaire, il est essentiel de définir la différence entre les trois types d'infractions : les contraventions, les délits et les crimes.

Selon le Ministère chargé de la justice (2019), les contraventions sont des « *infractions de faible gravité, punies d'une peine d'amende* », les délits sont des « *infractions jugées par le tribunal correctionnel et punies principalement d'une amende et/ou d'une peine d'emprisonnement inférieure à 10 ans.* » et enfin les crimes sont définis comme « *l'infraction la plus grave punissable par une peine de prison.* », qui peut s'étendre de 15 ans de prison à la perpétuité.

Ces sanctions sont décidées par les tribunaux désignés selon chaque infraction.

3. Etablissements pénitentiaires

Après avoir défini les délits et les crimes, qui constituent les différentes causes qui peuvent mener à l'incarcération, il est important de connaître les différentes structures pénitentiaires et de s'approprier leurs similitudes et leurs différences, ainsi que leur proportion numérique en France.

Il y a « *186 établissements [qui] sont classés en deux grandes catégories : maisons d'arrêt et établissements pour peine.* » (ministère de la Justice, 2021).

Les maisons d'arrêt admettent les personnes dont le jugement n'a pas encore été prononcé ou n'est pas définitif ainsi que les personnes devant purger une peine de moins de 2 ans. Actuellement, il y en a 81 en France.

Les établissements pour peine (98 en France), se catégorisent en 4 grandes structures, qui varient selon le type de population carcérale reçue.

Tout d'abord, les maisons centrales qui sont essentiellement basées sur la sécurité renforcée. Au nombre de 6 en France, elles accueillent les personnes détenues pour de longues peines ou bien les personnes jugées à risque et dangereuses.

Il y a également 25 centres de détention qui « *accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale.* » (ministère de la Justice, 2021).

Aussi, des centres de semi-liberté, au nombre de 9, ont pour but d'encourager les projets de réinsertion et de prévenir les risques de récidive en octroyant le droit aux détenus d'avoir une activité professionnelle en dehors du lieu carcéral. Ils peuvent également avoir accès à des traitements médicaux et à des formations.

Ces types d'établissements peuvent se retrouver tous dans un même endroit, qui constitue la quatrième catégorie de structure : les centres pénitentiaires. Ils sont divisés en quartiers et peuvent « *ainsi regrouper une maison d'arrêt, un centre de détention et/ou une maison centrale* » (Vie-publique.fr, 2021). Il en existe 58 en France.

Enfin, il existe 6 structures pénitentiaires spécifiques aux mineurs ainsi qu'une structure spécialisée dans l'hospitalisation de personnes incarcérées. Cette dernière est dirigée à la fois par un directeur pénitentiaire et un directeur d'hôpital.

4. Les différents acteurs

Le milieu carcéral regroupe plusieurs corps de métiers permettant le bon fonctionnement de celui-ci. Tout d'abord, il y a le personnel de surveillance qui est responsable de la sécurité dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire. Certains membres ont reçu une formation spécifique pour gérer les situations de crises et de tensions. En 2018, on comptait 40 738 personnes exerçant au sein des services pénitentiaires en France pour 79 785 personnes incarcérées la même année.

Des équipes responsables des services administratifs, de la direction ou encore le personnel technique gravitent ensemble dans ce milieu carcéral.

Il y a également le « *service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)* » (Vie-publique.fr, 2021).

Il comporte plusieurs professionnels comme des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), des assistants de service social, des psychologues, des surveillants pénitentiaires, un personnel administratif et des éducateurs. Le rôle du SPIP est de prévenir la récidive en proposant des aménagements de peine et en préparant la sortie de prison, la réinsertion sociale et professionnelle de la personne incarcérée.

De plus, des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) regroupent les professionnels médicaux et paramédicaux pour octroyer aux détenus des soins, au même titre que la population.

Pour les soins somatiques, on y retrouve notamment des « *médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, étudiants en médecine [...] personnels infirmiers, préparateurs en pharmacie, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie* » et pour les soins psychiatriques, il y a des « *psychiatres et étudiants en médecine, [...] personnels infirmiers, ergothérapeutes, psychologues* » (Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017).

Enfin, les personnes sortant de prison peuvent être accompagnées par des associations diverses qui les aident dans les démarches nécessaires pour trouver un logement ou un emploi. Leur objectif commun est de réinsérer au mieux les personnes anciennement détenues afin d'éviter des récidives.

5. Réinsertion sociale

La détention, selon Dufour et al. « *vise à la fois la punition et la réinsertion sociale des personnes contrevenantes.* » (2009).

Par définition, la réinsertion sociale est une démarche où une personne faisant face à la justice peut bénéficier d'interventions lui permettant d'être un individu autonome, intégré à sa communauté et respectueux des lois.

Il s'agit d'un des objectifs majeurs d'une peine d'emprisonnement, le but étant d'éviter une récidive de comportements délinquants par la suite. La récidive se définit par « *le fait de commettre un nouvel acte illégal et d'en être reconnu coupable.* » (Dufour et al., 2009).

Pourtant, l'objectif de réinsertion sociale est souvent occulté, « *in practice, rehabilitation is often not the focus of incarceration.* ²» (Raphael, cité dans Muñoz et al., 2011).

Ce processus semble fortement freiné par divers facteurs. Pour commencer, il est nécessaire de « *préparer la sortie de prison dès l'entrée en prison* » souligne Maestracci (2012), ce qui est encore difficile à mettre en œuvre actuellement. En effet, une personne incarcérée doit, pour être réinsérer, « *changer afin de se conformer aux normes de la société* » (Maruna, cité dans Dubois et Ouellet, 2020). Il s'agit là d'un facteur personnel, sur lequel l'individu doit agir de lui-même, bien qu'accompagné dans cette démarche. Cependant, comme l'énoncent Dubois et Ouellet, il y a également un facteur collectif puisque « *la société doit également accepter sa réintégration pour qu'il y ait réhabilitation.* » (2020).

Aussi, le manque de professionnels marque un frein dans la réinsertion sociale, notamment dans les unités psychiatriques des structures pénitentiaires. Comme le soulignent Vacheret et Lafortune (2011) : « *Qu'il s'agisse de travailleurs sociaux, d'ergothérapeute ou de psychologues, il n'y aurait presque plus de spécialistes de la santé mentale dans les établissements de détention.* ».

De ce fait, « *la préparation au retour dans la collectivité reste alors extrêmement succincte, pour ne pas dire inexistante* » (Vacheret et Lafortune, 2011), ce qui démontre les besoins de professionnels de la réinsertion sociale dans le milieu carcéral.

² « *dans la pratique, la réinsertion n'est souvent pas au centre de l'incarcération.* »

En tant qu'ergothérapeute, la réinsertion est une de nos compétences et comme le décrivent Balint et Buiciag (2012), nous représentons « [...] *a new option for the reintegration process, allowing the inmates to adapt to their environment, [...] to adapt the environment to their needs, re-acquiring the necessary skills to perform their daily activities with dignity and self-respect.* »³.

Néanmoins, les ergothérapeutes intervenant auprès des personnes incarcérées pour leur réinsertion sociale sont peu représentés. Muñoz et al. font le constat que « *the profession has continued to struggle to articulate a clear role or establish guidelines for the scope of occupational therapy services within criminal justice systems.* »⁴ (2016), une difficulté identifiée clairement par les ergothérapeutes à travers le monde.

6. Problématiques rencontrées par la population carcérale sortante

En France, on recense diverses problématiques auxquelles la population carcérale sortante fait face. Elles se catégorisent par trois principaux domaines : le social, l'état de santé et l'équilibre occupationnel.

a. Désadaptation sociale

D'abord, selon Beaurepaire (2012), grand nombre de détenus ont un cercle social réduit ou inexistant, « 89 % vivent le plus souvent « seuls », célibataires ou séparés pour 92 % d'entre eux, et 11 % d'entre eux ont des enfants avec lesquels ils gardent des liens. ».

Comme le confirme Maestracci (2012), « *la désinsertion n'est pas seulement provoquée par la prison* », la majorité des détenus expérimentent une désadaptation sociale avant et elle est souvent majorée par l'incarcération.

Les détenus éprouvent une « *rupture des liens affectifs, familiaux et sociaux* » (Beaurepaire, 2012).

³ « [...] une nouvelle option pour le processus de réinsertion, permettant aux détenus de s'adapter à leur environnement, [...] d'adapter l'environnement à leurs besoins, en acquérant à nouveau les compétences nécessaires pour accomplir leurs tâches. »

⁴ « la profession a continué à lutter pour définir un rôle clair ou établir des lignes de conduite pour la portée des services d'ergothérapie dans les systèmes de justice pénale. »

Lorsque qu'une personne purge sa peine de prison, elle se trouve petit à petit désadaptée socialement, dû à son isolement de la société qui continue constamment d'évoluer. Par définition, la désadaptation sociale est la perte des mécanismes mis en place par une personne pour intégrer un groupe.

Comme le soulignent Balint et Buiciag (2012), « [...] *the more the person adapts to this penitentiary environment, the more his chances of social reintegration decrease*⁵. », c'est pourquoi plus la peine expérimentée est longue, plus la désadaptation sociale qui en résulte est importante. Ces difficultés se répercutent ensuite lors de la sortie de prison, « *la problématique des sortants de prison comporte un double enjeu : leur retour à la vie, (...) et un accompagnement prolongé destiné à prévenir les moments critiques ou à y répondre* » (Beaurepaire, 2012).

b. Etat de santé

L'état de santé des personnes détenues pose question. D'après Maestracci, « *avant leur entrée en prison, on a des jeunes en situation de santé nettement plus dégradée que la population générale.* » (2012). La population sortante de prison démontre un état de santé, notamment psychique, dégradé : « *on observe généralement des manifestations anxieuses de stress chronique, des réactions dépressives, la réactivation de traumas anciens, l'abaissement d'une estime de soi chancelante et la reprise de consommations illicites.* » (Beaurepaire, 2012).

Malgré ces constats, avoir accès aux soins en sortant de détention s'avère difficile, tant par la surcharge des structures que par « *la réticence de certaines structures à prendre en charge ce public [...] qui ne se sentent pas toujours formés* » (Le Breton, 2018).

⁵ « [...] plus la personne s'adapte à cet environnement pénitentiaire, plus ses chances de réinsertion sociale diminuent »

c. Déséquilibre occupationnel

Enfin, comme le souligne Whiteford (2011), « *the inmates of the assessment area were living out an existence of sustained occupational deprivation*⁶ ». Nombreuses sont les personnes incarcérées expérimentant une privation occupationnelle lors leur détention, ce qui affecte leurs capacités à vivre dans le monde extérieur et augmente considérablement le risque de récidives.

La privation occupationnelle se définit comme l'impossibilité de s'engager dans des occupations significatives du fait de facteurs indépendants de sa propre volonté, pouvant entraîner une réduction du rendement personnel et de sa volition. Dubois et Ouellet évoquent que « *la réintégration à la communauté implique de se réapproprier une routine quotidienne qui respecte les conditions légales, ce qui s'est avéré complexe dans certaines situations* » (2020).

Ceci renforce l'idée que le retour en société pour les personnes détenues demande une multitude d'adaptations en comparaison à la routine qu'elles ont pu adopter dans un milieu carcéral, requérant un accompagnement spécifique et personnalisé.

De plus, dans le milieu carcéral, les détenus sont sans arrêt « *dépendants de quelqu'un d'autre et dans l'impuissance pour tout* » (Boissier, cité dans Le Breton, 2018), contribuant à ce déséquilibre occupationnel. Le retour à la société classique apparaît comme brutal.

B. Ergothérapie en milieu carcéral

1. Histoire

Le début de l'accompagnement en ergothérapie pour les personnes incarcérées est difficile à identifier. Celui de l'ergothérapie sociale et communautaire n'est pas encore défini clairement dans la littérature.

⁶ « les détenus de l'étude ont vécu une privation occupationnelle. »

Cependant, selon Cockburn (2005), « *Un petit nombre d'ergothérapeutes canadiens ont offert du matériel à des prisonniers de guerre qui souffraient de carence occupationnelle dans les camps allemands, pendant la Deuxième Guerre mondiale.* », ce qui peut situer les prémices de l'ergothérapie communautaire à cette époque.

Les débuts de l'ergothérapie sont situés au début du XXème siècle, on peut donc y voir que l'ergothérapie sociale et communautaire, bien que décrite plus tard par ce terme, a fait partie intégrante de la discipline dès sa création. Cette discipline est encore à ses débuts dans de nombreux pays, notamment en France.

2. Référentiel de compétences

Il me paraît essentiel de rappeler la définition du métier d'ergothérapeute ainsi que les compétences que l'on peut mobiliser dans le milieu carcéral.

L'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes), définit l'ergothérapeute comme « *un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), 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 en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) 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.* ».

La pratique de l'ergothérapie en milieu carcéral étant encore peu développée, il est naturel de se questionner sur la légitimité de nos compétences, face à cette population, sans pathologie identifiée, notamment concernant leur réinsertion sociale.

En consultant le référentiel de compétences du métier d'ergothérapeute, on peut identifier celles étant directement en lien avec l'accompagnement en ergothérapie d'une population incarcérée.

La compétence une « *Evaluer une situation clinique et élaborer un diagnostic dans le domaine de l'ergothérapie* » (France compétences, 2019) et la compétence trois « *Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* » (France compétences, 2019) semblent constituer, à mon sens, les deux principales compétences mobilisées pour l'accompagnement en ergothérapie des personnes détenues. Une réforme sur les études en ergothérapie (2010) a permis de clarifier ces compétences et les approches centrées sur l'occupation, marquant dans l'ergothérapie sociale une avancée.

Malgré un faible nombre d'ergothérapeutes en France intervenant auprès de la réinsertion sociale de la population carcérale, Balint et Buiciag expriment que l'ergothérapie « *[...] can maximize the occupational potential of the inmates during detention, and can support the strategies for social reintegration⁷.* » (2012), démontrant que les compétences de l'ergothérapeute apportent un réel bénéfice dans ce milieu.

3. Réglementation

En termes de réglementation, l'ergothérapeute « *exerce sur prescription médicale uniquement pour les actes professionnels définis par l'article R.4331-1 du code de la santé publique* » (ANFE). Néanmoins, l'article R.4331-1 stipule que certains actes en ergothérapie sont éconduits. Il s'agit des « *conseils d'aides techniques, les actions de prévention et d'accompagnement social, les préconisations et les conseils d'aménagement de domicile ou de lieux de vie ou lieux de travaux, ainsi que les expertises.* » (ANFE).

Ainsi, l'accompagnement des personnes incarcérées sur leur réinsertion sociale semble ne pas exiger une prescription médicale, rentrant dans le cas d'accompagnement social.

⁷ « [...] peut accroître le potentiel des activités des détenus pendant leur détention et soutenir les stratégies de réintégration sociale. »

4. Modèles conceptuels

Dans le but de poursuivre ma réflexion, il me semble judicieux de m'intéresser aux modèles conceptuels utilisés en ergothérapie. Deux modèles ont particulièrement retenu mon attention, il s'agit du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) et le modèle KAWA. Ils m'apparaissent comme appropriés face à la population carcérale sans pathologie identifiée.

a. Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

Afin de définir et homogénéiser le rôle des ergothérapeutes, l'Association Canadienne des Ergothérapeutes a conçu le MCREO.

Comme le décrivent Caire et Raoult (2017, p.85), ce modèle est « *une approche centrée sur la personne* » permettant de définir les objectifs de la prise en soin, notamment en évaluant « *les changements dans la performance et la satisfaction perçue* ».

Il met en exergue les relations existantes entre « *la personne, son environnement, ses activités ou occupations, le sens qu'elle donne à sa vie et à sa santé* » (Law et al. cités dans Caire et Raoult, 2017, p.86). Le MCREO met en lumière l'importance des occupations pour vivre dans un bien-être et interagir avec les autres. Les auteurs s'accordent à dire qu'elles « *donnent un cadre temporel et structurant [...]* » engendrant « *un sentiment de contrôle sur sa vie et de satisfaction.* ».

La notion de satisfaction est primordiale dans ce concept, demandant à la personne d'identifier et de hiérarchiser les occupations problématiques pour elle.

La mise en corrélation avec l'ergothérapie en milieu carcéral, permet d'identifier plusieurs éléments. La dimension de l'environnement est très importante dans ce modèle. C'est pourquoi, il m'apparaît adéquat pour l'utiliser face à un public carcéral, réalisant ses occupations dans un environnement ayant des limites physiques et institutionnelles. Aussi, le MCREO se base sur la relation créée entre la personne et le thérapeute.

Comme l'explique Caire et Raoult (2017, p.91), elle améliore « *le changement individuel et social par le biais de l'occupation dans l'engagement occupationnel au sein d'un environnement social.* ». Dans la prise en soin d'une personne incarcérée ayant pour objectif sa réinsertion sociale, le MCREO me paraît pertinent à utiliser.

Enfin, il s'agit d'un modèle qui tend à « *renforcer l'identité professionnelle* » des ergothérapeutes, ce qui me paraît important dans un lieu d'exercice où peu d'ergothérapeutes interviennent actuellement.

b. Le modèle KAWA

Elaboré au Japon, le modèle KAWA a pour but de « *mettre en évidence l'importance de la culture dans les idées philosophiques sous-jacentes et dans le processus d'intervention en ergothérapie.* » (Morel-Bracq, 2017, p.97).

Lors de l'utilisation de ce concept, il est demandé à la personne de symboliser le cours de sa vie par une rivière. Par la suite, des éléments comme les rives, le lit de la rivière, les rochers et du bois à la dérive vont respectivement représenter les facteurs environnementaux, les problèmes rencontrés et les atouts et les handicaps de la personne.

Par ce moyen, la personne et l'ergothérapeute visualisent ensemble les axes de travail à réaliser en séances. Un point essentiel du modèle KAWA, est que « *la position égalitaire est recherchée.* ». Ce point me semble davantage important à prendre en compte avec une population qui est stigmatisée par la société. Par cet aspect, la relation thérapeutique semble favorisée. Comme l'exprime Morel-Bracq, « *L'utilisation de la métaphore de la rivière facilite l'appropriation du modèle et l'expression de la personne dans une relation non-hiérarchique.* » (2017).

Le modèle KAWA permet de débiter l'accompagnement d'une personne en privilégiant son expression et sa satisfaction. Par la suite, les objectifs et le plan d'intervention sont définis par la collaboration de la personne et de l'ergothérapeute.

Enfin, le modèle KAWA me semble fortement approprié car, comme l'exprime Maestracci (2012) « *on fait comme si les détenus naissaient au moment de leur entrée en prison, alors qu'ils ont toute une vie antérieure ; or c'est sur cette période d'avant qu'il faut travailler.* ».

5. L'intervention en ergothérapie

Dans plusieurs pays, dont les Etats-Unis, l'ergothérapeute est reconnu comme un acteur de la réinsertion sociale auprès des personnes détenues. Et comme le confirment Muñoz et al. en 2016, « *occupational therapists have the capability to play a significant role in addressing the needs of persons within the criminal justice system.*⁸», l'ergothérapeute s'inscrit comme un professionnel important de cette démarche.

Pour débiter, un accompagnement en ergothérapie requiert généralement une phase d'entretiens, de bilans et d'observations. Diverses méthodes peuvent être adoptées selon la pertinence des outils vis-à-vis de la population ciblée et de leur environnement. En accord avec le modèle du MCREO décrit précédemment, une étude menée par Balint et Buiciag recense l'utilisation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO).

Cette étude a été réalisée auprès de deux personnes incarcérées qui ont été accompagnées en ergothérapie quelques mois avant et quelques mois après leur sortie de prison. La MCRO servait de guide des questions à poser. Elles avaient pour but d'assimiler les problématiques rencontrées dans les items de soins personnels, de productivité et de loisirs.

Toutefois, un second objectif était d'identifier « [...] *the clients' perception regarding the period after they were freed.*⁹» (Balint et Buiciag, 2012), permettant un lien avec la future sortie de prison et amorçant la démarche de réinsertion sociale des individus.

Lors d'une prise en soin en ergothérapie, des objectifs sont définis en collaboration avec les usagers après les bilans effectués. Propres à chacun, ils vont cependant majoritairement ciblés les interactions sociales et l'équilibre occupationnel, ces catégories étant décrites comme les problématiques principales de la population carcérale.

⁸ « Les ergothérapeutes ont la possibilité de jouer un rôle important dans la réponse aux besoins des personnes au sein du système de justice pénale. »

⁹ « [...] la perception des clients concernant la période après leur libération. »

Les moyens utilisés sont différents et propres à chaque ergothérapeute. Muñoz et al. réfèrent notamment les axes principaux des prises en charges :

« [...] *addressed coping, stress management, goal setting, employment, leisure or wellness skills.*¹⁰ » (2016).

De plus, Balint et Buiciag (2012) soulignent l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire, pour accompagner l'individu et faire du lien entre chaque domaine, permettant une réinsertion sociale optimale.

Enfin, il est stipulé par Muñoz et al. que les ergothérapeutes privilégient leur propre jugement et personnalisent l'accompagnement en utilisant les outils en fonction des besoins de la personne détenue (2016).

C. Question de recherche et hypothèse

À la suite des recherches effectuées pour le cadre conceptuel de ce travail, il en découle la question de recherche suivante :

Quelle est la pertinence d'une intervention de l'ergothérapeute dans la réinsertion sociale d'une population sortant du milieu carcéral, sans pathologie psychiatrique identifiée ?

Cette question marque l'axe principal sur lequel je vais me baser pour ma phase expérimentale.

Voici l'hypothèse que j'énonce, afin de répondre à ma question de recherche :

- La collaboration de l'ergothérapeute avec les travailleurs autour de la privation de liberté peut constituer une plus-value pour la réinsertion sociale des personnes sortant de prison sans pathologie identifiée.

¹⁰ « [...] l'adaptation, la gestion du stress, la fixation d'objectifs, l'emploi, les loisirs ou le bien-être. »

III. Phase expérimentale

A. Méthodologie de recherche

1. Objectifs

Pour répondre à ma question de recherche, et ainsi, valider ou non mon hypothèse, j'ai souhaité interroger des personnes travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes détenues. Bien entendu, il m'a semblé indispensable de questionner particulièrement des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes détenues. Le but a été de recueillir leurs avis et leurs expertises sur la réinsertion sociale des personnes détenues et plus précisément sur la plus-value d'une collaboration des ergothérapeutes et des autres professions en lien dans cette démarche.

2. Choix de la méthode et de l'approche

Il m'a paru pertinent de suivre une approche hypothético-déductive pour la construction de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Cette approche s'apparente à un raisonnement qui découle d'hypothèses de recherche.

Pour cela, mon étude s'est déroulée en deux temps :

- Dans un premier temps, j'ai réalisé un questionnaire de type QCM et QROC à destination de personnes travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes détenues. Le questionnaire a été adressé largement aux conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), assistants sociaux, travailleurs sociaux et conseiller en insertion professionnelle.
- Dans un second temps d'étude, j'ai également souhaité mener des entretiens téléphoniques semi-directifs avec des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes détenues.

Il aurait paru également pertinent d'interroger des détenus ou d'anciens détenus. Cependant, cette approche se heurte au respect de la loi Jardé, ne permettant pas de questionner directement des patients ou des résidents.

Pour la première partie d'étude, j'ai fait le choix de réaliser un questionnaire car cette option m'a semblé plus accessible pour le public que je ciblais.

Prenant une huitaine de minutes à remplir, le questionnaire contient une majorité de questions fermées (QCM), laissant tout de même la possibilité de compléter les réponses si nécessaire (QROC). Ce questionnaire a été articulé selon les axes suivants :

- Vérification des critères d'inclusion
- Données socio-professionnelles
- Connaissance de l'ergothérapie
- Identification des difficultés de la réinsertion sociale des personnes détenues
- Perception de la pertinence d'une collaboration avec l'ergothérapeute

Les critères d'inclusion pour y répondre étaient d'être un professionnel travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées. À l'opposé, les critères d'exclusion étaient donc toutes personnes qui ne travaillaient pas pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées.

Dans le préambule du questionnaire, il était rappelée la définition de l'ergothérapie par l'ANFE afin d'obtenir un langage commun pour l'ensemble des personnes interrogées. Les données socio-professionnelles comportaient la fonction spécifique que ces personnes occupaient, l'ancienneté dans la fonction et le milieu dans lequel elles exerçaient.

L'évaluation de la connaissance sur l'ergothérapie par les personnes interrogées a porté à la fois sur la connaissance du métier et sur l'existence d'une éventuelle collaboration avec l'ergothérapeute.

L'identification des principales difficultés de la réinsertion sociale des personnes incarcérées et la perception de la pertinence d'une collaboration avec l'ergothérapeute s'est faite au travers d'une appréciation subjective des participants.

Ce questionnaire a été diffusé par voie numérique auprès de groupes de partage d'informations professionnelles de personnes travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes détenues en France.

Le second temps d'étude a comporté des entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes ayant de l'expérience dans le milieu carcéral et en particulier leur point de vue sur la réinsertion sociale de leurs patients.

Les questions étaient ouvertes dans le but de laisser les ergothérapeutes développer leurs idées. Ces entretiens ont duré en moyenne 35 minutes. Ils feront l'objet d'une analyse qualitative.

Les critères d'inclusion pour y répondre étaient d'être un ergothérapeute travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées. En revanche, les critères d'exclusion étaient donc toutes personnes qui ne travaillaient pas pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées ou bien qui n'étaient pas ergothérapeutes.

Le contact avec ces professionnels a été établi par bouche à oreille ainsi que sur les réseaux sociaux.

IV. Résultats

A. Réponses au questionnaire sur la réinsertion sociale des détenus

1. Vérification des critères d'inclusion

Le questionnaire que j'ai fait circuler a reçu 9 réponses.

8 réponses sur 9 correspondaient à mes critères d'inclusion.

2. Données socio-professionnelles

En moyenne, les participants exercent ou ont exercé 14 ans auprès de ce public et dans ce milieu. Les métiers représentés sont les suivants indiqués dans le tableau.

A noter que parmi les CPIP, 2 personnes exercent la fonction de directeur de service pénitentiaire d'insertion et de probation.

Aucun répondant ne travaille au sein d'une association de réinsertion sociale pour les personnes incarcérées.

Professions représentées

Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP)	6
Ergothérapeute	0
Assistant social	0
Travailleur social	0
Conseiller d'insertion professionnelle	1
Formateur GRETA	1

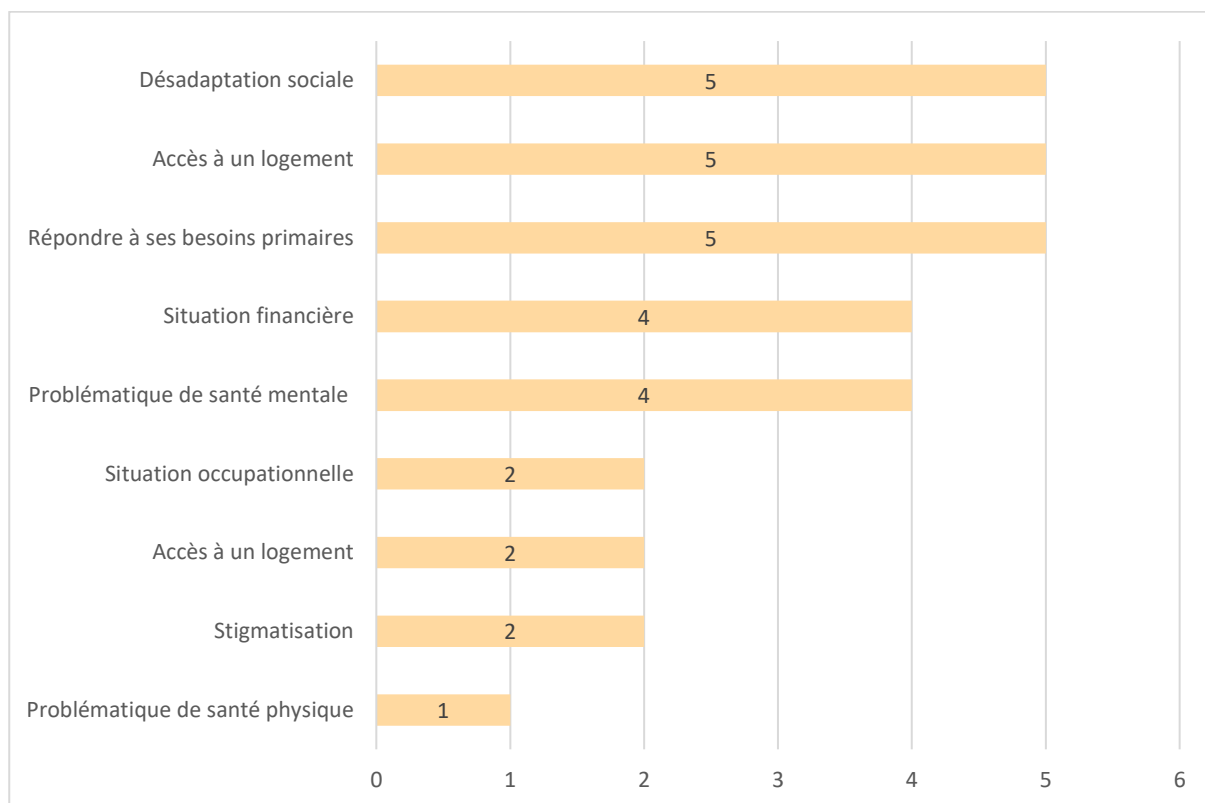
3. Connaissance de l'ergothérapie

7 personnes parmi les 8 ont répondu connaître l'ergothérapie. En revanche, seulement un seul des participants a déjà collaboré avec un ou une ergothérapeute dans le cadre de sa profession. Il en a fait l'expérience dans le cadre d'un atelier dans une maison d'arrêt pour femmes.

4. Identification des difficultés de la réinsertion sociale des personnes détenues

Selon les participants, les trois principales difficultés rencontrées par une personne détenue lors de sa réinsertion sociale sont la désadaptation sociale, l'accès à un logement et répondre à ses besoins primaires c'est-à-dire les besoins physiologiques indispensables (se nourrir, se loger...). La question permettait de choisir plusieurs choix, trois étaient demandés. Cependant, il était possible d'en choisir plus que trois. Un participant a notamment choisi toutes les possibilités, indiquant que de son point de vue, toutes les difficultés rencontrées par la population carcérale sont importantes.

Ce graphique montre les difficultés les plus sélectionnées par les répondants.



Pour pallier ces difficultés, les acteurs qui interviennent sont ceux du champ psycho-médico-social, incluant :

- les CPIP (Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation)
- les assistants sociaux
- les bailleurs sociaux
- les psychologues
- les chantiers d'insertion
- les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale)
- les associations
- Pôle emploi ou la Mission locale
- les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

Les réponses ont été énoncées par les participants par une question ouverte.

5. Pertinence d'une collaboration avec l'ergothérapeute

Enfin, 6 participants pensent qu'une collaboration avec l'ergothérapeute est pertinente dans le cadre de la réinsertion sociale d'une personne incarcérée contre 2 participants qui sont contre.

Les répondants trouvent cela pertinent pour trois critères particuliers :

- la prise de connaissance d'un nouvel environnement
- la réadaptation dans la société
- le réapprentissage de gestes qui sont essentiels à la stabilisation de l'ex personne incarcérée

En revanche, les deux participants au questionnaire ne voyant pas l'intérêt de l'ergothérapie expriment une incompréhension des liens pouvant être faits entre nos interventions communes. Selon eux, en milieu carcéral, les ouvertures sur le monde extérieur sont faibles, la majorité des détenues n'ont pas besoin de l'aide d'un ergothérapeute.

L'adaptation ne se fait pas au niveau physique, mais bien plus sur des éléments sociaux (manque de formation, manque d'accompagnement social, manque de ressources, manque d'hébergement), des compétences que les deux participants ne reconnaissent pas dans le rôle de l'ergothérapeute.

B. Réponses aux entretiens avec l'ergothérapeute

1. Présentation des participants

Les entretiens ont été effectués auprès de deux ergothérapeutes exerçant en France. Par souci d'anonymat, elles seront nommées E1 et E2.

E1 est une ergothérapeute âgée de 39 ans, exerçant en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), structure directement implantée dans un milieu carcéral. Elle est diplômée depuis 2004. Elle prend en charge des patients ayant des pathologies psychiatriques et qui sont, par conséquent, incarcérés dans le lieu où elle travaille. Dans la structure où elle travaille, elles sont deux ergothérapeutes.

E2 est une ergothérapeute âgée de 27 ans, qui a exercé en unité psychiatrique hospitalière de jour (UPHJ), située à l'intérieur d'une maison d'arrêt pendant presque deux ans. Elle est diplômée depuis 2017. Elle recevait les patients incarcérés dans la maison d'arrêt qui avaient une pathologie psychiatrique mais qui étaient globalement stabilisés. Une demi-journée par semaine, elle intervenait auprès d'une maison d'arrêt pour femmes. C'était la seule ergothérapeute du service.

2. Analyse

a. Public

Les patients accueillis par E1 et E2 sont des patients ayant une pathologie psychiatrique accueillis en unités spécialisées. Cela implique de travailler sur prescription médicale. Pour E1, il est même impératif qu'il y ait une prescription médicale car sans raison médicale, il n'y a pas besoin d'ergothérapie. Les prises en charge s'effectuent en dehors des situations de crises et sont adaptées aux situations psychiatriques.

Dans la structure de E2, le suivi des patients était très variable, il y avait un écart notable entre les patients restants quelques semaines et entre les personnes ayant une pathologie chronique, demandant un suivi au long cours. La sortie de l'unité de soins se fait selon deux modalités. Soit retour en détention classique si l'état psychiatrique est compatible, soit sortie du milieu carcéral et retour dans la société. Dans ce dernier cas, la sortie d'un patient est alors davantage liée à une décision administrative plutôt qu'à la fin de la prise en soin.

E1 m'explique qu'il y a un lien administratif qui est fait, cependant il n'y a pas de réel suivi du patient par la suite. E2 m'expose qu'en général, les patients font cependant l'objet d'une injonction de soins après leur sortie, les obligeant à être suivi en psychiatrie.

Concernant le suivi de la réinsertion sociale, E2 m'explique n'avoir été en lien avec les travailleurs sociaux qu'une seule fois pour l'un de ses patients après sa sortie d'incarcération.

C'était à titre exceptionnel dû à la bonne relation de confiance qui était instaurée. Néanmoins, elle m'exprime ne pas trouver ça très logique, car, selon elle, l'ergothérapeute pourrait jouer un rôle essentiel dans cette démarche.

Par rapport aux objectifs formulés, aucune des deux ergothérapeutes n'a accompagné des personnes incarcérées indemnes de pathologie psychiatrique identifiée.

b. Autres acteurs

Les autres professionnels avec lesquels E1 et E2 collaborent sont similaires à un service dit « classique ». En effet, on y retrouve des médecins (psychiatres, généralistes), cadres de santé, IDE, psychologues, psychomotriciens, assistants sociaux, aides-soignants, ASH. Le milieu carcéral inclue d'autres corps de métiers, notamment l'administration pénitentiaire. Cependant, aucune des répondantes n'exprime de liens particuliers avec celle-ci.

En ce qui concerne le domaine de réinsertion, E2 m'explique qu'il y a des CPIP mais qu'elle n'a jamais travaillé avec eux. Selon elle, il est dommage qu'il n'existe pas plus de liaisons entre l'ergothérapeute et les CPIP. Elle l'explique par la méconnaissance des missions que peut avoir l'ergothérapeute.

c. Moyens

Les moyens utilisés sont divers et propres à chaque structure. Les ergothérapeutes interrogées organisent différents ateliers. Ces méthodes s'apparentent à celles utilisées en service psychiatrique classique.

Pour E1, il est primordial de proposer le panel le plus large possible d'activités. Elle insiste sur le fait de partir de la demande du patient. C'est pourquoi, après avoir fait émerger cette demande, elle fait en sorte d'obtenir les moyens nécessaires pour la contenter. Cette approche peut nécessiter une discussion avec l'administration pénitentiaire notamment lorsqu'elle fait appel à l'usage d'outils potentiellement dangereux. Le milieu carcéral dans lequel elle exerce n'impose pas de censure particulière.

Cependant, il y a des règles précises à respecter. Par exemple, les surveillants vérifient chaque soir que les objets jugés potentiellement dangereux sont tous à leur place.

Le premier objectif que E1 identifie dans l'accompagnement de ses patients est d'abord la relation thérapeutique. Les objectifs finaux sont de trouver l'équilibre entre l'autonomie et l'allègement de la souffrance, un dernier point qui parfois est délaissé, selon les observations qu'elle a pu faire. D'après elle, lorsque l'on est concentré sur un objectif de réinsertion psycho-sociale ou sur un objectif de réhabilitation psycho-sociale, le piège est d'oublier l'allègement de la souffrance.

Selon E1, si le patient souffre moins s'il ne travaille pas, s'il ne cuisine pas, alors il faut respecter cela. Les séances d'ergothérapie permettent une ouverture psychique ce qui va, dans les meilleurs des cas, améliorer la réinsertion. Néanmoins, c'est un élément qui reste fragile et selon elle, difficilement exploitable en dehors des ateliers d'ergothérapie.

Concernant les moyens utilisés dans la réinsertion, E1 me livre également son point de vue sur le transfert des acquis. Effectivement, ce n'est pas une méthode dans laquelle elle croit en l'efficacité. Pour elle, c'est le transfert « *tout court* » qui est travaillé avec les patients. C'est-à-dire, le transfert dans la relation. Les prises en charge permettent de travailler le lien, la relation, l'ouverture de l'espace psychique, la relance des processus de maturation psycho-affectifs. Ce qui va soigner c'est la relation thérapeutique, le lien instauré.

Selon E1, les mises en situation ou les ateliers proposés ne sont que très rarement refaits par les patients, de surcroît le transfert des acquis est difficilement atteignable.

Au sujet de E2, elle intervenait la plupart du temps dans des groupes bien qu'à titre exceptionnel, elle recevait des patients individuellement. À l'arrivée des patients, aucun bilan spécifique en ergothérapie n'était réalisé. Il y avait un entretien avec les médecins psychiatres et les infirmiers et beaucoup d'observations. Par la suite, les moyens utilisés étaient semblables à ce qu'on peut rencontrer en psychiatrie de secteur. Plus précisément, il y avait des lieux expressifs et créatifs comme de la peinture, de la mosaïque, d'autres groupes ciblant le côté plus social comme la participation à des jeux de société.

Quelquefois, des groupes à visée de réinsertion étaient organisés, notamment par des jeux de rôles ou par l'outil Dixiludo®, un jeu ludo-thérapeutique permettant de simuler des conversations. Il s'agissait là d'une ouverture pour travailler sur la réinsertion sociale des personnes incarcérées. Certains infirmiers de l'équipe étaient également formés à des programmes de remédiation cognitives, marquant des groupes bien spécifiques dans la structure.

d. La réinsertion sociale

Mon travail de réflexion cible la réinsertion sociale des personnes incarcérées sans pathologie identifiée. E1 et E2 ont pu me livrer chacune leurs points de vue concernant ce sujet, bien qu'elles n'en aient pas eu l'expérience pratique.

Lorsque E1 travaille auprès des patients détenus, ce n'est pas systématiquement dans un but de réinsertion sociale, si cela ne fait pas partie de leur demande propre. Cependant, la réinsertion sociale des personnes incarcérées s'apparente à un objectif implicite. Selon E1, les mettre en activité et en lien avec les thérapeutes et les autres patients va participer à la réinsertion sociale, bien que ce ne soit pas formulé explicitement.

Néanmoins, E1 est perplexe quant au terme de réinsertion sociale. En effet, elle explique que, lorsque les personnes sont incarcérées, elles ne sont pas dénuées de liens sociaux et d'activités. C'est une minorité de personnes détenues qui sont isolées des autres, car elles ont été jugées comme inaptes à être en relation avec les autres. Pour cette population, la réinsertion sociale, en effet, semble incontournable.

Du point de vue de E1, le milieu carcéral s'apparente à une micro-société dans laquelle les codes sont différents de la société à l'extérieur mais les personnes entretiennent des liens sociaux et sont mises en activité. La différence marquée par cette micro-société et la société classique démontre une désadaptation, qui est essentiellement accompagnée par les CPIP. Toutefois, si la demande des patients est ciblée sur la réinsertion, la relation thérapeutique instaurée va prendre tout son sens, elle va faire support de cet objectif de réinsertion. Cela ne signifie pas qu'elle va être transposable sur l'extérieur mais ça pourra fonctionner dans l'instant présent. Un facteur majeur de la réussite de la réinsertion va être la volonté et la demande de la personne.

Par la suite, l'ergothérapeute va soutenir cette démarche et rechercher des moyens pour y parvenir. L'ergothérapie cible l'autonomie, c'est pourquoi, en tant que professionnel, on ne peut pas décider à la place des patients d'avoir l'objectif de réinsertion dans la société.

Tout comme E1, E2 a travaillé sur la réinsertion sociale dans un objectif plus implicite, au fil des activités qu'elle a pu mettre en place. Au premier abord, la réinsertion sociale est majoritairement accompagnée par les CPIP. Cependant, elle me témoigne de nouveau d'une méconnaissance des missions de l'ergothérapeute, car, selon elle, notre profession a un rôle à jouer dans la réinsertion sociale des personnes incarcérées. Elle insiste sur le manque de liens et de connaissance entre professionnels intervenants dans le milieu carcéral, qu'il s'agisse des CPIP, des surveillants ou d'autres professionnels de détention.

Du point de vue de E2, l'ergothérapeute est au cœur de l'activité, et il s'agit là d'une manière détournée de « *travailler sur le travail* ». Toutefois, E2 m'exprime ses doutes quant à la position de l'ergothérapeute dans le domaine de la réinsertion sociale. En effet, bien qu'elle y trouve un intérêt, il y a une trop grande méconnaissance des compétences de l'ergothérapeute pour que ce soit réalisable et ancré dans les pratiques actuellement.

e. Plus-value de l'ergothérapeute

Pour clore mes deux entretiens, j'ai questionné chacune des ergothérapeutes sur les plus-values de l'ergothérapeute pour la réinsertion sociale.

Je leur ai demandé leur point de vue sur l'intérêt de proposer des séances d'ergothérapie à des personnes incarcérées ne présentant pas de pathologie psychiatrique identifiée.

Selon E1, l'ergothérapeute peut être un acteur de la réinsertion sociale, étant donné le travail sur l'autonomie de la personne. Cependant, ce ne sont pas forcément par des moyens directs. L'ergothérapeute ne va pas travailler les habiletés d'occupation mais va plutôt l'aider à se positionner en tant que sujet, à formuler une demande ou encore à être en relation avec d'autres personnes.

Tout cela va travailler l'autonomie et, s'il y a un travail sur l'autonomie alors ce sera forcément une plus-value pour la réinsertion. Néanmoins, selon elle, cet accompagnement ne peut se faire que dans un cadre médical, avec une prescription médicale également, sinon il n'y a pas d'ergothérapie.

Du point de vue de E2, l'une des plus-values dans la réinsertion sociale est la relation instaurée avec les patients, bien qu'elle soit partagée par d'autres professionnels. C'est surtout au niveau de l'activité que l'ergothérapeute va se démarquer dans le cadre de la réinsertion. En effet, c'est le moyen de voir en action le patient, d'interagir avec les autres personnes, de projeter ce que ça pourrait donner en extérieur, même s'il y a différents facteurs qui font que tout peut changer.

V. Discussion

A. Retour sur les questionnements

Tout d'abord, j'ai débuté la réflexion sur mon sujet de mémoire par cette question : Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner, pendant la période d'incarcération, les personnes en fin de peine, sans pathologie identifiée, en vue de leur réinsertion sociale et professionnelle ?

Après des recherches littéraires plus approfondies, ma question s'est précisée, laissant place à cette dernière :

Quelle est la pertinence d'une intervention de l'ergothérapeute dans la réinsertion sociale d'une population sortant du milieu carcéral, sans pathologie psychiatrique identifiée ?

Les deux questions semblent similaires cependant, la question de recherche pointe davantage la réinsertion sociale et permet de dévoiler une hypothèse :

- La collaboration de l'ergothérapeute avec les travailleurs autour de la privation de liberté est une plus-value pour la réinsertion sociale des personnes sortant de prison.

A mon sens, l'hypothèse que j'ai émise n'est pas validée. Dans la formulation de l'hypothèse, il est question d'ergothérapeutes et des personnes travaillant autour de la privation de liberté. Comme expliqué auparavant, j'ai interrogé ces personnes afin d'apporter une réponse et de compléter mon travail primaire fait par la littérature. Il s'en est dégagé plusieurs axes me permettant d'infirmer mon hypothèse.

1. Une méconnaissance des rôles de chacun

Un des points principaux qui est ressorti de ma réflexion est la méconnaissance en ce qui concerne les missions et les compétences de l'ergothérapeute.

Il a été relevé une incompréhension des rôles de chacun dans le domaine de la réinsertion sociale, menant à un manque crucial de liens. Les recherches menées auprès des différents professionnels concernés ont donc démontré une collaboration quasi-inexistante à l'heure actuelle, en France. Dans d'autres pays, l'ergothérapeute est davantage identifié et inscrit dans le processus de réinsertion sociale des personnes incarcérées sans pathologie identifiée.

De plus, pour certaines personnes, le champ d'intervention de l'ergothérapeute semble se restreindre exclusivement au domaine du médical. Le domaine social est occulté.

Il est naturel de se demander s'il existe une différence de perception sur ce sujet entre les ergothérapeutes diplômés avant et après l'arrêté du 5 juillet 2010 concernant les études en ergothérapie. En effet, après cette réforme, les sciences de l'occupation et les modèles conceptuels en ergothérapie ont été intégrés au programme des études, marquant un tournant dans l'histoire de l'ergothérapie.

Pour certains des participants, la nécessité d'un travail sur prescription médicale constitue une limite au processus de réinsertion sociale des personnes sans pathologie identifiée. La question de la prescription médicale a notamment été soulevée par quelques répondants, exprimant leur incompréhension face à l'intervention auprès de cette population.

L'ergothérapeute peut cependant intervenir auprès d'un public sans l'obligation de prescription médicale, en particulier lorsqu'il s'agit d'accompagnement social.

Néanmoins, la majorité des professionnels interrogés a exprimé l'envie de faire évoluer les pratiques et d'établir une collaboration.

2. Les plus-value de l'ergothérapeute

Malgré la méconnaissance des rôles de chacun, qui marque un élément essentiel de mon travail, plusieurs résultats démontrent tout de même une plus-value de l'ergothérapeute identifiée avec la population carcérale sans pathologie.

Effectivement, les auteurs ainsi que les participants à mon étude identifient plusieurs qualités de l'ergothérapeute dans le domaine de la réinsertion sociale des personnes incarcérées sans pathologie identifiée :

- L'autonomie.
- La relation
- L'activité

Selon les participants, les personnes sortants de détention nécessitent un réapprentissage des gestes du quotidien ainsi que l'acceptation de l'autre et du groupe.

Le réapprentissage demande de travailler au rythme de chacun en petit groupe pour se sentir utile, pour converser, pour échanger et accepter l'autre dans ce qu'il est. Cette prise en charge s'adresserait davantage à des personnes sorties de prison, aux plus démunies et les moins socialisées.

La relation thérapeutique établit par l'ergothérapeute et la personne incarcérée semble être un atout dans la réinsertion sociale de la personne. Elle marque l'axe principal de l'accompagnement actuel auprès des personnes incarcérées et ayant une pathologie psychiatrique. On peut imaginer qu'auprès de la population sans pathologie identifiée, l'accompagnement se baserait sur le développement du champ occupationnel, sur un espace transitionnel...L'expérimentation de différentes approches pourraient s'inscrire dans le développement de l'ergothérapie sociale.

Par ailleurs, l'expertise dans les occupations permet à l'ergothérapeute de se démarquer pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées sans pathologie identifiée. Lorsque l'incarcération est longue, les sujets perdent pour la majorité, des fonctions d'autonomie.

B. Biais et limites

Le travail réalisé comporte plusieurs limites et biais.

Les limites de mon étude sont les suivantes. D'abord, il y a très peu d'ergothérapeute en France travaillant sur la réinsertion sociale de la population carcérale sans pathologie. J'ai donc pu interroger seulement deux ergothérapeutes, ce qui n'est pas suffisant pour refléter l'avis de tous les ergothérapeutes.

De plus, ce sont des ergothérapeutes qui exercent avec une population carcérale psychiatrique et non sans pathologie. Elles ont donc pu me livrer leur point de vue, bien qu'elles n'aient pas expérimenté la réinsertion sociale auprès des personnes détenues sans pathologie identifiée.

Concernant les biais de mon travail, j'en identifie quatre principaux.

Le premier concerne le nombre de réponses des professionnels de la réinsertion sociale des détenus. En effet, je n'ai pas reçu assez de réponses pour établir qu'il s'agisse de l'avis de la majorité en France. Je l'identifie comme un biais car, avec plus de partage et de diffusion, il est certain qu'il y aurait eu plus de réponses. Aussi, je n'ai pas eu de retour d'associations de réinsertion, ce qui aurait peut-être permis d'avoir un point de vue différent des professionnels qui ont répondu.

Toujours sur le questionnaire, j'identifie un deuxième biais. En effet, les questions n'étaient pas assez précises et assez claires. Certains termes pouvaient être interprétés de différentes manières.

Le troisième biais défini concerne les entretiens. En effet, E1 était plus loquace, ce qui m'a permis d'avoir plus de détails ainsi que des idées de questions supplémentaires à poser à E2 par la suite.

Par conséquent, les entretiens n'ont pas été menés de la même façon. Je l'identifie comme un biais de neutralité, mettant en cause l'objectivité de ma recherche. Afin de l'éviter, si la situation se représentait, je sais dorénavant que je ne modifierai pas la trame des questions de mes entretiens.

Les entretiens n'étaient pas suffisamment cadrés sur la population carcérale sans pathologie identifiée, ce qui constitue un quatrième biais à mon étude. Si je devais refaire la recherche, je ciblerais davantage la trame de mes questions sur ce point.

C. Perspectives envisagées

Le sujet de l'accompagnement de la population carcérale en vue de leur réinsertion sociale est en émergence, impliquant plusieurs facteurs à développer.

En premier lieu, il est primordial que les rôles de chaque professionnel intervenant soient mieux connus pour tendre à la réinsertion sociale de tous. L'ergothérapeute a des compétences dans le champ de la réinsertion sociale et coopérer avec le personnel administratif et social pourrait faire évoluer ce domaine.

En deuxième lieu, interroger des personnes détenus ou anciennement détenues permettrait de recueillir le point de vue direct des personnes concernées. Cela engendrera des objectifs sur lesquels se focaliser, en partant de situations vécues et de problématiques rencontrées.

En troisième lieu, le budget alloué au milieu carcéral semble présenté comme un frein, il faudrait améliorer ce point pour que les moyens déployés pour la réinsertion sociale des détenus soient optimaux.

L'ergothérapie sociale pose la question du financement. Il serait pertinent de s'intéresser aux modalités. Le domaine social étant détaché du domaine médical, le financement n'est pas géré par la sécurité sociale, donc qui la finance ?

Un préalable indispensable consisterait à montrer la pertinence de l'ergothérapie sociale au travers d'expérimentations menées auprès de ce public carcéral.

De même que pour la question du financement, on peut s'interroger sur le cadre de l'ergothérapeute qui veut intervenir dans une approche d'ergothérapie sociale. Puisque qu'il ne s'agit pas d'une problématique médicale, la prescription médicale n'a pas lieu d'être. Des questions émergent donc : qui cadre l'ergothérapeute ? Comment sont envoyées les personnes bénéficiant de l'accompagnement social proposé par l'ergothérapeute ?

Répondre à ces interrogations va probablement marquer une avancée dans la pratique de l'ergothérapie sociale et donc plus particulièrement l'accompagnement auprès des personnes incarcérées sans pathologie identifiée.

Enfin, il faut garder à l'esprit qu'il s'agit des débuts de l'ergothérapie sociale. Pour faire évoluer la pratique de l'ergothérapie en milieu carcéral, il faudrait s'appuyer sur ce qui est fait dans d'autres pays, bien qu'il faille rester critique face à ce qui fait, les systèmes légaux et pénitentiaires étant différents de ceux organisés en France.

D. Apports personnels

Travailler sur mon mémoire a eu plusieurs impacts sur le plan personnel.

J'ai eu l'occasion d'échanger avec différents professionnels, ce qui a enrichi ma réflexion ainsi que mon réseau d'ergothérapeutes en milieu carcéral. L'ergothérapie avec une population carcérale est en lien avec mon projet professionnel, par conséquent en apprendre davantage sur les manières de pratiquer m'a semblé très formateur. Effectivement, bien que les ergothérapeutes interrogés n'exercent pas auprès d'une population carcérale sans pathologie identifiée, nos interactions m'ont motivée à continuer ma réflexion au sein de ma future pratique professionnelle.

Par ailleurs, communiquer avec les autres professionnels, a permis d'ouvrir ma réflexion sur leurs rôles et la façon dont on peut mettre en lien nos champs de compétences. Interagir avec d'autres professionnels à propos de l'ergothérapie m'a montré l'importance de définir les rôles et les compétences de chacun. À l'avenir, j'aimerai travailler en interprofessionnalité et mon étude a confirmé que beaucoup de métiers ont une vision restreinte des compétences de l'ergothérapeute.

A mon sens, la collaboration entre les ergothérapeutes et les professionnels de la réinsertion sociale est pertinente et possible, bien que bousculer les habitudes et les pensées semblent encore long et périlleux. L'ergothérapie sociale en est encore à ses débuts, les règles et ses frontières ne sont pas encore bien définies.

A défaut d'avoir réalisé un stage en milieu carcéral, j'ai pu affiner mes connaissances sur la prise en soin de ce type de structure. Les recherches sur les modèles conceptuels m'ont permis de me projeter et d'être critique sur ma future pratique professionnelle.

Enfin, mon travail m'a conforté dans l'idée d'exercer auprès de la population carcérale une fois diplômée.

VI. Conclusion

En conclusion, le milieu carcéral réunit une population carcérale qui est confrontée à diverses difficultés quant à la sortie de prison. La récidive est courante bien que des professionnels œuvrent pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées.

Parmi ces professionnels, on y distingue l'ergothérapeute qui a des compétences qui lui sont propres. Effectivement, il démontre une expertise de l'autonomie, de la relation et de l'activité qui semblent marquer une plus-value pour la réinsertion sociale.

Cependant, les professionnels de la réinsertion sociale et l'ergothérapeute ne collaborent pas ensemble. La méconnaissance des champs d'actions de chacun est prédominante. Cette problématique semble universelle dans beaucoup de domaines bien que l'ergothérapie soit en constante évolution ces dernières années.

L'ergothérapie sociale étant en pleine émergence, en France mais particulièrement dans d'autres pays, il paraît indispensable de s'inspirer des pratiques qui sont faites ailleurs. Il faut néanmoins garder à l'esprit que les systèmes légaux, pénitentiaires et médicaux ne sont pas les mêmes qu'en France.

Toutefois, ce travail révèle de nouveaux questionnements sur le sujet de l'accompagnement des personnes incarcérées. En effet, il était ciblée la sortie de prison et la réinsertion dans la société. Mais lorsqu'une personne arrive dans un établissement pénitentiaire sans prévision de sortie annoncée, comment l'équilibre occupationnel est-il alors pris en charge ? Le champ d'intervention de l'ergothérapeute paraît très vaste auprès de ce public.

VII. Bibliographie

Ouvrages

Caire, J. M., & Raoult. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie, Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck supérieur.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie, Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck supérieur.

Articles

Balint, N.-T., & Buiciag, C. (2012). The role of occupational therapy in social reintegration of the convicted and imprisoned persons during their probation period. *Gymnasium*, 13, 246-268.

Beaurepaire, C. de. (2012). The Social and Mental Vulnerability of Inmates In and Out of Prison. *Revue du MAUSS*, 40(2), 125-146.

Cockburn, L. (2005). *Canadian occupational therapists' contributions to prisoners of war in World War II*. *Can J Occup Ther.*, 72(3), 183-8. doi: 10.1177/000841740507200306. PMID: 15988965

Dubois, M.-È., & Ouellet, F. (2020). Les défis de la réinsertion sociale : Regard éclairé sur la réalité vécue par la clientèle en maison de transition / Challenges to reintegration: Barriers to reentry encountered by ex-convicts in halfway houses. *Criminologie*, 53, 309. <https://doi.org/10.7202/1074197ar>

Dufour, I., Brassard, R., & Guay, J.-P. (2009). Sursis, récidive et réinsertion sociale : Un équilibre précaire. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 51, 303-327. <https://doi.org/10.3138/cjccj.51.3.303>

Farnworth, L., Morgan, S., & Fernando, B. (1987). Prison Based Occupational Therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 34(2), 40-46. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.1987.tb01567.x>

Maestracci, N. (2012). Rethinking the Release from Prison. *Revue du MAUSS*, 40(2), 202-212.

Muñoz, J. P., Moreton, E. M., & Sitterly, A. M. (2016). The Scope of Practice of Occupational Therapy in U.S. Criminal Justice Settings. *Occupational Therapy International*, 23(3), 241-254. <https://doi.org/10.1002/oti.1427>

Vacheret, M., & Lafortune, D. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Deviance et Societe*, Vol. 35(4), 485-501.

Autres sources

ANFE. (s. d.-a). *Qu'est-ce que l'ergothérapie – ANFE*. Consulté 3 avril 2021, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

ANFE. (s. d.-b). *Règles professionnelles – ANFE*. Consulté 4 mai 2022, à l'adresse <https://anfe.fr/regles-professionnelles/>

France Compétences. (s. d.). *RNCP18363-DE - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute*. France compétences. Consulté 4 mai 2022, à l'adresse <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/18363/>

INSEE. (s. d.-a). *Définition-Population carcérale*. Consulté 3 avril 2021, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1505>

INSEE. (s. d.-b). *Récidivistes et réitérants – Sécurité et société | Insee*. Consulté 6 mai 2022, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763587?sommaire=5763633&q=r%C3%A9cidive>

Le Breton, A. (s. d.). *Sortants de prison : Poursuivre les soins, une étape essentielle*. *oip.org*. Consulté 4 mai 2022, à l'adresse <https://oip.org/analyse/sortants-de-prison-poursuivre-les-soins-une-etape-essentielle/>

Ministère de la Justice. (s. d.-a). *Les structures pénitentiaires*. justice.gouv.fr. Consulté 4 novembre 2021, à l'adresse <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>

Ministère de la Justice. (s. d.-b). *Statistiques de la population détenue et écrouée*. justice.gouv.fr. Consulté 5 novembre 2021, à l'adresse <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-e-et-ecrouee-33736.html>

République Française. (s. d.-a). *Quels sont les différents acteurs intervenant en milieu pénitentiaire ?* Vie publique.fr. Consulté 5 novembre 2021, à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/fiches/268779-quels-sont-les-differents-acteurs-intervenants-en-milieu-penitentiaire>

République Française. (s. d.-b). *Quels sont les différents types de prisons ?* Vie publique.fr. Consulté 4 novembre 2021, à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/fiches/268775-quels-sont-les-differents-types-de-prisons>

Statista. (s. d.). *Effectifs des établissements pénitentiaires France 2018*. Statista. Consulté 31 janvier 2022, à l'adresse <https://fr.statista.com/statistiques/862006/effectif-prisons-france/>

WFOT. (2019). *Ergothérapie et Pratique Communautaire, DECLARATION DE POSITION*.

Whiteford, G. (1997). Occupational deprivation and incarceration. *Journal of Occupational Science*, 4(3), 126-130. <https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686429>

Annexes

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE	1
ANNEXE II : TRAME DES QUESTIONS DE L'ENTRETIEN.....	5
ANNEXE III : CHARTE DE CONSENTEMENT	6
ANNEXE IV : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN E1	7
ANNEXE V : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN E2	16

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

Questionnaire sur la réinsertion sociale des personnes détenues

Bonjour,

Actuellement en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE La Musse à Evreux. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'accompagnement en ergothérapie des personnes incarcérées en vue de leur réinsertion sociale.

Dans le cadre de cette réflexion, je suis à la recherche de personnes travaillant ou ayant travaillé pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées.

A travers ce questionnaire, je souhaite recueillir votre avis et votre expertise sur la réinsertion sociale des personnes détenues et plus précisément la plus-value d'une collaboration avec l'ergothérapeute dans cette démarche.

"L'ergothérapeute est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaire, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de l'enseignement et de la formation, techniciens de l'habitat...), il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité (...) et la santé, il mène des actions (...) 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." (ANFE)

Le questionnaire est composé de 9 questions et prend environ 8 minutes à remplir. Pour de plus amples informations, vous pouvez me contacter par mail à l'adresse ergomemoire.ap@gmail.com

Je vous remercie pour vos réponses.
Cordialement,
AVENEL Pauline

*Obligatoire

1. 1. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

2. 2. Depuis combien de temps travaillez-vous pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées ? *

3. 3. Quelle fonction occupez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation
- Ergothérapeute
- Assistant de service social
- Travailleur social
- Autre : _____

4. 4. Exercez-vous une profession au sein d'une association de réinsertion sociale pour les personnes incarcérées ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

5. 5. Connaissez-vous l'ergothérapie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. 6. Avez-vous déjà collaboré avec un ou une ergothérapeute dans le cadre de votre profession ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

7. Si oui, comment avez-vous travaillé ensemble ?

8. Avec quel public du milieu carcéral ?

9. 7. Selon vous, quelles sont les trois difficultés principales rencontrées par un détenu lors de sa réinsertion sociale ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Désadaptation sociale
- Situation financière
- Situation occupationnelle
- Accès à un emploi
- Accès à un logement
- Répondre aux besoins primaires
- Stigmatisation
- Problématique de santé physique
- Problématique de santé mentale

10. 8. Quels sont les acteurs qui interviennent pour pallier ces difficultés ? *

11. 9. Après avoir lu la définition de l'ergothérapie dans l'introduction, pensez-vous * qu'une collaboration est pertinente dans le cadre de la réinsertion sociale d'une personne incarcérée ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

12. Si oui, dans quelles circonstances ?

13. Si oui, avec quel public du milieu carcéral serait-ce pertinent ?

14. Si non, pourquoi ?

ANNEXE II : TRAME DES QUESTIONS DE L'ENTRETIEN

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
2. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?
3. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées ? Avec pathologies ou sans pathologies ?
4. Dans quel cadre ? (Est-ce ou était-ce en milieu fermé, en association ? Pathologies particulières ou non ?)
5. Quels sont les différents acteurs avec lesquels vous avez été amenés à collaborer ?
6. Comment s'est déroulée cette collaboration?
S'il n'y en a pas eu : Est-ce que ça a manqué ?
7. Comment intervenez-vous auprès de ce public ? Quels moyens concrets utilisez-vous pour accompagner les personnes incarcérées dans leur réinsertion sociale ? Quels outils ? Quels bilans ?
8. Combien de temps dure le suivi des personnes incarcérées que vous accompagnez dans leur réinsertion sociale ? Est ce qu'il y a un suivi après la prise en charge comme un système de passage de relais ?
9. Selon vous, quelles compétences de l'ergothérapie marquent une plus-value pour la réinsertion sociale ? Quelles seraient les plus-values de l'ergothérapie pour la réinsertion des personnes incarcérées, est ce que ça vous paraît possible ?

ANNEXE III : CHARTE DE CONSENTEMENT

Dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche sur le sujet « L'accompagnement en ergothérapie des personnes incarcérées en vue de leur réinsertion sociale », Pauline AVENEL recherche des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en milieu carcéral afin de répondre à des questions.

A travers un entretien, l'étudiante en ergothérapie souhaite recueillir votre avis et votre expertise sur la réinsertion sociale des personnes détenues et plus précisément sur la plus-value d'une collaboration des ergothérapeutes et des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation dans cette démarche.

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle.

Je soussigné(e)..... consens à participer à cet entretien dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche sur « l'accompagnement en ergothérapie des personnes incarcérées en vue de leur réinsertion sociale ».

Je reconnais rentrer dans les critères de sélection possible pour répondre aux questions de l'entretien et autorise l'utilisation de mes données pour chiffrer cette étude.

Date :

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé » :

ANNEXE IV : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN E1

P : « Pour vous donner un peu de contexte, je fais mon mémoire sur l'accompagnement des personnes incarcérées en vue de leur réinsertion sociale. Et, du coup, ma première question c'est de m'assurer que vous êtes bien ergothérapeute ? »

E1 : « Oui. »

P : « Et, dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? »

E1 : « Je peux vous donner mon âge, ça ira plus vite, j'ai 39 ans. »

P : « Merci, depuis combien de temps vous êtes diplômée ? »

E1 : « Depuis 2004. »

P : « Ok, et du coup est ce que vous travaillez ou vous avez déjà travaillé pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées ? »

E1 : « Alors, je travaille auprès de patients détenus, mais pas forcément dans un but de réinsertion sociale, si ce n'est pas leur demande à eux. »

P : « D'accord, ok, et en général ils ont forcément des pathologies ou il y a des personnes qui n'ont pas de pathologies ? »

E1 : « Alors ils sont tous psychiatriquement malades car je travaille dans un hôpital, intra, qui est adapté pour recevoir des personnes détenues. »

P : « D'accord, ok, donc du coup le cadre dans lequel vous recevez ces personnes c'est dans l'hôpital directement c'est ça ? »

E1 : « Oui, en fait c'est un hôpital qui est construit avec les, on va dire, les contraintes, les normes de la prison, comme une petite prison si vous préférez et puis comme si au milieu de cette petite prison, il y a un chemin de ronde, y a les murs, y a tout ça, y a trois unités de service hospitalier classique, plus ou moins classique. Il y a des aménagements à l'intérieur qui font qu'on se souvient qu'on est en prison, mais globalement c'est ça. »

P : « Qu'est-ce qui différencie les trois services ? »

E1 : « Il y a deux unités qui, au départ, étaient différenciées mais ne le sont plus, ce sont ce qu'on appelle des unités de psychiatrie générale. Elles reçoivent des patients qui ont besoin d'être hospitalisées et on les accompagne du début jusqu'à soit leur sortie [sous-entendu, sortie de prison], soit leur retour en détention. Et, il y a une unité qui est plus centrée sur un projet de réhabilitation psychosociale. Et moi, je travaille avec les trois unités en fait. »

P : « Vous intervenez auprès de tout le monde dans ce .. »

E1 : « Ceux qui ont des prescriptions médicales. »

P : « Et du coup, quels sont les différents acteurs avec lesquels vous êtes amenée à collaborer ? J'imagine qu'il y en a beaucoup. »

E1 : « Comme dans un service classique, c'est-à-dire qu'il y a des infirmiers, des médecins, des psychologues, des psychomotriciens, assistants sociales, aides-soignants, ASH, quand je dis médecin, c'est médecin psychiatre, médecin interne, médecin généraliste, y a les cadres évidemment. Et après, les rapports avec l'administration pénitentiaire sont quand même assez distants dans le sens où, ils nous ouvrent les portes, moi je n'ai pas de clés, globalement ils nous ouvrent les portes et les patients passent au détecteur de métaux lorsqu'ils sortent de l'atelier d'ergo et puis y a un contrôle des outils tous les soirs, des outils spécifiques, ceux qui sont jugés potentiellement dangereux, et ouais c'est tout. On ne peut pas dire qu'on a un travail clinique avec eux, pas du tout. »

P : « Et du coup, lorsque la demande des personnes incarcérées c'est plus accès sur leur réinsertion sociale, est ce qu'il y a des collaborateurs en plus ? »

E1 : « Alors, moi quand c'est le cas...Après je ne sais pas ce que vous entendez par réinsertion sociale en fait mais, euh y a des assistantes sociales. Et après il y a l'unité qui a projet de soin orientée sur la réhabilitation psychosociale du coup on va collaborer avec toute l'équipe. Mais est-ce que vous pouvez me donner des exemples de réinsertion sociale ? »

P : « Moi en fait ce que j'entends par réinsertion sociale, c'est que, pour moi, une personne qui est incarcérée elle peut, pas dans tous les cas mais, elle peut être amenée à vivre une désadaptation sociale, enfin au moment où elle va revenir dans la vie.. sortir du milieu carcéral, j'ai vu que les personnes ont perdus certains points de repères, notamment dans leurs occupations, c'est pour ça que je vois un lien avec le travail de l'ergothérapeute. »

E : « Et du coup quels moyens vous utilisez avec les patients par exemple ? »

P : « Alors du coup j'ai vu plutôt des mises en situations, aussi un accompagnement auprès de tout ce qui se passe, un peu comme j'ai pu en réhabilitation psychosociale, je trouve qu'il y a pas mal de liens, pour l'instant, au vue des données que j'ai, je dirais plutôt des mises en situations et voilà, après je n'ai pas beaucoup de données, vous êtes mon premier entretien. »

E1 : « Non, mais c'est important parce que je pense qu'on peut...je sais pas comment expliquer, c'est-à-dire que c'est un modèle pour moi, la réhabilitation, c'est une espèce de logique, dans laquelle on s'inscrit si on veut, du coup quand vous dites que les

personnes détenues ont perdu la notion d'occupation, ça je suis pas sûre parce que justement, ils ont beaucoup de temps, donc ils ont pas mal de temps pour s'occuper justement en détention, en tout cas c'est peut-être la représentation que vous pouvez en avoir mais du coup les remettre en activité autour d'une demande qu'ils peuvent faire c'est du coup de la réinsertion sociale, même si j'entends ce que vous dites. Du coup, tout va être réinsertion sociale, dans le sens où quand on les met en activité et en lien avec nous, ils sont dans une réinsertion psychosociale, donc il n'y a pas forcément un objectif de réinsertion psychosociale qui est pratico-pratique mais de toutes façons les remettre dans la « réalité » dans une temporalité autour d'une activité et dans un suivi ergo, qui va être hebdomadaire, et en lien avec nous... Forcément ça va un petit peu les « réinsérer » mais c'est comme si on le faisait sans le savoir pour moi. »

P : « C'est comme un objectif secondaire en fait, enfin qui finalement est pas défini comme tel, mais finalement ça participe quand même. »

E1 : « Eh oui. Parce que de toutes façons on va se mettre en lien avec eux et on va ...heu...parce que je pense qu'on a une représentation, après vous me dites si je me trompe, je suis peut-être hors-sujet pour vous, mais faut pas penser, à mon avis, que la personne détenue est isolée, ils ne sont pas tous en isolement. C'est une micro-société la prison, il y a énormément de liens avec les autres, parce que y a plein de temps en commun, et puis il y a souvent des rapports compliqués, il y a des codes qui sont particuliers en prison, qui ne sont pas les mêmes codes que dans la société, ça oui, peut-être qu'il faut voir ça... Car dehors ce n'est pas forcément la loi du plus fort alors qu'en prison oui, parce qu'il y a des patients, encore un fois, qui sont en quartier d'isolement par exemple parce que on a jugé qu'être en relation avec les autres c'est trop compliqué ou parce qu'ils ont agressé des surveillants. Eux ils ont à l'isolement total. Donc ils ne voient personne, alors pour eux il y a certainement du travail à faire. Mais pour les autres on ne peut pas dire qu'ils soient tous seuls, dans leur cellule, à rien faire toute la journée. Ce n'est pas vrai. »

P : « Non mais justement, vous parlez d'une micro société, mais du coup cette micro-société est forcément bien différente de la société dehors et du coup c'est aussi ce changement qui à mon sens semble assez direct entre les deux milieux, et du coup, la personne peut se sentir désemparée, enfin d'après ce que j'ai lu c'est une des problématiques en terme de réinsertion, c'est ce passage de cette micro-société à la société, il est parfois tellement compliqué qu'il y a pas mal de récidives et c'est aussi

pour ça que la réinsertion sociale est assez importante et qu'il faut s'axer dessus lorsqu'une personne sort. »

E1 : « Après moi j'y vois plus le rôle des CPIP [Conseiller Pénitentiaire d'Insertion Professionnelle], si vous pouvez en joindre c'est pas mal, parce que c'est un peu leur travail en fait. »

P : « En fait, j'ai déjà fait un questionnaire pour les CPIP justement. »

E1 : « Ah d'ailleurs en parlant de ça j'ai aussi un contact, parce que j'ai forcément une vision un peu biaisée car je ne suis pas dans la prison. Dans ce que vous dites, c'est vrai qu'il y a le côté volontaire, faut avoir ça en tête, il y en a pas mal on entrevoit leur sortie que comme une possibilité de retrouver leurs anciennes habitudes et leurs anciens réseaux, anciennes connaissances, on n'est pas tout puissant sur ce genre de choses. Après, j'ai en tête, là j'ai un patient par exemple qui est issu de la communauté des gens du voyage, qui n'a jamais eu accès à l'école, enfin si, il a eu accès mais ça ne le faisait pas, il se faisait moquer... parce que y a plein de choses de mises en place effectivement mais après y a quand même le côté volontaire, en fait on ne peut pas se substituer à la demande ni de l'enfant qui est dans une société où ça ne se fait pas ni du patient. C'est pour ça que j'insiste beaucoup sur la question de la demande parce qu'on ne peut pas. Avoir envie pour eux c'est bien mais ça ne suffira jamais. Et puis faut faire attention de pas être dans l'ingérence, donc c'est bien d'accompagner une demande mais pas forcément décider à leur place ce qu'il faut faire, à mon avis. Et, ça c'est le côté ergo. Si vous voulez être côté ergo, faut d'abord faire émerger une demande. Et là actuellement, y a un patient qui a demandé, à apprendre à écrire et à lire, en me disant qu'effectivement il avait toujours eu un peu honte d'aller à l'école, parce que les autres se moquaient, qu'il y avait un bibliobus qui passait près de communauté, mais il y est aller une fois et s'est fait moquer donc il n'y est pas retournée. Et là, le monsieur a 33 ans et il m'a dit j'ai envie d'apprendre à lire et à écrire. Donc moi j'ai impulsé quelque chose ici, sachant qu'il a une fin de peine qui arrive dans pas très longtemps. On travaille un peu ça avec les petits moyens que j'ai, l'essentiel c'est de soutenir une envie. Notre travail ça va être ça en fait, c'est de soutenir quelque chose. Et puis, après, j'en ai parlé à l'assistante sociale, qui en a parlé à la CPIP et du coup elles vont lui donner des adresses d'associations, d'alphabétisations près de son lieu de vie, peut-être qu'il s'en emparera, peut-être pas. En fait y a aussi ça on intervient, mais au moi en tout cas on ne fait pas de la psychiatrie de secteur, on ne va pas après suivre les patients à l'extérieur.

P : « D'accord, c'est vraiment que quand ils sont enfermés, enfin qu'ils sont dans la prison. »

E1 : « Bah oui, parce que déjà ce serait impossible, moi je travaille dans une unité qui permet d'accueillir tous les patients de [nom de la région], et je suis postée à [nom de la ville]. C'est les limites de nos interventions, c'est que ce n'est pas de la psychiatrie de secteur qui permet de suivre le patient dans la société qui permet de faire un travail en intra, puis de l'accompagner sur plusieurs années en extra, ça ce n'est pas possible.

P : « Mais du coup, il y a quand même des liens qui sont faits j'imagine ? Ou c'est vraiment au bon vouloir de la personne ? »

E1 : « Des liens qui sont créés, c'est-à-dire ? »

P : « Dans le sens où, lorsque la personne sort, enfin par exemple le médecin suit ou est ce qu'il s'assure que la personne va avoir un suivi ? »

E1 : « Ah oui, mais ça ce n'est pas du vrai lien, c'est du lien administratif. Si on arrive à accompagner nos patients vers quelque chose c'est parce qu'ils ont noué une relation thérapeutique avec une équipe. Mais lorsqu'ils changent d'équipe, bien sûr qu'on va faire le lien, bien sûr que moi je peux décrocher mon téléphone et dire voilà je voudrais parler à l'ergo parce qu'on a fait ci, on fait ça...Mais de là à ce que le patient, lui, donc les patients qu'on reçoit sont souvent psychotiques, donc une pathologie du lien, penser qu'ils vont s'emparer du lien qu'on a fait pour qu'eux fasse un lien c'est ...c'est quand même un lien très fragile. Si vous voulez, nous ont leur offre un moment, on leur donne un espace, on ouvre des possibilités psychiques en fait, est ce que cette ouverture psychique va permettre une amélioration du côté de la réinsertion ? Au mieux oui, mais il y a tellement de chose qui font que cette ouverture psychique reste fragile, justement il n'y a pas le lien qui va perdurer après donc c'est compliqué en fait.... Je voulais aussi vous parlez d'un truc. Peut-être vous partez du principe qu'il y a un truc qui s'appelle le transfert des acquis ? »

P : « Oui. »

E1 : « Alors, moi je suis un peu sévère sur cette position. Après vous allez interroger d'autres gens qui n'auront pas forcément cette position et c'est très bien pour vous et votre mémoire *rires*. Mais moi je n'y crois pas trop à ça en fait. C'est-à-dire que nous on travaille le transfert tout court avec les patients. C'est-à-dire le transfert dans la relation. On travaille le lien, la relation, l'ouverture de l'espace psychique, on travaille la relance des processus de maturation psycho-affectifs mais ... c'est de la rééduc le transfert des acquis. »

P : « Oui, donc pour vous ce n'est pas forcément.... »

E1 : « C'est de surcroît, c'est quelque chose qui peut arriver 1 fois sur 100, mais si vous voulez par exemple dans un autre registre, dans un autre contexte, je faisais un atelier cuisine dans un hôpital de jour avec des gens plutôt stabilisés. Et j'ai fait cet atelier pendant des années et puis j'avais une collègue ergo qui travaillait beaucoup sur un autre modèle que le mien. Donc avec, elle, elle travaillait beaucoup sur le transfert des acquis, en tout cas c'était son objectif, et ce n'est jamais arrivé qu'un patient reproduise une recette qu'on avait fait en séance. Jamais, en plusieurs années. Parce qu'on travaille c'est le lien, c'est la relation, c'est ça qui va soigner et que le moyen utilisé c'est l'atelier cuisine. Notre but ce n'est pas l'atelier cuisine, c'est la relation thérapeutique. D'accord, ça va ? »

P : « Oui, oui totalement, c'est hyper intéressant ce que vous me dites. »

E1 : « C'est intéressant parce que si les patients c'est leur demande la réinsertion, ça prend tout son sens, parce que vous allez être en lien avec le patient donc en relation thérapeutique et la demande du patient, donc la réinsertion va faire support aussi de cette relation thérapeutique. Et ça va fonctionner. Ça ne veut pas forcément dire que ça va être transposable sur l'extérieur, ça veut dire que ça va fonctionner dans le maintenant. »

P : « Ok, je vois. »

E1 : « Après ce sont des points de vue très différents, enfin voilà, les ergos on est tous avec des modèles différents et on travaille à partir de plein de modèles différents, qui font qu'on travaille différemment. L'idée c'est de toutes façons d'être dans le soin. Mon patient que je connais là actuellement, avec qui je suis en train de travailler sur l'apprentissage et la lecture. Bah je travaille ça en séance, à un instant T, lui il décide d'emmener ce qu'on a fait dans sa chambre, il me dit qu'il va travailler ça, moi je ne suis pas là pour vérifier, je ne sais pas s'il le fait ou pas, mais je soutiens ça, en revanche en aucun cas je lui aurai dit de le faire. De travailler en dehors des séances. C'est pas du tout ma position. Parce que je trouve que ça prend beaucoup plus de sens si c'est lui qui décide de le faire. Donc je ne vais pas inciter ce transfert des acquis, après lui il me dit qu'il aimerait prendre son cahier pour sa chambre, donc bien sur je vais soutenir le truc. »

P : « Ok, je comprends la nuance. »

E1 : « Et certainement, enfin j'ose espérer, du coup, c'est mon point de vue, à mon avis, il y a beaucoup plus de chances qu'il le fasse parce que c'était lui qui le veut, c'est lui en tant que sujet, et on travaille l'autonomie quand même. Donc, on travaille le fait que c'est le patient qui décide. »

P : « Oui bien sûr, c'est vrai. »

E1 : « L'autonomie ce n'est pas savoir faire des choses, c'est décider de les faire. ET on ne peut pas décider à leur place. »

P : « C'est vrai, votre point de vue est vraiment intéressant. »

E1 : « Après je sais que ce n'est pas forcément le point de vue qu'on vous sert à l'école, je sais, mais voilà... »

P : « Je vais rebondir un peu sur les moyens, notamment vous avez parlé de médiations cuisine... »

E1 : « Ah ça c'était en hôpital de jour hein ! »

P : « Ah, alors du coup, quels moyens vous utilisez alors actuellement ? »

E1 : « Alors, on est deux ergos, et on a à cœur de proposer un panel le plus large possible d'activités, pour, notre façon de travailler est la même sur le fond, on part de la demande du patient. ON pense que, le premier objectif, quand on rencontre un patient c'est d'abord la relation thérapeutique. Nos objectifs finaux c'est un équilibre entre l'autonomie et l'allègement de la souffrance. J'insiste un tout petit peu là-dessus, parce que c'est à mon avis l'équilibre entre les deux qui fait qu'on reste thérapeutique, alors j'insiste pourquoi, car justement quand on est concentré sur un objectif de réinsertion psycho-social ou sur un objectif de réhabilitation psycho-sociale, le gros écueil c'est d'oublier l'allègement de la souffrance et du coup aller à fond sur l'autonomie et oublier en fait que si le patient il souffre moins en travaillant pas et en cuisinant pas, respectons ça en fait. Cette équilibre là c'est vraiment notre dentelle à nous ergos, il faut pas du tout l'oublier, sinon on est plus thérapeutiques, on est plus soignants. Du coup, on peut utiliser plein de supports. Parfois le gros travail avec les patients c'est faire émerger cette demande. Après on accompagne la demande. »

P : « Et du coup, par rapport au fait, que vous travaillez quand même dans un milieu avec certaines règles, j'imagine qu'il y a des limites par rapport aux moyens que vous pouvez proposer ? »

E1 : « Non, non pas du tout. Parce qu'on est assez soutenus au niveau médical, après ce sont les chefs de l'hôpital et les chefs de l'administration pénitentiaire qui s'accordent entre eux, on essaye en tout cas de pas se censurer en disant « oh bah non, je ne fais pas pouvoir faire de la menuiserie parce que j'ai des patients détenus donc je ne vais pas pouvoir utiliser une scie. Nous on part du principe qu'il ne faut pas qu'on se ferme. En fait, si on veut ouvrir l'espace psychique de nos patients, il faut que le nôtre soit ouvert aussi. D'accord ? donc on essaye de pas se censurer, on fait des demandes, ça passe ou ça ne passe pas, on essaye de pas se censurer. Et en gros,

pour vous donner un exemple, moi je suis arrivée il n'y a pas si longtemps, et je me suis agacée parce qu'on fait de la maroquinerie et qu'on a des ciseaux qui coupaient très mal et que je me suis fait des ampoules, à faire du tri dans le cuir, à couper des morceaux qui n'étaient pas utilisables avec des mauvais ciseaux. Je suis allée voir le chef de service, et il m'a dit, faite la demande et vous verrez. Du coup, on a réussi à faire rentrer un cutter, qui coupe hyper bien le cuir, qui est impeccable tout ça. Et en revanche ça fait partie du contrôle des outils, c'est-à-dire qu'il y a des outils qui sont sous une armoire vitrée, qu'on range tous les soirs. A la fin de chaque séance. Et nous on vérifie que tout est en place et les surveillants une fois par jour viennent vérifier que tout est en place. C'est ce qui nous permet d'avoir une scie, un cutter, un pyrograveur, des ciseaux, du scotch, de la colle qui sont normalement interdit en prison. En revanche, on n'a jamais réussi à faire rentrer un marteau. Après parfois, ça dépend des périodes, peut être que si je refais la demande maintenant ça passera. La structure dans laquelle je travaille est ouverte depuis 2013, donc au début, ils disaient non à plein de choses. Et finalement, il n'y a jamais un outil qui a disparu en ergo, n'y a jamais eu un passage à l'acte en ergo. Et du coup, ils se détendent, il suffit que ce soit dans la vitrine. Après, il y a des choses particulières, par exemple on a des boîtiers d'alarme sur nous. »

P : « Oui, si jamais il y a un problème ? »

E1 : « Effectivement, il y a ça, bon le mien est toujours coupé sur mon bureau, sauf si je rencontre un nouveau patient que je ne connais pas, sauf si c'est un patient que je sais c'est un peu chaud, après nos médecins ils font les prescriptions quand ils estiment qu'il n'y aura pas de problème. On est dans un atelier où il n'y a pas de caméras, ça a été décidé à l'ouverture de la structure, ils ont réussi à négocier le fait qu'il n'y est pas de caméra, c'est le seul endroit. »

P : « Et du coup, lors des ateliers, y a vraiment que vous et le patient ou il a une obligation qu'il y est des surveillants ? »

E1 : « C'est interdit qu'il y ait des surveillants. En fait, les surveillants n'ont pas le droit de venir dans les lieux de soin, sauf s'ils sont appelés pour ça. Parce que quand on déclenche une alarme c'est pour eux, c'est pour qu'ils arrivent. Sauf parfois il y a des rondes. »

P : « En termes de secret médical du coup, c'est pour ça ? »

E1 : « Secret médical et aussi faut que les lieux soient préserver en termes de soin. Encore une fois si on veut ouvrir le psychisme et l'ouverture de nos patients, ce n'est pas avec les surveillants que ça va se faire. »

P : « Oui, et même pour la relation thérapeutique... Et du coup, vous avez répondu à beaucoup de mes questions au fil de la conversation. Du coup, j'avais une dernière question qui est quelle serait les plus-value de l'ergothérapie, donc plus centrée sur la réinsertion des personnes incarcérées, est ce que ça vous paraît possible que en fait l'ergothérapeute soit un acteur de cette réinsertion ? »

E1 : « En fait, si j'ai envie de résumer un petit peu ce que j'ai pu vous dire de toutes façons oui, puisqu'on travaille l'autonomie. Et qu'on travaille l'autonomie avec des biais qui ne sont pas forcément directs. C'est-à-dire qu'on ne va pas travailler les habiletés d'occupations mais comme on va l'aider à se positionner en tant que sujet, à formuler une demande, à être en relation avec nous et donc avec lui-même qui plus est parfois en groupe, parce que je n'en ai pas parlé mais ça arrive qu'on fasse des groupes. Forcément, tout ça va travailler l'autonomie et si on travaille l'autonomie, ça a forcément une plus-value pour la réinsertion. »

P : « Ok, et du coup, je rebondis aussi, vous êtes vraiment dans les personnes en psychiatrie mais est-ce que vous pensez que ça peut être aussi utiles avec toutes les personnes incarcérées, mais avec des personnes qui n'ont pas forcément de troubles psychiatriques ? »

E1 : « Euh..J'ai du mal à réfléchir parce que je suis quand même très conditionner ergo et l'ergo travaille sur prescription médicale et on ne peut pas faire de l'ergo sans ce cadre-là. C'est mon point de vue pour plein de raisons, parce que c'est important dans notre cadre d'interventions qu'on ait une prescription médicale qui fait tiers et qui fait loi. Donc, je dirai que s'il n'y a pas de raisons médicales, il n'y a pas d'ergo. »

P : « Ok, merci à vous, toutes façons c'est pour la réflexion, l'entretien m'a apporté beaucoup de réponses d'un point de vue personnel. »

ANNEXE V : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN E2

P : « Allô ? »

E2 : « Oui bonjour Pauline ! »

P : « Bonjour ! E2 du coup ? »

E2 : « Oui c'est ça c'est moi ! Tu vas bien ? »

P : « Ça va bien et vous ? »

E2 : « Oui ça va merci, tu peux me tutoyer parce que je sais que moi je vais te tutoyer *rires* »

P : « Ah bah super alors je te tutoie c'est parfait ! Si tu es prête pour commencer l'entretien, on peut commencer direct ? »

E2 : « Ah bah allez, c'est parti. »

P : « Du coup, ma première question : est-ce que tu veux bien que j'enregistre l'entretien ? »

E2 : « Oui, bien sûr. »

P : « Super, merci ! Du coup, est ce que tu es bien ergothérapeute ? »

E2 : « Oui. »

P : « Et dans quelle tranche d'âge tu te situes ? »

E2 : « Ah mon âge à moi ? J'ai 27 ans. »

P : « Ok ça marche. Et du coup, est ce que tu travailles ou tu as déjà travaillé pour la réinsertion sociale des personnes incarcérées ? »

E2 : « Heu, je ne sais pas si...enfin, la réinsertion sociale si on l'entend, enfin pour moi c'est surtout les CPIP, moi j'étais ergo mais en psychiatrie. Mais du coup dans une structure de jour en psy, donc oui, en vue d'une réinsertion après. »

P : « D'accord, parce que tu as travaillé dans quelle structure ? »

E2 : « Alors, j'y travaille plus maintenant, mais j'étais en fait dans la maison d'arrêt de X, donc au SMPR et en fait j'étais dans une structure qui s'appelle l'UPHJ, c'est l'unité hospitalière psychiatrique de jour, donc en fait c'est comme un hôpital de jour mais dans les murs de la prison en fait...Donc c'est un peu particulier. »

P : « Et, par curiosité ça fait combien de temps que tu es diplômée ? »

E2 : « Ça va faire 5 ans là, en juillet. »

P : « D'accord, ok. Et donc, du coup quand tu travaillais à X, c'était totalement un milieu fermé de ce que j'ai compris ? »

E2 : « C'est ça, ouais. »

P : « Et du coup, quels étaient les différents acteurs avec lesquels tu as pu collaborer ? »

E2 : « Alors, moi je faisais surtout des ateliers avec les infirmiers. Au début, il y avait deux aides-soignants, mais ils sont partis par la suite. En fait, c'était plutôt classique quoi : infirmiers, forcément psychiatres, cadre de santé et par moment psychologue. »

P : « D'accord. Et cette collaboration, ça se passait bien ? »

E2 : « Oui, ça va. »

P : « Et du coup, y avait pas du tout de collaboration avec les travailleurs sociaux ? »

E2 : « Ah oui ! C'est vrai qu'on avait aussi une assistante sociale dans les murs aussi. En fait, on ne travaillait pas directement avec les CPIP, j'ai déjà eu affaire à eux mais de manière un peu informelle en fait. »

P : « Et, est-ce que c'est quelque chose qui a manqué ? Le fait qu'il n'y ait pas forcément de lien avec tous les services sociaux, qui œuvrent justement pour la réinsertion des détenus ? »

E2 : « Oui, si si carrément, carrément. Mais après ça je pense que c'est de la méconnaissance des missions qu'on peut avoir en tant qu'ergothérapeute. Parce que bon, comme c'est un milieu où il y a énormément de professionnels qui interviennent, vu qu'il y a à la fois le côté médical somatique, le médical psy et tout le côté pénitentiaire du coup avec tout ce qui est par exemple les CPIP pour la réinsertion sociale ou professionnelle et après tout le côté vraiment détention pure avec les surveillants, c'est à mon sens un lieu où chaque personne a une mission très précise. Et du coup j'étais attachée à l'hôpital de jour en psy et donc voilà c'était rattaché plus sur la santé mentale des patients hospitalisés dans nos murs. Mais c'est vrai qu'à mon avis, s'il y avait une meilleure connaissance et un peu plus de liens entre les professions de chacun, ce serait hyper intéressant à travailler dans ce sens-là, avec les CPIP et même avec les surveillants et autres professionnels de détention. »

P : « Bah, justement c'est le sujet de mon mémoire donc c'est pour ça que je te pose la question *rires* »

E2 : « Ça marche *rires* »

P : « Mais du coup, pour le côté un peu plus ergo pour le coup, comment tu intervenais concrètement auprès de ce public ? »

E2 : « Alors nous c'était que, enfin à titre exceptionnel c'était de l'individuel mais sinon c'était que des groupes. Après des groupes classiques qu'on peut rencontrer en psychiatrie de secteur comme activités de groupe y avait vraiment l'aspect peinture, mosaïque.. Enfin, lieux expressifs un peu créatifs et après il y avait aussi le côté social

avec des jeux de société tout ça, qui intéressait bien les patients. Mais après on essayait quand même par moment d'inclure des groupes à visée un peu plus de réinsertion, si je peux dire comme ça. On faisait jeux de rôles, on faisait quand même le jeu Dixiludo®, je ne sais pas si tu connais, qui peut être une porte d'entrée pour travailler le côté réinsertion. Y avait les groupes de sport aussi, et après y avait d'autres groupes mais qui étaient attachés à d'autres professionnels, y avait des infirmiers qui étaient vraiment formés à tout ce qui est programme de remédiation cognitive, donc voilà des groupes très à part et des groupes psycho qui étaient à part. En tant qu'ergo moi je faisais des groupes plutôt classiques. »

P : « Et du coup, tu me l'as déjà dit, mais pour que je sois bien sûre, c'était que des personnes avec une pathologie psychiatrique ? »

E2 : « Ouais c'est ça. »

P : « Et du coup à X, il faut forcément avoir une pathologie pour avoir accès à l'ergothérapie ? »

E2 : « Ah là oui, du coup dans la maison d'arrêt j'étais la seule ergothérapeute, enfin, pas dans le pôle comme il y a aussi l'UHSA, mais dans la maison d'arrêt j'étais seule ergothérapeute. Parce qu'après à côté t'as aussi un bâtiment qui est X, du coup-là c'est le côté plus somatique et vraiment rééducation. Et là, y avait d'autres ergos. Dans la vraie maison d'arrêt, j'étais seule ergo et du coup c'était que pour les patients qui étaient hospitalisés en psy. »

P : « D'accord. Et du coup, quels bilans tu utilisais par rapport à cette population ? »

E2 : « *rires* Franchement, aucun bilan, non. Je ne suis pas très adepte des bilans, surtout en psy. Je trouve ça un peu délicat. Mais, forcément y avait un bon entretien en arrivée des patients avec les psychiatres, avec les infirmiers et après beaucoup d'observations. Mais pas de bilans en tant que tels. »

P : « Oui, pas de bilans normés. »

E2 : « Non...J'avais essayé un peu, ça m'est arrivé de passer l'ELADEB, tu connais ? »

P : « Oui. »

E2 : « Et après, j'avais eu l'idée de bidouiller un truc avec le MOH, mais bon... je ne défendrai pas trop ce projet-là *rires* »

P : « Au moins j'ai ton avis, c'est ce que je recherche donc c'est tant mieux. Et du coup, j'ai une autre question, combien de temps dure le suivi des personnes que tu voyais ? »

E2 : « Alors, c'était très variable, comme en psy de secteur en fait. Y avait les patients vraiment psychotiques chroniques qui restaient beaucoup dans nos murs, avec quelquefois quelques tentatives de réinsertion en détention classique mais suivi après par les infirmiers et les psychiatres en détention. Bon, en général ça ne marchait pas trop donc souvent ils restaient dans nos murs. Et en période de rechute ils restaient à l'UHSA. Donc, ce sont des patients vraiment chroniques dans leur pathologie. Et sinon, y avait des patients qui restaient peu de temps. Quand je dis peu de temps, on va dire un mois. Et sinon après...Ça c'était vraiment le grand écart entre ceux qui restaient un mois et ceux qui restaient limite pour toujours et sinon.. peut-être en moyenne 2-3 mois pour les autres. »

P : « Et est-ce qu'après il y a un suivi en fait ? Quand la personne sort, est ce qu'il y a un suivi ou un relais d'informations ? »

E2 : « Qui sort, qui est libéré ou qui retourne en détention classique ? »

P : « Plutôt qui sort, qui est libéré en fait. »

E2 : « Du coup, nous forcément comme c'étaient des patients psy, normalement tu as le secteur qui est censé reprendre la suite, au niveau des soins psy en tout cas. Donc normalement, ça, ça se maintient, avec au moins quelque chose de classique, en CMP psychiatre, infirmiers pour un suivi des traitements. Et après parfois avec ..enfin moi ça m'est déjà arrivé, j'ai bossé à X mais après en psy de secteur et ça m'est arrivé de voir des patients que j'avais suivi à X. A l'extérieur, qui avaient rechuté mais qui du coup étaient hospitalisés en intra. Mais ils arrivent toujours à peu près...il y a une injonction de soins après la sortie donc ils ont l'obligation d'être suivi en psy. »

P : « Et, je ne sais pas si ça t'es arrivé, mais aussi faire du relai par rapport au côté social ? Est-ce qu'il y a un lien qui existe ou pas du tout ? Parce que, soit c'est pas du tout fait, soit à cause du secret médical ... ? »

E2 : « Moi, une seule fois, non deux fois ça m'est arrivé, pour le même patient. Un patient jeune avec qui on avait instauré une bonne relation de confiance, qui du coup était libéré et y avait un projet d'ESAT pour lui et un projet de maison hospitalière. Et donc, du coup moi j'avais accompagné ce patient avec une infirmière et une assistante sociale hors les murs de la prison, pour visiter l'ESAT et du coup l'hôpital psychiatrique où il allait être suivi. Donc, si ça a quand même un rôle un peu social mais du coup c'était vraiment à titre exceptionnel car j'avais une bonne relation avec le patient. En général, ce sont les infirmiers qui se déplacent en extérieur pour tout ce côté-là. Même si moi perso, je ne trouve pas ça logique mais bon... »

P : « Oui, parce qu'au final dans notre profession, on peut aussi avoir ce rôle-là et du coup c'est pour ça que je me posais la question. »

E2 : « Oui, c'est sûr. Après moi je trouve qu'on aurait clairement notre rôle à jouer dans ce domaine-là pour le coup. Même si pour la plupart des gens qui sont un peu extérieurs à notre métier, on occupe. Voilà, limite animateur de BAFA *rires*. Le truc c'est que par l'activité c'est aussi de manière détournée travailler le travail. Le travail en tant que métier, profession. Et du coup c'est ça qu'on a vraiment notre carte à jouer, bon pour l'instant il n'est pas visible aux yeux de tous à part les nôtres mais ça peut être une piste qui peut être lancée par la suite. Après je sais, je ne pense pas que ce soit faisable, vu qu'on n'est pas beaucoup et que ce n'est quand même pas un métier très connu, mais voilà, c'est que mon avis personnel. »

P : « Et du coup, par rapport à tout ça, quelles compétences de l'ergothérapeute, tu penses, marquent une plus-value pour la réinsertion sociale ? »

E2 : « En premier la relation, mais bon, ça on le partage avec plusieurs professionnels. Mais je pense que nous... Au travers de l'activité en fait. On a le moyen de voir, de projeter le patient... Je vais reprendre ma... phrase. Comme on peut le voir en activité, en action ou en interaction avec les autres, on peut peut-être imaginer ce que ça pourrait donner en extérieur même si y a plein de facteurs qui font que tout peut changer. Mais bon, voilà, on les voit vraiment en action, interagir avec les autres. Bon, même si les autres professionnels le voient, mais nous on a une plus-value parce qu'on est les professionnels de l'activité, c'est vraiment sur ce biais là qu'on peut se démarquer des autres. »

P : « Ok c'est noté. L'entretien pour mon mémoire est terminé. Merci beaucoup pour le temps accordé. Bonne fin de journée.»

E2 : « Merci toi aussi, bon courage ! »

L'accompagnement en ergothérapie des personnes incarcérées sans pathologie identifiée, en vue de leur réinsertion sociale.

AVENEL Pauline

Résumé : La récidive des personnes incarcérées en France est une problématique relevant d'une réinsertion sociale défectueuse. Les personnes incarcérées sans pathologie identifiée expérimentent des difficultés palliable par l'ergothérapie. Le domaine de l'ergothérapie sociale cible la réinsertion sociale et peut permettre l'accompagnement de ces personnes. L'étude a interrogé les professionnels travaillant autour de la privation de la liberté et les ergothérapeutes intervenants également auprès de la population carcérale sur la pertinence d'une collaboration entre eux. Les résultats sont peu représentatifs par le faible nombre de réponses obtenu. Ils montrent que chaque corps de métier comprend l'intérêt de la collaboration mais la méconnaissance des rôles de chacun la freine. Les compétences des ergothérapeutes dans le domaine social sont encore trop peu définies bien que la plus-value soit identifiée. La priorité actuelle est de promouvoir les compétences que les ergothérapeutes ont en termes de réinsertion sociale des personnes incarcérées sans pathologie identifiée.

Mots-clés : ergothérapie, population carcérale, réinsertion sociale

Occupational therapy support for prisoners with no identified pathology, in order to facilitate their reintegration in society.

Abstract: The recidivism of people incarcerated in France is an issue related to a defective social reintegration. Detainees without an identified pathology experience difficulties that can be mitigated by occupational therapy (OT). The field of social OT focuses on social reintegration and can provide support to these people. The study surveyed professionals working around deprivation of liberty and OTs also working with the prisoners on the relevance of collaboration between them. The findings are not very representative due to the limited number of responses obtained. They indicate that each profession understands the value of collaboration, however lack of clarity about each other's roles hinders it. The skills of the OTs in the social field are not yet sufficiently defined, although the added value has been identified. The current priority is to promote the skills that OTs have in terms of the social reintegration of detainees without identified pathology.

Keywords: occupational therapy, prisoners, social reintegration