



Institut de Formation  
En  
Ergothérapie



– TOULOUSE –

## **L'ergothérapie en milieu carcéral**

La mise en place du travail de groupe en ergothérapie visant à agir sur l'équilibre occupationnel auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison

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

Directrice de mémoire : Gaëlle Riou

Angèle Sauzet  
Promotion 2020-2023

## Engagement et autorisation

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

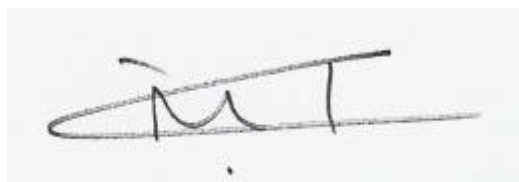
L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

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

Fait à Toulouse,

Le 06/05/2023

Signature de la candidate : Angèle SAUZET

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'AS' or 'SAUZET' in a stylized, cursive script. The signature is written on a light-colored background.

## **Note au lecteur**

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

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

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

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

**Extrait du guide méthodologique** : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

## **Remerciements**

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Gaëlle Riou, pour ses conseils avisés et ses encouragements.

Merci également aux ergothérapeutes ayant participé à mon étude pour le temps accordé et l'intérêt porté pour mon sujet.

Merci à toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour la richesse de leur enseignement. Je tiens à les remercier pour leur investissement et leur écoute bienveillante qui m'ont permis de me sentir à ma place dans la formation.

Je remercie particulièrement mes camarades de promotion, le lien qui me relit à eux a été un soutien inconditionnel pour ce travail et plus généralement durant les trois années passées ensemble.

Enfin, je remercie mon entourage familial pour m'avoir permis de suivre cette formation, pour leur aide et leur affection.

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Partie 1 : Cadre théorique</b> .....	<b>2</b>
I. Système carcéral français et parcours de soins .....	2
a) Structures pénitentiaires, chiffres .....	2
b) Définition des troubles psychiatriques .....	3
c) Structures de soins en milieu carcéral.....	3
d) Prévalence et pathologies des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison .....	5
II. L'ergothérapie en milieu carcéral .....	7
a) Définition de l'ergothérapie .....	7
b) Problématiques rencontrées en milieu carcéral en intégrant la notion de justice occupationnelle, de privation occupationnelle et de déséquilibre occupationnel .....	7
c) Intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie et en milieu carcéral .....	9
III. Le travail de groupe comme outil d'intervention .....	11
a) Définition et paramètres du travail de groupe thérapeutique.....	11
b) Objectifs du travail en groupe en ergothérapie .....	13
c) Exemples de travaux de groupe déjà réalisés en milieu carcéral (sans ergothérapeute) .....	14
d) Travaux de groupe en ergothérapie en milieu carcéral .....	15
<b>Problématique</b> .....	<b>17</b>
<b>Partie 2 : Phase expérimentale</b> .....	<b>17</b>
I. Présentation de l'outil.....	17
a) Présentation de la méthode d'enquête .....	17
b) Objectifs et construction de l'enquête.....	18
c) Critères d'inclusion.....	18
II. Analyse des résultats.....	19
a) Présentation des participants .....	19

b)	Les caractéristiques du milieu carcéral .....	20
c)	Activités de groupe.....	23
d)	Objectifs thérapeutiques et équilibre occupationnel .....	25
III.	Discussion .....	27
a)	Interprétation des résultats.....	27
b)	Limites et biais de la recherche.....	30
	<b>Conclusion .....</b>	<b>32</b>
	<b>Bibliographie : .....</b>	<b>33</b>
	<b>Table des annexes .....</b>	<b>37</b>

## **Introduction :**

« J'ai perdu ma liberté et je me suis retrouvé dans cette étrange prison où le plus difficile, à part s'habituer à ne rien avoir dans les poches et à être traité comme un chien qui a pissé dans une église, c'est l'ennui. » *Une partie du tout*, Steve Toltz

Cette citation, tirée d'un roman, reflète bien les composantes du milieu carcéral : perte de liberté, réorganisation des habitudes, précarité, déshumanisation et poids de l'ennui. C'est un lieu lourd de représentations, sujet à de nombreux débats sociologiques et politiques, concernant les conditions de vie en prison, au nombre élevé de récidives ou encore à la réinsertion qui peut être difficile. La prison se veut punitive tout en offrant le droit d'amendement par le travail et l'éducation. Cependant, on observe que l'ennui est une composante majeure de la journée d'une personne détenue. L'ergothérapeute étant spécialiste de la participation et de l'engagement dans des activités signifiantes et significatives d'une personne, je me suis interrogée sur le potentiel rôle qu'il pourrait jouer dans cet environnement particulier, caractérisé par ses nombreuses restrictions.

En commençant la formation d'ergothérapie, nous avons étudié l'équilibre occupationnel, les activités signifiantes et significatives, la qualité de vie. J'ai alors pensé que ces grands concepts essentiels n'étaient pas forcément accessibles en prison. De plus, j'ai beaucoup apprécié l'UE 3.6 Médiation, relation et cadre théorique du semestre 3. En effet, j'ai aimé comprendre les différents facteurs qui influencent une relation duelle ou groupale. J'ai pu apprendre des connaissances théoriques sur ce sujet pour ensuite les mettre en pratique en stage. Depuis, j'ai développé un intérêt grandissant pour cette dimension relationnelle du métier d'ergothérapeute. C'est pourquoi je me suis questionnée sur la mise en place d'activité de groupe dans ce travail.

A travers ce mémoire, j'ai axé mes recherches sur les personnes incarcérées souffrant de troubles psychiatriques. J'ai envie de faire progresser, à mon échelle, la recherche pour l'accompagnement de ces personnes. Ainsi, j'espère pouvoir découvrir ce domaine et comprendre la réalité du terrain. Mes questionnements sont alors les suivants : Comment l'ergothérapie pourrait améliorer la qualité de vie de ces personnes ? Est-ce que la mise en place d'un travail de groupe en ergothérapie apporterait une plus-value dans le suivi des détenus souffrant de troubles psychiatriques ?

Afin de répondre à ces interrogations, nous nous intéresserons d'abord au système carcéral français et au parcours de soins des personnes détenues. L'ergothérapie et plus particulièrement le travail de groupe comme outil d'intervention seront étudiés. Enfin, et dans le but de répondre à la problématique, une étude expérimentale sera menée et détaillée.

## **Partie 1 : Cadre théorique**

### **I. Système carcéral français et parcours de soins**

#### **a) Structures pénitentiaires, chiffres**

En août 2022, d'après le Ministère de la Justice, il y a 71 819 détenus (Ministère de la justice, 2022). Les personnes détenues sont des "personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire" (Article D50 du code de procédure pénale, 1998)

Parmi les détenus il existe les personnes prévenues et les personnes condamnées. « Les condamnés [ont] fait l'objet d'une décision ayant acquis le caractère définitif » et les personnes définies comme prévenues « sont sous le coup de poursuites pénales et n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive ». (Article D50 du code de la procédure pénale, 1998)

En 2021, le Ministère de la Justice a comptabilisé 186 établissements pénitentiaires, lieux d'exécution des peines, principalement divisés en deux catégories : les maisons d'arrêt et les établissements pour peine.

Les maisons d'arrêt (81) « reçoivent des personnes prévenues en détention provisoire (personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive) ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans » (Ministère de la justice, 2021).

Les établissements pour peine regroupent plusieurs lieux différents :

- Les maisons centrales (6) « accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques. » (Id)



- Les centres de détention (25) « accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans ». (Id)
- Les centres de semi-liberté (9) « reçoivent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi-liberté. » (Id)

Il existe également 6 établissements pénitentiaires pour mineur.

Enfin, il y a 58 centres pénitentiaires, c'est-à-dire des établissements mixtes composés d'au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

## b) Définition des troubles psychiatriques

Selon l'OMS, la santé mentale est « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté ». (OMS, 2022a)

D'après l'OMS, le trouble mental est défini par « une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants ». (OMS, 2022b)

Ce terme regroupe les troubles anxieux, la dépression, les troubles bipolaires, les troubles post-traumatiques, la schizophrénie, les troubles de l'alimentation, les comportements perturbateurs dyssociaux, les troubles neurodéveloppementaux. (OMS, 2022b). Le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) inclut aussi dans les troubles mentaux les troubles liés à une substance et troubles addictifs. (Crocq & Guelfi, 2015)

Dans le monde, une personne sur huit présente un trouble mental, soit 970 millions de personnes. (OMS, 2022b). En France, une personne sur cinq est touchée chaque année par un trouble psychique, soit 13 millions de personnes. (Vie Publique, 2021)

## c) Structures de soins en milieu carcéral

La Loi 94-43 du 18 janvier 1994 (Loi n°94-43, 1994), relative à la santé publique et à la protection sociale, place la prise en charge des soins somatiques et psychiatriques des détenus

sous la responsabilité du Ministère de la Santé. Dès lors, les établissements pénitentiaires sont rattachés à un établissement de santé par secteur.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 a redéfini l'organisation du dispositif d'offre de soins en santé mentale pour les personnes détenues en définissant trois niveaux de soins (Ministère de la santé et des sports & Ministère de la justice et des libertés, 2010) :

- Niveau 1 : « Développer une offre de proximité dans les établissements pénitentiaires » correspondant aux soins ambulatoires comprenant des consultations et des activités de groupe au sein de l'établissement
- Niveau 2 : « Clarifier les missions d'hôpital de jour et des chambres d'hébergement » au sein d'un établissement pénitentiaire de référence au niveau régional
- Niveau 3 : « Améliorer la prise en charge des personnes hospitalisées dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie »

Ainsi, il existe des unités et services médicaux dédiés aux personnes détenues (Ministère de la santé et de la prévention, 2022) :

- Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (175) appelés USMP, intégrées au sein des établissements pénitentiaires. Ces structures ont pour fonction la prévention et les actions d'éducation pour la santé correspondant au niveau 1 de l'offre de soins.
- Les structures nécessitant une hospitalisation à temps partiel. Pour les soins somatiques, le détenu est hospitalisé dans le service correspondant à sa pathologie. Pour les soins psychiatriques, le suivi est assuré dans un Service Médico-Psychologique Régional (28), correspondant au niveau 2 de l'offre de soins. Au moins un SMPR est aménagé dans un établissement pénitentiaire pour chaque région (Article R3221-5 du Code de la santé publique, 2016).
- Les structures offrant une hospitalisation à temps complet. En Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (8) pour les soins somatiques avec une durée d'hospitalisation de plus de 48 heures. En Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (9) pour les soins psychiatriques (hospitalisation libre ou sans consentement), correspondant au niveau 3 de l'offre de soins. Ces structures sont implantées dans des établissements publics de santé mentale et encadrées par une enceinte pénitentiaire. (Ministère de la justice, 2020)
- Il existe également les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) référents en milieu pénitentiaire (35) qui « accompagnent des personnes présentant des conduites addictives pendant leur incarcération (consultations,

prescription des traitements de substitution aux opiacés...) ou dans la préparation de la sortie. » (*CSAPA référents en milieu pénitentiaire*, 2019)

Le sujet de mon mémoire porte sur les personnes suivies en soins psychiatriques. Ces personnes sont donc présentes dans les SMPR, les UHSA et les CSAPA.

De plus, l'article 122-1 du Code pénal stipule que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes. [...] Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état. » (Article 122-1 du Code pénal, 2014).

Il existe également les Unités pour Malades Difficiles, services psychiatriques spécialisés, qui accueillent des patients présentant « pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet » (Arrêté relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, 1986).

Certains patients présents en UMD ont bénéficié d'un non-lieu à la suite d'un acte médico-légal ou sont des détenus en cours de peine. (Roth & Heitzmann, 2008).

On remarque donc que certaines personnes présentant des troubles psychiatriques au moment d'un crime ou d'un délit ne sont pas incarcérées mais accompagnées dans des services hospitaliers ou dans des unités spécifiques comme les UMD. Au cours de ce mémoire, nous serons amenés à faire des liens entre les soins en UMD pour les personnes ayant bénéficié de l'article 122-1 et ceux pour des personnes incarcérées présentant des troubles psychiatriques.

#### d) Prévalence et pathologies des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison

Une étude réalisée en 2004, informe que « plus du tiers des détenus ont déjà consulté pour motifs psychiatriques avant leur incarcération », entraînant un suivi régulier chez un

psychologue ou psychiatre pour 6 cas sur 10. Aussi, « 16% des détenus ont déjà été hospitalisés pour raisons psychiatriques, 6% ont été suivis par le dispositif de lutte contre la toxicomanie et 8% par celui de lutte contre l'alcoolisme. » (Falissard et al., 2004).

Une étude réalisée en 2017 a comparé les niveaux de troubles des personnes entrant en détention en maisons d'arrêt à ceux d'une population adulte non incarcérée avec la même échelle. On observe que les troubles en prison sont significativement plus fréquents qu'au sein de la population générale : « 10 fois plus pour le stress post-traumatique, 4 fois plus pour les dépendances, 2 fois plus pour le syndrome d'allure psychotique. Le risque suicidaire moyen, ou élevé est quant à lui retrouvé 3 fois plus fréquemment. » (Plancke et al., 2017)

L'étude la plus récente, réalisée en 2018, sur la prévalence des troubles psychiatriques en prison a permis d'identifier que 63,3% des détenus présente un trouble psychiatrique (Fovet et al., 2018). Les résultats de cette étude démontrent que 7 personnes sur 10 présentent au moins un trouble psychiatrique parmi les épisodes dépressifs, l'anxiété généralisée, l'addiction (alcool et drogues), les troubles psychotiques et bipolaires et le stress post-traumatique. Cette étude permet également de mettre en évidence qu'il existe une forte prévalence des comorbidités psychiatriques par rapport à la population générale, c'est-à-dire le fait qu'une personne ait plus d'un trouble psychiatrique à la fois.

D'autres études ont mis en évidence une forte fréquence des troubles du sommeil (Goudard et al., 2017) et du trouble déficit de l'attention/ hyperactivité (Gaïffas et al., 2014).

Le taux de suicide apparaît enfin comme une problématique majeure en étant la première cause de mortalité en détention (Hawton et al., 2014). Cette étude met en évidence que l'âge avancé, des antécédents d'automutilation et une peine d'emprisonnement à perpétuité sont les principaux facteurs de risque associés au suicide.

## II. L'ergothérapie en milieu carcéral

### a) Définition de l'ergothérapie

Le mot ergothérapie est composé à partir des mots « ergon » et « therapia » en grec signifiant respectivement « activité » et « soin ». L'ergothérapeute est donc un spécialiste du lien entre l'activité humaine et la santé.

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit deux missions de l'ergothérapeute « Prévenir et modifier les activités délétères pour la santé » et « 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, 2022)

L'ergothérapeute va donc participer à « prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap » (ANFE, 2022).

L'ergothérapeute est un professionnel qui tient compte de la personne, de son environnement et de ses occupations. Selon la World Federation of Occupational Therapists, « l'occupation représente toutes les choses que les gens font dans leur vie de tous les jours » (WFOT, 2010).

### b) Problématiques rencontrées en milieu carcéral en intégrant la notion de justice occupationnelle, de privation occupationnelle et de déséquilibre occupationnel

Le concept de justice occupationnelle est apparu dans les années 1990 mais est en permanente évolution, ce qui ne permet pas d'émettre une définition claire et consensuelle. (Larrivière et al., 2019). Néanmoins, il renvoie à un principe éthique « qui reconnaît et promeut le droit de tous les être humains d'avoir accès équitablement à des opportunités occupationnelles contribuant à leur survie, leur santé et leur bien-être » (Drolet, 2022). Ainsi, une injustice occupationnelle se manifeste lorsque « les être humains n'ont pas tous les mêmes possibilités sociales de s'engager dans des occupations qui donnent du sens à leur existence et qui contribuent à leur santé. » (Larrivière et al., 2019). Les écrits distinguent en règle générale cinq types d'injustices occupationnelles : la privation occupationnelle, le déséquilibre

occupationnel, l'aliénation occupationnelle, la marginalisation organisationnelle et l'apartheid occupationnel. (Larrivière et al., 2019)

Il est possible d'observer que le milieu carcéral est lié au concept de privation de liberté. En prison, les phénomènes de surpopulation, de limitation de mouvement corporel ou encore l'omniprésence du contrôle et de la surveillance sont des éléments présents. Ces facteurs entraînent des conséquences psychiques qui fragilisent la sphère intime de l'individu (Ravit, 2008).

De plus, au 1er août 2022, en France, le taux d'occupation des établissements pénitentiaires est de 118,3%. (Ministère de la justice, 2022).

D'un point de vue ergothérapique, la privation de liberté renvoie au concept de privation occupationnelle. Elle est définie par Christiansen et Townsend en 2004 et citée par S. Meyer (Meyer, 2013). La traduction française de la définition anglaise décrit la privation occupationnelle comme « un état d'empêchement prolongé de l'engagement dans des occupations signifiantes ou significatives en raison de facteurs extérieurs au contrôle de l'individu, comme l'isolement géographique, l'incarcération ou le handicap ». Le concept de privation occupationnelle est indépendant de la volonté de la personne.

G. Riou et F. Le Roux décrivent que la privation occupationnelle constitue un facteur de désorganisation psychique puisque les occupations sont un élément fondamental de l'être humain. (Riou & Le Roux, 2017).

Nous pouvons affirmer que l'ergothérapeute constate une situation de privation occupationnelle en prison, néanmoins, il n'a que peu de moyens d'agir dessus. En effet, l'ergothérapeute agit dans un contexte de soin mais pas directement sur ce qu'il se passe en prison, le cadre de détention. Par exemple, en prison, « l'utilisation de téléphones portables est interdite ». (Direction de l'information légale et administrative, 2022). L'ergothérapeute ne peut pas agir sur cette mesure même si l'utilisation du téléphone pourrait être une ressource et une reprise de contrôle dans la situation d'un patient.

En revanche, l'ergothérapeute peut travailler dans l'objectif d'une recherche d'un équilibre occupationnel satisfaisant.

Le concept d'équilibre occupationnel a été introduit en 1922 par Adolf Meyer qui affirme qu'il est essentiel pour l'être humain d'organiser, de manière équilibrée dans son rythme de vie

quotidienne, les activités suivantes : le travail, les loisirs, la détente et le sommeil. (Creek & Lougher, 2011)

La définition retenue par le comité ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education), proposée par Reed et Sanderson en 1999, citée par Sylvie Meyer, décrit l'équilibre occupationnel comme : « la capacité à gérer ses occupations de manière à s'épanouir personnellement [...] et répondant aux exigences de ses rôles ». (Meyer, 2013). La valeur subjective de la perception de l'équilibre occupationnel est fondamentale dans ce concept. Par exemple, le temps donné pour réaliser différentes occupations n'est pas une valeur objective et universelle.

De plus, le concept de « Vivez-Bien-Votre vie » élaboré par Moll et ses collaborateurs en 2015 est cité par E. Matteau dans son essai présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en ergothérapie à l'université du Québec. Ce modèle a permis de définir l'équilibre occupationnel comme un état perçu lorsque les occupations quotidiennes d'une personne permettent de répondre à des besoins variés en termes d'expérience. (Matteau, 2018). Selon les auteurs, l'expérience est caractérisée par huit dimensions : activer son corps, son esprit et ses sens ; créer des liens avec les autres ; contribuer à la communauté et à la société ; prendre soin de soi ; construire sa sécurité ; développer et exprimer son identité ; développer ses capacités et son potentiel ; vivre du plaisir et de la joie.

L'équilibre occupationnel peut être troublé pour des raisons intrinsèques ou extrinsèques à la personne. On parle alors de déséquilibre occupationnel, pouvant « compromettre la santé et la qualité de vie ». (Meyer, 2013).

### c) Intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie et en milieu carcéral

Mon mémoire traitant des personnes souffrant de troubles psychiatriques, il me semblait pertinent de présenter le travail de l'ergothérapeute dans ce secteur. D'abord, l'ergothérapeute suit une démarche clinique avec une phase d'évaluation dans le but d'émettre des objectifs adaptés, une phase d'intervention et une phase de réévaluation. Le plan d'intervention est caractérisé par la réalisation d'activités significatives à médiations thérapeutiques individuellement ou en groupe et des mises en situations de vie quotidienne dans le but d'une réhabilitation psychosociale (Riou, 2016). La réhabilitation psychosociale associe « un champ individuel » et « un champ collectif » dans le but d'optimiser les ressources d'une personne,

entraîner ses habiletés cognitives et sociales et œuvrer collectivement à la diminution de la stigmatisation des maladies mentales. (Franck, 2018)

En France, les ergothérapeutes travaillant dans le milieu carcéral sont peu nombreux. Les principaux postes exercent sous prescription médicale dans les lieux de soins rattachés au milieu carcéral.

Il y a deux ergothérapeutes au sein de l'EPSNF (Etablissement Public de Santé National de Fresnes). Cet établissement est un hôpital assurant des soins hors urgence et psychiatrique, accueillant exclusivement des personnes détenues. Les ergothérapeutes interviennent dans les services de SSR neurologique et locomoteur, en HDJ et parfois dans le service de médecine générale, de SSR polyvalent et de consultations externes. (Site de l'EPSNF).

L'ergothérapie est également présente dans les SMPR et en UHSA. Le documentaire *Être là* de Régis Sauder présente le travail des psychiatres, des infirmières et des ergothérapeutes dans le SMPR des Beaumettes à Marseille. (Sauder, 2012) On observe alors que les séances d'ergothérapie reposent principalement sur des activités manuelles en groupe (peinture, mosaïque, dessin). Il y a également des ateliers de menuiserie. Certains détenus font cadeaux à leurs proches de leur production. J'ai pu remarquer, en visionnant ce documentaire, que la salle d'ergothérapie est un lieu où la parole est assez libre. Les détenus se rencontrent, discutent, se confient sur leur vie d'avant et sur celle actuelle. Ces confessions sont d'autant plus présentes lors de séances de groupe. Enfin, dans ce documentaire, l'importance du travail en équipe est mise en valeur. Les soignantes partagent les informations, se soutiennent, analysent leur pratique. Une infirmière déclare même qu'elle a la force de continuer à faire ce métier grâce au travail de collaboration avec ses collègues.

Dans d'autres pays, l'ergothérapie en milieu carcéral est plus développée. A Manitoba, au Canada, des ergothérapeutes interviennent auprès de détenus ayant des incapacités liées au vieillissement, au handicap physique, cognitif ou psychiatrique (DeVos & Reg, 2012). Également, en 2011, à Singapour, un service d'ergothérapie a ouvert pour mener des activités permettant une meilleure gestion du quotidien et le développement des habiletés sociales des détenus. Un an après l'ouverture du service, les détenus ont constaté une amélioration dans tous les domaines fonctionnels (Tan et al., 2015).



Enfin, en Colombie, la pratique de l'ergothérapie en milieu carcéral s'est développée dans les années 90. Les ergothérapeutes mettent en place des actions de formation et d'insertion professionnelle et sociale. (Garzón-Sarmiento et al., 2017)

### **III. Le travail de groupe comme outil d'intervention**

#### **a) Définition et paramètres du travail de groupe thérapeutique**

Le mot groupe vient de l'italien « gruppo » signifiant « nœud ».

Le travail de groupe est défini par plusieurs paramètres :

- Contexte temporel : durée du groupe, durée et fréquence des séances
- Taille : nombre de personnes. En milieu psychiatrique on favorise les petits groupes (4 à 8 personnes) pour permettre le maintien de l'espace personnel et une parole intimiste. (Launois, 2015a)
- Environnement : calme, confortable, lumineux...
- Forme du groupe : groupe ouvert (les personnes peuvent adhérer à tout moment, selon leur disponibilité), groupe semi-ouvert (les personnes du groupe commencent et terminent leur travail à des moments variés mais elles s'engagent à participer à toutes les séances), groupe fermé (le travail de groupe commence et se termine en même temps pour chaque membre). En milieu psychiatrique, on favorise la formation de groupes fermés afin de constituer une identité groupale et un sentiment de sécurité. (Launois, 2015a)
- Type de groupe : homogène (individus avec des problématiques communes soit sur la situation carcérale soit sur la pathologie, exemple : première incarcération). Cela augmente l'illusion groupale (Anzieu, 1971) permettant de réduire les angoisses dues à la situation de groupe et d'augmenter le sentiment d'appartenance. Ou, au contraire, hétérogénéité (exemple : cause de l'incarcération différente). Les avantages de ce type de groupe sont la découverte et la richesse d'enseignement et d'interactions entre plusieurs récits de vie.
- Objectif du groupe : basé sur la performance et l'activité ou basé sur la personne avec une forte révélation de soi.

Nous allons maintenant définir le concept de la médiation. La médiation vient du verbe latin « *mediare* » qui signifie être au milieu, s'interposer. Aujourd'hui, les définitions sont multiples et sont sources d'ambiguïté. Selon, D. Quélin-Souligoux, la médiation peut être sous plusieurs formes : un objet concret (jouet, instrument, papier), un jeu dramatique, un objet culturel (peinture, musique, conte...). D. Quélin-Souligoux ajoute que « l'objet de relation jouerait donc un rôle de relais entre la communication consciente et la communication inconsciente et d'articulation entre les subjectivités de deux ou plusieurs personnes » (Quélin-Souligoux, 2003).

Le travail de groupe est également régi par un cadre. Ainsi, le cadre doit être développé dans ses qualités d'intimité, de contenance et de confidentialité pour favoriser la création. Si le cadre est respecté, alors les participants peuvent s'autoriser « une parole libre, sans jugement et sans risque qu'elle soit utilisée en dehors du groupe et hors de son contexte. » (Launois, 2015b) Le cadre intègre aussi un contrat informel entre l'individu et l'ergothérapeute. Il contient la notion d'engagement, de régularité de présence, de respect des consignes.

Le thérapeute qui mène le groupe doit maintenir le cadre de manière ferme et fiable et faire l'« analyse des différents phénomènes, mécanismes et processus psychiques se déroulant dans un groupe » (Launois, 2015a), appelée la dynamique de groupe. Le choix de la médiation est donc un élément à prendre en compte par le thérapeute. Cela dépend des objectifs à atteindre, des capacités des patients, du contexte institutionnel. Le thérapeute doit donc s'informer et s'investir en amont de la création du groupe (Quélin-Souligoux, 2003). Cela nécessite donc de suivre une démarche d'intervention structurée, basée sur un temps d'évaluation des besoins de la personne, l'élaboration d'un diagnostic ergothérapeutique et la définition des outils d'intervention les plus adaptés.

Ainsi, l'animation a un rôle essentiel dans la construction d'un groupe thérapeutique. Selon C. Leclerc, son rôle peut se définir par cinq fonctions : la communication, la métacommunication (« observation des processus de groupe et l'élucidation de ces processus »), la structuration, la production (« tâche collective ») et le soutien affectif (« climat positif et développement de relations satisfaisantes ») (Leclerc, 1999).

## b) Objectifs du travail en groupe en ergothérapie

Pour orienter, ou non, un patient vers un travail de groupe l'ergothérapeute entreprend une phase d'évaluation afin de connaître les besoins, souhaits et ressources de la personne. L'ergothérapeute peut mener des entretiens, des évaluations normées ou des mises en situations. Par exemple, pour évaluer l'équilibre occupationnel, il existe le Questionnaire sur l'Equilibre Occupationnel mesurant la satisfaction envers la quantité et la variété d'occupations à travers 13 items (Wagman & Hagasson, 2014). Ce questionnaire reste à adapter au contexte du milieu carcéral mais peut constituer une base pour l'évaluation.

L'étude réalisée à Manitoba, évoquée précédemment, nous apprend que la formation d'ergothérapeute apporte une expertise dans le développement et l'animation de travail de groupe. (DeVos & Reg, 2012). Si le travail de groupe paraît pertinent au vu des objectifs thérapeutiques, le patient y sera donc intégré.

Le travail de groupe pourrait alors permettre de créer de nouvelles routines. En effet, le patient se situe dans un autre lieu que celui de son unité d'incarcération. Il peut ainsi découvrir un autre espace, une autre ambiance avec d'autres personnes. Il a donc un nouveau repère spatial et aussi temporel (atelier à un moment défini de la journée). (Launois, 2015a)

Le travail de groupe peut également permettre de trouver ou de consolider le projet du patient. En effet, les ergothérapeutes peuvent aider à élaborer des plans de journée structurés, éduquer et encourager les détenus à participer aux activités institutionnelles existantes. De plus, une grande liberté de création et d'appropriation du matériel est offerte par le travail de groupe permettant au patient de se revaloriser, se sentir fier, considéré, responsabilisé et utile. (Hernandez, 2016). Le travail de groupe en ergothérapie permet également d'apporter un soutien en répondant aux besoins du patient et en apportant des connaissances liées à la santé pour certains groupes (Duncombe & Howe, 1985).

De plus, le concept de la pratique personne-centrée basée sur la relation thérapeutique est une des bases principales du métier d'ergothérapeute. Cette collaboration facilite la définition et l'atteinte des buts communs. (Launois, 2015b). L'atteinte d'objectifs communs fait le lien avec la construction du projet de vie du patient.

Le rôle de l'ergothérapeute prend ainsi tout son sens dans ce contexte. I. Pibarot, 2007, a déclaré que l'ergothérapeute se doit d'être actif dans les soins et que l'ergothérapie n'avait pas comme rôle d'occuper le patient. Elle ajoute qu' « il s'agit de réveiller [les] capacités [du malade], de le mettre en mouvement physique, intellectuel et psychique » (Hernandez, 2016).

Enfin, les habiletés inerrantes au travail de groupe seront développées, maintenue ou améliorée comme : l'acquisition de compétences professionnelles, communicationnelles, sociales et sur la gestion du temps, de la colère et des rechutes (Leclerc, 1999). Des habiletés physiques, cognitives et sensorielles peuvent aussi être travaillées (Duncombe & Howe, 1985).

Le travail des habiletés sociales semble être un objectif principal du travail de groupe. En effet, dans l'étude de Duncombe & Howe réalisée aux Etats-Unis, les 22 ergothérapeutes travaillant en psychiatrie utilisent le travail de groupe et sur les 200 activités de groupes en ergothérapie étudiées, il y en a 162 dont l'objectif est de faciliter la communication et la socialisation (Duncombe & Howe, 1985).

De plus, comme décrit précédemment, la réhabilitation psychosociale est l'un des objectifs de l'ergothérapeute travaillant en psychiatrie. La réhabilitation psychosociale est liée au concept de la cognition sociale (Franck, 2018), définit par « la conscience des états mentaux d'autrui et de soi-même (acquisition de la théorie de l'esprit) y compris les émotions, les motifs, les désirs et les sentiments » (Zelazo, 2019). Dans l'étude, 110 groupes ont pour objectif d'améliorer les capacités cognitives. A travers ces informations, il est alors possible de remarquer que les dimensions sociales et cognitives sont mises en avant dans la construction d'un groupe.

### c) Exemples de travaux de groupe déjà réalisés en milieu carcéral (sans ergothérapeute)

Dans cette partie, nous allons donner quelques exemples de travaux de groupe menés en milieu carcéral n'intégrant pas d'ergothérapeutes.

H. Leca et A. Brun (Leca & Brun, 2012), psychologues, ont réalisé une étude sur un groupe thérapeutique à médiation olfactive en milieu carcéral en collaboration avec un psychologue et un infirmier. Le groupe est fermé et divisé en plusieurs temps : présentation et

échanges, utilisation libre du matériel, un temps d'écriture et enfin un temps de lecture et d'échanges.

En milieu carcéral, la sphère sensorielle est mise à mal (absence de miroir, omniprésence du bruit...). Ainsi, les participants ont la possibilité de travailler sur la réactualisation et la symbolisation leur permettant de remobiliser leurs expériences sensorielles archaïques.

L'odorat est impalpable et suscite des sensations liées à des souvenirs. Il permet « une véritable mise en histoire de la vie somatique ». (Leca & Brun, 2012)

De plus, A. Brun fait référence à la notion de plaisir. En effet, le groupe ne fait pas qu'appel à l'odorat, tous les sens sont mobilisés. Le plaisir vient du fait que le patient est libre de passer d'un sens à l'autre et de (re)découvrir ses perceptions sensorielles diverses.

Un groupe de travail à médiation photolangage a également été mené (Mirabel & Rabeyron, 2015). Ce groupe a été mis en place dans un SMPR par une psychologue et une infirmière. Il est fermé et accueille cinq patients maximum.

Le photolangage consiste en un jeu de photographies sélectionnées par le ou les thérapeutes. Chaque patient est invité à en choisir une ou deux selon une consigne précise. Ensuite, chacun présente sa photo et ce qu'elle lui fait percevoir et ressentir.

Le choix des photos et de la consigne représente un grand enjeu dans la mise en place de ce groupe. Si ces choix s'avèrent être judicieux alors le photolangage permet de s'approprier un objet objectif et matériel (la photographie) pour le transformer en objet subjectif (mise en sens dans sa propre histoire).

La photographie, par sa matérialité, a aussi un aspect contenant favorisant ainsi le sentiment de protection contre la pulsionnalité et la destructivité des sujets.

#### d) Travaux de groupe en ergothérapie en milieu carcéral

En France, les écrits sur des groupes thérapeutiques en ergothérapie en milieu carcéral n'existent pas, bien que cette pratique soit réalisée sur le terrain (Fauder, 2012). Néanmoins, on remarque qu'une hospitalisation en psychiatrie sous la contrainte est très restrictive pour le patient (sorties limitées, retrait du téléphone, interdiction de visite...) et celui-ci voit sa possibilité d'agir considérablement réduite. On observe donc le concept de privation occupationnelle dans les services psychiatriques fermés. Ainsi, ces conditions et celles en

milieu carcéral peuvent être mises en parallèle. (Riou & Le Roux, 2017). Dans cette partie, nous étudierons un exemple de travail de groupe en ergothérapie réalisé en UMD.

Depuis 2000, les ateliers en ergothérapie suivants étaient réalisés à l'UMD de Cabanis, de manière individuelle ou en groupe : menuiserie, réfection de meubles, encadrement, conditionnement d'agrafes, espaces verts, art-thérapie (peinture, musique). On remarque que l'utilisation d'outils tranchants ou contondants est nécessaire dans la réalisation de ces ateliers. En effet, cette étude affirme qu'« il est possible de mener une psychothérapie à son terme dans n'importe quel milieu, à condition d'aménager le séjour, le cadre de la vie intérieure de l'institution ; à condition de compter avec un personnel capable d'appui ». (Roth & Heitzmann, 2008). L'ergothérapeute établit des règles de sécurité strictes, cela permet d'instaurer un lien de confiance, de responsabiliser et d'autonomiser le patient.

Des activités de vie quotidiennes sont aussi menées en groupe comme la prise de repas, la pratique de sports collectifs, d'expression (musique, peinture). (Roth & Heitzmann, 2008)

## **Problématique :**

Les personnes détenues peuvent faire face à plusieurs problématiques. L'ergothérapeute constate une privation occupationnelle mais ne peut agir que sur l'équilibre occupationnel, puisque cette notion est subjective. Il a été mis en évidence que le travail de groupe en ergothérapie pourrait avoir des bénéfices pour la reprise d'un équilibre occupationnel. Cependant, la relation entre l'équilibre occupationnel, la mise en place d'un travail de groupe et le milieu carcéral est encore peu explorée. Il est alors possible de se demander :

**Dans quelle mesure la mise en place du travail de groupe en ergothérapie permet la reprise d'un équilibre occupationnel pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques en milieu carcéral ?**

## **Partie 2 : Phase expérimentale**

Afin de répondre à cette problématique, j'ai souhaité recueillir des données qualitatives de plusieurs professionnels. Pour cela, la méthodologie de l'entretien a été utilisée.

Initialement, la méthode de Delphi m'attirait particulièrement pour recueillir un consensus. Cependant, au vu de ma problématique et du sujet très peu traité, la méthode Delphi paraissait être un projet ambitieux. En effet, les ergothérapeutes travaillant dans le milieu carcéral et qui plus est dans un service psychiatrique sont encore peu répandus. On peut donc se dire que les entretiens sont une première étape pour récolter des données et que la méthode Delphi pourrait être utilisée plus tard, lorsque la pratique en milieu carcéral sera plus développée.

### **I. Présentation de l'outil**

#### **a) Présentation de la méthode d'enquête**

Selon Kohn et Christiaens (2014), la « recherche qualitative englobe toutes les formes de recherche sur le terrain de nature non numérique » (Kohn & Christiaens, 2014). Le fait

d'étudier les participants dans leur milieu naturel plutôt que dans des situations artificielles constitue un point fort de la recherche qualitative.

L'entretien individuel semi-structuré permet de recueillir des données en interrogeant des participants. L'entretien doit être structuré par un guide reprenant des questions ouvertes et des sujets à aborder (Kohn & Christiaens, 2014).

Cette méthode est pertinente lorsque l'objectif de l'enquête est « d'identifier les points de vue, les croyances, les attitudes, l'expérience de [...] praticiens » (Kohn & Christiaens, 2014). Guillez et Tétreault (2014) ajoutent que l'entretien permet « d'explorer des expériences humaines, de découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire » (Guillez & Tétreault, 2014)

## b) Objectifs et construction de l'enquête

L'objectif principal de cette enquête est de recueillir des informations concernant la pratique de l'ergothérapie dans des structures de soins accueillant des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques. D'autres objectifs sont également retenus : récolter des informations sur la mise en place de l'activité de groupe auprès de ce public-là et recueillir les connaissances des professionnels sur le terme de l'équilibre occupationnel.

J'ai élaboré mon entretien sur la base d'un entretien compréhensif basé sur les écrits de Jean-Claude Kaufmann afin d'instaurer une dynamique de confiance et de vérité avec le participant (Cardon, 1996). Les questions proposées sont orientées vers le passé (parcours professionnel), le présent (leur pratique actuelle et ses caractéristiques, connaissance de l'équilibre occupationnel), et le futur (question hypothétique questionnant le fait que l'ergothérapeute devrait systématiquement être animateur dans les activités de groupe proposées au sein du service).

## c) Critères d'inclusion

Selon Guillez et all (2014), le choix des participants doit se faire en fonction des objectifs de recherche et des opinions ou expériences que ces potentiels participants présentent



à propos du sujet de la recherche. La population d'enquête concerne les ergothérapeutes exerçant en santé mentale en milieu carcéral ou en UMD. Ainsi, les critères d'inclusion suivants ont été avancés :

- Les participants devront être ergothérapeutes.
- Les participants devront travailler ou avoir travaillé dans le domaine de la psychiatrie en lien avec le milieu carcéral.
- Les ergothérapeutes devront mener ou avoir mené des activités de groupe dans leur pratique.

## **II. Analyse des résultats**

### **a) Présentation des participants**

Pour constituer le groupe d'experts, j'ai contacté plusieurs professionnels répondant aux critères d'inclusion. Parmi eux, quatre ergothérapeutes ont répondu favorablement à ma demande :

- Une ergothérapeute, diplômée en 2004, travaillant dans un UHSA à 100% depuis environ 2 ans. L'ergothérapeute a obtenu un DU Psychopathologie bébé – enfant – ado et parentalité et réalisé des formations courtes proposées par l'hôpital durant sa carrière. Son travail consiste à apporter une aide à l'évaluation du diagnostic à travers des observations concernant le contact, le comportement et l'organisation. L'ergothérapeute travaille « principalement » en individuel mais certaines activités de groupe sont menées. Enfin, elle utilise le modèle psychodynamique.
- Un ergothérapeute, diplômé en 2016, ayant travaillé pendant 6 ans dans un CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) au sein d'une prison. Ce professionnel a quitté son poste en octobre 2022. Il proposait « majoritairement » des activités de groupe dans sa pratique.
- Une ergothérapeute, diplômée en 2019, travaillant dans un COCS (Centre d'Observation Clinique Sécurisée) en Belgique depuis 1 an. Son rôle est d'accompagner des personnes prévenues pendant 8 semaines et d'aider un psychiatre expert à confirmer si oui ou non cette personne a été responsable de ses actes. L'action de cette structure

n'étant pas encore effective, l'ergothérapeute travaille actuellement comme renfort dans le service psychiatrique d'une prison. Sa pratique s'effectue « souvent » en groupe.

- Une ergothérapeute, diplômée en 2020, travaillant dans un UMD depuis environ 2 ans et demi. Elle a réalisé plusieurs formations au sein de l'hôpital en psychopathologie, sur le psycho-trauma et sur comment gérer les situations de violences et d'agressivité de manière pacifiste (formation Oméga). Dans sa pratique, elle accompagne une dizaine de personnes détenues hospitalisées bénéficiant de l'article D398 du Code de procédure pénale abrogé en 2022 ou venues en séjour de rupture pour une à deux semaines. Elle propose « en très grande majorité » des activités de groupe. Elle utilise le modèle psychodynamique en pluridisciplinarité et, individuellement, elle utilise le modèle occupationnel acquis lors de sa formation en ergothérapie.

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sous forme de *Verbatim* afin de réaliser une analyse de leur contenu. Dans l'analyse des résultats, l'ergothérapeute travaillant à l'UHSA sera nommée Ergo 1, celui travaillant au CATTP Ergo 2, celle travaillant au COCS Ergo 3 et celle travaillant en UMD sera nommée Ergo 4.

## b) Les caractéristiques du milieu carcéral

Au cours des entretiens réalisés, un portrait des caractéristiques de l'environnement carcéral où travaille les ergothérapeutes a été dressé. Tous les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que ces caractéristiques modifient la pratique de l'ergothérapie. Ergo 1 dit que « *ça influence beaucoup les choses* ». Pour Ergo 2, « *le milieu carcéral a tout un tas de contraintes qu'on n'a pas à l'extérieur* » et que la pratique « *demande une adaptation plutôt importante* ». Ergo 3 rapporte que le cadre sécuritaire est très mis en avant. Ergo 4 estime également que « *la pratique est quand même assez compliquée* », elle parle de l'« *hypervigilance* » qu'elle présente en permanence.

En effet, les sorties extérieures ou les évaluations en milieu écologique ne peuvent pas être réalisées selon Ergo 2, Ergo 3 et Ergo 4, qui rajoute que « *la dimension de réhabilitation psychosociale [...] on ne peut pas* ».

Aussi, le cadre sécuritaire est très spécifique à ce lieu d'exercice et peut changer le rapport avec le patient. Les salles d'activités sont souvent vitrées pour permettre une visibilité entre collègues en cas de problèmes pour Ergo 1 et Ergo 4. La pratique de Ergo 3 « *dépend vraiment des*

*agents* ». En fonction du nombre d'agents disponibles, elle a accès à certains locaux ou pas. Si les agents sont trop peu nombreux (6 agents ou moins), « *on ne peut pas faire grand-chose* ». Ergo 4 a les clés de toutes les portes sur elle ce qui diffère donc de la pratique en prison. Cependant, elle rapporte qu'elle est obligée de travailler à deux soignants et que c'est « *impressionnant* » d'être isolée entre les murs.

Trois ergothérapeutes ont parlé des contraintes par rapport aux outils utilisés. Un contrôle des outils doit être fait une ou deux fois par jour soit par les ergothérapeutes (Ergo 1, Ergo 4) soit par les surveillants (Ergo 2). Ergo 2 pense que c'est plus compliqué parce qu'il faut mettre en place des règles, certaines armoires sont fermées à clé et que le temps d'acquisition de nouveaux outils peut être long. Ergo 4 estime que la dimension de sécurité au niveau des outils « *ne peut pas [être] négligée* ». Cependant, Ergo 1 se dit « *plutôt* » chanceuse car ces contraintes lui permettent « *d'avoir quand même tous les outils qu'[elle] veut* ». C'est aussi l'avis de Ergo 2 qui « *n'avait pas spécifiquement de limitations* ».

Ergo 1 exprime également que le droit à l'image pose « *particulièrement* » problème en détention.

Enfin, Ergo 1 et Ergo 4 ont un dispositif d'alerte en permanence avec différents niveaux d'alerte sur elles leur permettant de demander de l'aide en cas de problème. Ergo 1 ne s'en est jamais servi.

Au regard de ces caractéristiques, les ergothérapeutes ont décrit des facteurs motivationnels facilitant leur pratique dans ce lieu d'exercice particulier. D'abord, tous les ergothérapeutes ont rapporté être passionnés par la psychiatrie. Ergo 2 et Ergo 4 ont notamment réalisé leur mémoire en lien avec la psychiatrie. Pour ces deux professionnels, l'opportunité de travailler en milieu carcéral s'est présenté sans que ce soit un objectif ciblé. Ergo 1, quant à elle, se dit motivée par ce lieu en particulier car elle estime qu'il n'y a « *pas le droit de laisser souffrir une personne en détention que ce soit une souffrance somatique ou une souffrance psychique* », elle rajoute que, pour elle, « *les gens condamnés à une peine de prison ne sont pas condamnés à ne pas exister* ». Elle déclare également qu'après avoir travaillé 17 ans en secteur, elle commençait à ressentir de l'ennui, ce qui l'a poussé à se diriger vers ce poste. Pouvoir apporter une amélioration de qualité de vie aux patients est un « *élément clé* » pour Ergo 3. Enfin, Ergo 4 a postulé sur ce poste pour « *découvrir* » le milieu fermé, qui n'est pas vraiment exploré dans le cursus, selon elle. Elle ajoute que travailler dans cette structure nécessite d'avoir « *une part de conscience de soi* » pour « *être au clair avec soi-même* ». De plus, les ergothérapeutes intègrent les échanges et les visions entre les différents professionnels dans les

facteurs facilitant de leur travail. Les échanges se font entre professionnels paramédicaux comme le souligne Ergo 1 et Ergo 4 mais aussi avec l'administration pénitentiaire, avec la cheffe de détention pour Ergo 3 et avec les agents pénitenciers pour Ergo 1.

Le milieu carcéral a donc des caractéristiques qui influencent la pratique de l'ergothérapeute. Le milieu carcéral a également des caractéristiques qui influencent la vie quotidienne de la personne détenue. En effet, les déplacements et sorties extérieures évoqués plus haut comme des limitations dans la pratique des ergothérapeutes le sont également dans la vie quotidienne des détenus. Ergo 1 décrit que « *l'atelier d'ergothérapie n'est pas accessible aux patients de manière autonome* », le patient ne peut donc pas venir de sa propre initiative ni par une motivation intrinsèque. Aussi, la surveillance accrue des détenus est présente dans les différentes structures. Dans le lieu d'exercice de Ergo 1, il y a des caméras dans les lieux communs. Aussi, les détenus sont soumis au passage d'un détecteur de métaux par un surveillant à chaque fois qu'ils sortent de l'atelier d'ergothérapie. Pour Ergo 4, il n'y a pas de caméras mais les chambres sont équipées d'un hublot et les salles de bain d'un œil de Juda accessible de l'extérieur.

De plus, il existe parfois des restrictions au niveau du matériel autorisé pour le patient. Ergo 3 accompagne certains patients placés sous « *Surveillance Suicide* » qui n'ont pas le droit d'avoir d'objets tranchants en chambre (miroir, rasoir), mangent avec des assiettes et couverts en silicone dur et doivent demander à un surveillant d'allumer leur cigarette n'ayant pas le droit d'avoir un briquet. Aussi, certains patients ont l'obligation d'aller et d'être seul dans leur cellule ne pouvant pas être accompagnés d'une autre personne.

Ergo 4 indique que les patients sont « *rejetés de la société [...], rejetés de leur hôpital d'origine, [...], souvent ils sont rejetés dans leur famille* ». Elle ajoute que les patients ayant des troubles psychiatriques décompensent « *souvent* » en prison car « *il n'y a pas le suivi qu'il faut* ».

En ce qui concerne les pathologies rencontrées, tous les ergothérapeutes accompagnent des personnes ayant des troubles psychotiques notamment la schizophrénie. La population dite état limite (avec ou sans bipolarité, troubles borderline) et les personnes ayant des troubles anxio-dépressifs sont également fortement représentés. Des personnes présentant des comportements perturbateurs dyssociaux comme des pédophiles, des psychopathes ou encore des sociopathes sont accompagnées par Ergo 2 et Ergo 3. Ergo 3 a également été amené à suivre des personnes ayant des troubles neurodéveloppementaux, avec une déficience intellectuelle, carence affective et / ou éducative ou encore un trouble du spectre autistique.

Ergo 3 accompagne également des personnes ayant une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances entraînant une pathologie psychique.

Dans la structure de Ergo 2 et le service actuel de Ergo 3, les patients sont diagnostiqués et le rôle de l'ergothérapeute est donc de travailler sur l'autonomie et la qualité de vie du patient. Cependant, pour Ergo 1 et dans la future structure de Ergo 3, le rôle de l'ergothérapeute est d'aider au diagnostic d'une personne.

### c) Activités de groupe

Les professionnels m'ont décrit les paramètres des groupes proposés dans leur structure. Tous les ergothérapeutes ont des groupes de petite taille : entre 4 et 8 patients. La forme du groupe varie selon les professionnels : pour Ergo 1 et Ergo 3 les groupes sont ouverts sur la base du volontariat, pour Ergo 2 et Ergo 4 certains groupes sont fermés sous forme de sessions de 7 semaines (Ergo 2 avec des groupes de parole) ou de 5 séances (Ergo 4 avec des groupes de parole et de relaxation) et d'autres semi-ouverts car le nombre de patients est limité. Ergo 4 décrit les groupes fermés comme des groupe ayant un besoin de contenance.

Le groupe se constitue selon plusieurs critères d'inclusion. Tous les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que l'état clinique du patient permet ou pas de l'intégrer dans un groupe, Ergo 1 explique que « *la première précaution est au niveau médical* ». Ergo 2 rapporte que « *pour certains [patients] le groupe est impossible parce que psychiquement ils ont besoin d'une contenance autre, puis le groupe envoie des choses trop violentes* ». Ergo 1 ajoute que « *la deuxième précaution c'est la nôtre* », expliquant que sa propre observation de soignante lui permet de continuer ou de différer le suivi.

De plus, tous les ergothérapeutes déclarent que l'inclusion aux activités s'effectue également selon les « *préférences* » du patient (Ergo 4), selon leurs « *choix* » (Ergo 3) ou encore « *en fonction de ce qu'ils voulaient faire, de leur activités signifiantes et significatives* » (Ergo 2). Ergo 1 travaille « *beaucoup autour de la demande du patient* ».

Les différents objectifs des activités de groupe seront présentés après.

Dans leur pratique, tous les ergothérapeutes animent des activités de groupe seuls, c'est même la majorité du temps pour Ergo 2 et Ergo 3. Trois ergothérapeutes travaillent en co-

thérapie avec des infirmiers (Ergo 1, Ergo 2, Ergo 4), des infirmiers spécialisés en psychiatrie (Ergo 4), des médecins (Ergo 1), des psychologues (Ergo 2), ou encore des art-thérapeutes (Ergo 2).

Tous les professionnels utilisent en majorité des groupes avec médiation que ce soit à travers :

- L'art comme la peinture (Ergo 1, Ergo 2, Ergo 4), la lecture (Ergo 1), l'écriture (Ergo 3), l'audio-visuel (en projet pour Ergo 1)
- L'activité manuelle comme la couture (Ergo 1), le bricolage (Ergo 2, Ergo 4), la menuiserie (Ergo 2), la poterie (Ergo 4), la sculpture (Ergo 2, Ergo 4), la mosaïque (Ergo 2)
- Les jeux de sociétés (Ergo 2, Ergo 3)
- Les activités sportives comme le tchoukball (Ergo 2), des sports de raquette et de balles (Ergo 4), ou la relaxation (Ergo 4).
- Un jardin thérapeutique (Ergo 2, Ergo 4)
- Des activités en lien avec les animaux : s'occuper des poules (Ergo 4), zoothérapie avec des chiens (Ergo 4).

Ergo 4 explique que, pour elle, la médiation fait tiers dans la relation entre le patient et le thérapeute. Ergo 4 est également la seule à proposer un groupe de parole autour de la sexualité sans médiation particulière qui abordent certaines thématiques préparées à l'avance.

Cependant, plusieurs activités de groupe sont menées par d'autres professionnels uniquement comme des groupes théâtre par une psychomotricienne (Ergo 1), groupe de parole autour de la maladie par des infirmiers (Ergo 1, Ergo 4) ou autour de la culture par l'éducateur spécialisé (Ergo 3), groupe de cuisine par l'éducateur spécialisé (Ergo 3), activité créative en lien avec un objet du quotidien comme la fabrication d'un savon par l'éducateur spécialisé (Ergo 3), relaxation par la psychologue (Ergo 3), groupe de peinture / dessin par une art-thérapeute (Ergo 3).

Tous les ergothérapeutes ne sont pas d'accord pour dire que l'ergothérapeute est un spécialiste du groupe. Ergo 2 pense que l'ergothérapeute « *a un savoir non négligeable et peut-être plus important que les autres professionnels paramédicaux sur les activités de groupe* », il parle d'« *une finesse d'analyse* » dans la dynamique de groupe, la construction et le sens donné aux activités de groupe. Ergo 3 nuance en disant que l'ergothérapeute doit animer des activités

en lien avec la vie journalière du patient. Elle ajoute que, lorsqu'elle est arrivée en renfort dans le service, elle n'a pas eu le choix dans les groupes qu'elle animait. Lorsque le COCS sera opérationnel c'est elle, par exemple, qui animera le groupe cuisine à la place de l'éducatrice spécialisée.

Ergo 1 s'appuie sur le fait qu'elle a été formée « *à la médiation thérapeutique mais pas forcément spécifiquement au groupe* » et trouve que « *c'est bien justement de ne pas en faire une chasse gardée* ». De plus, elle ajoute « *qu'il y a des affinités professionnelles qui sont plus intéressantes que des accointances par profession* », soulignant ainsi que le fait d'animer un groupe avec un ou une collègue avec lequel on s'entend bien professionnellement est parfois plus pertinent que de travailler ensemble parce qu'il ou elle est ergothérapeute.

Ergo 4 qui travaille uniquement en co-thérapie avec des infirmiers pense que la « *complémentarité [est] essentielle* » car l'ergothérapeute apporte « *une dimension holistique* » alors que l'infirmier a une vision plus clinique. La répartition des groupes dans son lieu de travail se fait également en fonction de l'attrait et de la connaissance de l'activité par le professionnel.

#### d) Objectifs thérapeutiques et équilibre occupationnel

Les activités de groupe proposées par les ergothérapeutes ont plusieurs objectifs thérapeutiques. L'un des principaux est la « *socialisation* », évoquée par Ergo 1 et repris par les autres ergothérapeutes. Ergo 2 parle « *d'intégration dans un collectif* » et Ergo 3 de « *réinsertion sociale* ». Cette dimension est également liée à la réinsertion pour Ergo 2 : le groupe peut « *permettre ensuite de faire le parallèle avec l'intégration à la société* ». Il ajoute que le groupe a pour objectif de prendre conscience des autres patients, de leurs espaces et de leurs opinions.

Ergo 4 présente aussi l'objectif de travailler le corps à travers des activités sportives car elle estime que « *le corps et l'esprit sont des choses qui doivent être travaillées ensemble* ». Ergo 2 utilise aussi les activités sportives afin de travailler sur les troubles impulsifs.

Ergo 4 utilise également le groupe pour laisser les patients « *exprimer leur ressenti* ». En effet, elle propose certaines activités où les patients sont libres, « *ils peuvent faire un peu ce qu'ils veulent, avec le média qu'ils veulent* ».

Selon Ergo 2, la mise en place de groupes fermés a pour objectif de responsabiliser le patient. En effet, dans sa structure, les patients doivent signer une charte pour témoigner de leur engagement.

Les ergothérapeutes définissent donc des objectifs pour le groupe mais déclarent aussi avoir des objectifs spécifiques pour chaque patient. Ergo 1 et Ergo 2 travaillent sur « *l'individualité dans le groupe* ». Ergo 3 met en place des « *objectifs personnels pour chaque patient* ».

Les ergothérapeutes ont ensuite évoqué des situations où le travail de groupe avait atteint ses objectifs. Ergo 1 présente la situation d'un patient qui était en « *retrait par hostilité et réticence* » et où la barrière de la langue était un frein à la relation. Ce patient avait néanmoins accepté de venir à l'atelier couture. Au début, il s'est montré observateur puis « *tout d'un coup, [...], il s'est mis en activité* ». Il a ensuite pu échanger avec un autre patient qui parlait sa langue. Celui-ci parlait aussi français et pouvait traduire aux thérapeutes. Ergo 1 conclut que le groupe « *a très bien marché pour lui* ». Ergo 2 exprime que pour tous les patients avec des troubles de l'adaptation ou avec symptômes dépressifs, « *le groupe les a amenés à échanger, à s'ouvrir puis aussi à s'adapter au milieu carcéral* ». Il ajoute que « *le groupe avait un effet très important sur ces gens-là* ». Ergo 3 présente une situation de groupe menée par sa collègue où les patients ont fabriqué un calendrier. Elle rapporte que « *certaines le tiennent, certains barrent les jours* » montrant ainsi qu'un « *objectif opérationnel* » a été atteint. Enfin, Ergo 4 décrit que pour participer à l'activité de groupe, le patient change de bâtiment, cela favorise l'engagement, la responsabilisation et « *rompt l'isolement* ». Elle ajoute que même si le patient se place en retrait au niveau de la posture, « *le fait d'être dans le groupe c'est déjà énorme* ». Elle présente aussi l'utilisation de la médiation animale en groupe qui permet de travailler beaucoup de choses au niveau de la relation. Elle la caractérise comme « *hyper enrichissante* », elle permet de « *s'intéresser à l'autre et peut-être à posteriori d'échanger aussi avec nous* ».

Ces situations peuvent être mises en lien avec le concept de l'équilibre occupationnel. Seule Ergo 1 dit ne pas connaître le terme. Les autres ergothérapeutes le connaissent de façon plus ou moins assurée. Une définition leur a donc été demandée. Ergo 1 le définit comme l'« *équilibre de vie lié à l'occupation, l'équilibre psychique lié à l'occupation* ». Pour Ergo 2, il est caractérisé par le fait de « *réussir à trouver le juste milieu entre les activités significatives et significatives pour le patient et qu'[il] réussisse à se réaliser dans ses activités* ». Ergo 3 décrit l'équilibre occupationnel comme « *avoir une bonne répartition des tâches que ce soit*



*dans le plaisir, le professionnel, le loisir, le personnel, le familial, etc.* ». Enfin, Ergo 4 définit l'équilibre occupationnel comme « *la balance entre les activités signifiantes et significatives de l'individu avec sa privation occupationnelle.* » Pour elle, c'est l'équilibre entre privation et participation.

Une définition exacte du terme leur a ensuite été fournie, celle de Reed et Sanderson (1999). Tous les professionnels sont d'accord pour dire que, selon la définition, ils essayent de l'intégrer dans leur pratique. Ergo 2 essaye de donner le plus de sens possible à l'activité pour le patient pour « *qu'il réussisse à le transposer dans sa vie de tous les jours* ». Ergo 3 essaye « *un maximum de mettre en avant qu'il faut pouvoir s'occuper* ». Elle ajoute que son travail est de l'ordre de la sensibilisation et qu'elle n'oblige pas les patients à avoir des occupations dans leur quotidien. Ergo 4 dit agir sur cet équilibre à travers les médiations qui, selon elle, « *font tiers dans la privation et la participation* ». Ergo 1 n'est qu'en partie d'accord avec la définition énoncée. « *Bien sûr* », elle aborde la place des activités avec le patient. Elle ajoute même que « *tous les ergothérapeutes sont assez convaincus de la place de l'occupation dans l'équilibre psychique de tout le monde* ». Cependant, elle émet quelques réserves vis-à-vis de la partie concernant les rôles, qu'elle trouve « *très injonctionnelle* ». Elle ne partage pas le fait que les personnes aient des rôles à remplir. Elle essaye, dans sa pratique, de faire émerger la demande du patient « *avant de savoir ce que la société attend de lui* ».

### **III. Discussion**

#### **a) Interprétation des résultats**

Il apparaît dans ces entretiens que les caractéristiques du milieu carcéral soient en lien avec la littérature concernant les pathologies. En effet, les ergothérapeutes sont amenés à accompagner la plupart des troubles définis par l'OMS (2022). De plus, tous les ergothérapeutes ont indiqué une forte prévalence de troubles psychotiques, notamment la schizophrénie.

De plus, les ergothérapeutes décrivent des caractéristiques se rapportant au terme de privation occupationnelle. En effet, ils sont conscients que l'incarcération peut constituer un facteur de désorganisation psychique et de l'importance de la place des occupations dans la vie

d'une personne détenue mais aussi dans la vie de toute personne comme le décrivent également Riou & Le Roux (2017). Ergo 4 a émis l'idée qu'un détenu ayant une maladie psychique livré à lui-même décompensait souvent en prison. Plancke et al. (2017) ont observé que la prévalence des troubles psychiatriques est plus importante dans le milieu carcéral qu'au sein de la population générale. Ces constats permettent de comprendre l'importance des plans d'actions stratégiques redéfinissant l'organisation des soins pour les personnes détenues (2010-2014). Ergo 1 défend notamment ce point de vue quand elle décrit ses motivations à l'exercice de son métier.

L'entretien effectué avec l'ergothérapeute travaillant en UMD (Ergo 4) permet de faire des liens entre l'accompagnement des personnes en milieu fermé et en milieu carcéral. En effet, Ergo 4 décrit des conditions de travail similaires aux autres ergothérapeutes et accompagne quelques personnes détenues, exposées à des restrictions de participation. Ces données peuvent être mises en parallèle avec les écrits de Riou & Le Roux (2017) supposant que la privation occupationnelle est présente aussi bien en milieu fermé qu'en milieu carcéral. Concernant sa pratique, Ergo 4 estime avoir plus de liberté individuelle en tant que soignante que si elle travaillait en milieu carcéral, pouvant supposer que la pratique de l'ergothérapie est toutefois davantage contraignante en milieu carcéral.

Concernant le concept du groupe, il est possible de constater que les ergothérapeutes ont un langage commun avec une connaissance des différents paramètres et une application similaire. En effet, les groupes proposés sont de petite taille confirmant les écrits de Launois (2015). Les critères d'inclusion définissent des groupes homogènes avec des individus ayant des états cliniques compatibles et des souhaits communs. Il est possible de supposer que les groupes sont formés de cette manière car l'homogénéité augmente le phénomène d'illusion groupale (Anzieu, 1971). Launois (2015) favorise également la formation de groupe fermé en psychiatrie pour assurer un sentiment de sécurité comme le font Ergo 2 et Ergo 4 pour des groupes de parole et de relaxation. Cependant, la majorité des groupes proposés par les ergothérapeutes sont décrits comme ouverts ou semi-ouverts incitant ainsi une certaine motivation de la part du participant. Il est possible de supposer que cette différence s'explique par des contraintes organisationnelles ou le choix délibéré du professionnel mais les questions posées n'ont pas permis de l'affirmer. Le contexte temporel et l'environnement n'ont pas spécifiquement été abordés dans les réponses des professionnels, les plaçant potentiellement au deuxième plan dans leur vision de la construction d'un groupe.

De plus, il est possible de constater que certaines activités de groupe en ergothérapie sont communes à plusieurs structures (peinture, bricolage, sculpture, jeux de société, jardin thérapeutique) mais que chaque ergothérapeute a des possibilités qui lui sont propres (lecture pour Ergo 1, menuiserie pour Ergo 2, écriture pour Ergo 3 et zoothérapie pour Ergo 4). Aussi, les ergothérapeutes utilisent en majorité des groupes à médiation. Pour Ergo 4, la médiation sert de tiers dans la relation patient – thérapeute. Il est également possible de mettre en rapport l'utilisation de la médiation par les ergothérapeutes et les travaux de D. Quélin-Souligoux qui explique que la médiation fait le lien entre la communication consciente et la communication inconsciente.

Il est intéressant de remarquer que si l'accompagnement du patient est différent selon les structures, les objectifs sont pourtant assez comparables comme celui de la socialisation, du travail du corps et de l'esprit, et d'objectifs personnalisés pour chaque patient.

De plus, il est possible de constater que, comme dans la littérature, des activités de groupe sont menées par d'autres professionnels (Leca & Brun, 2012 ; Mirabel & Rabeyron, 2015). Il semble donc que l'ergothérapeute n'est pas considéré comme un expert dans le développement et l'animation d'activités de groupe comme le considèrent Ergo 1 et Ergo 4. Cependant, il est intéressant de constater que cette question a amené un certain débat entre les professionnels. En effet, Ergo 3 se considère experte dans la mise en place de groupe ayant un lien avec la vie quotidienne et Ergo 2 pense que l'ergothérapeute est le spécialiste du groupe de par sa formation. Ces opinions sont en accord avec les écrits de DeVos & Reg (2012). Il est possible de supposer que la formation suivie, l'expérience professionnelle et les représentations individuelles expliquent ces différents points de vue.

Cependant, tous les ergothérapeutes interrogés se rejoignent sur un point : ils mettent en avant l'importance et la richesse de la collaboration entre les différentes professions intervenant dans l'accompagnement des patients. Le documentaire de Sauder (2012) décrit dans la première partie, rejoint également ces propos.

Concernant le concept d'équilibre occupationnel, tous les ergothérapeutes disent l'intégrer au maximum dans leur pratique. Les définitions données par les professionnels se rapprochent toutes de celle de Adolf Meyer (1922) ou de Moll et ses collaborateurs (2015).

De plus, trois ergothérapeutes consacrent la majorité de leur pratique dans la réalisation d'activités de groupe. Il est donc possible de conclure que les ergothérapeutes mettent en place des activités de groupe dans le but d'une reprise d'un équilibre occupationnel.

Le fait de constater que les ergothérapeutes utilisent l'activité de groupe pour travailler sur l'équilibre occupationnel des personnes détenues ayant des troubles psychiatriques constitue la condition à remplir avant de déterminer si la pratique d'activités de groupe en ergothérapie permet, effectivement, la reprise d'un équilibre occupationnel chez ces personnes.

Il est possible de remarquer que tous les bénéfices du travail de groupe évoqués par les ergothérapeutes correspondent aux objectifs du groupe cités dans la littérature que ce soit dans la création de nouvelles routines (Launois, 2015), le développement de nouvelles habiletés (Leclerc, 1999), notamment dans le domaine de la cognition sociale (Franck, 2018) ou encore la construction d'un projet de vie (Duncombe & Howe, 1995). De plus, ces bénéfices peuvent être mis en lien avec les huit dimensions constituant l'expérience présentées par Moll et ses collaborateurs (2015) définissant l'équilibre occupationnel.

Il est donc possible de conclure que l'activité de groupe permet effectivement la reprise d'un équilibre occupationnel. Ce propos reste tout de même à nuancer car, d'une part, la définition de l'équilibre occupationnel dans la littérature varie selon les auteurs et la temporalité de leurs écrits et, d'autre part, car l'appropriation de ce terme reste parfois incomplète pour les professionnels. En effet, pour Reed et Sanderson (1999), l'équilibre occupationnel est défini en partie par la capacité à répondre à l'exigence de ses rôles. Or, dans leur définition, les ergothérapeutes n'ont pas intégré cette notion-là. De plus, aucun d'entre eux, n'a cité le terme « équilibre occupationnel » naturellement avant qu'une définition leur en soit demandée.

## **b) Limites et biais de la recherche**

Durant cette recherche, plusieurs limites et biais se sont présentés. D'abord, une des ergothérapeutes interrogées a été diplômée et travaille en Belgique. Sa pratique est donc basée sur un autre référentiel que la pratique française. Cependant ces deux pays font partie de l'Union Européenne et ont un système de santé proche (Letourmy, 2000).

D'autre part, ce travail est, pour moi, une première expérimentation en recherche. Je pense que le manque d'expérience et de connaissance théoriques sur le sujet a pu être une limite dans la pertinence de mes recherches. De plus, les articles scientifiques cités sont tous accessibles gratuitement. Certains articles payant auraient pu étayer mes travaux.

Enfin, en raison de contraintes administratives et temporelles, je n'ai pas pu bénéficier de l'avis de personnes actuellement ou anciennement détenues. Je pense que cela aurait eu un intérêt élevé puisque mes recherches abordent la notion d'équilibre occupationnel qui, par définition, est subjective à chaque personne.

## Conclusion

L'environnement carcéral est un lieu présentant des injustices occupationnelles : privation et déséquilibre occupationnels. Ainsi, une personne détenue peut parfois manifester des troubles, majoritairement psychiatriques. Différentes structures de soins sont accessibles pour ces personnes et sont rattachées au milieu carcéral. L'engagement occupationnel étant un concept au cœur du métier d'ergothérapeute, son intervention semble donc à explorer. En effet, s'il ne peut que constater la privation occupationnelle, il peut agir sur l'équilibre occupationnel. Le but étant donc de (re)donner à la personne la possibilité de trouver son quotidien satisfaisant de manière subjective. Parmi les moyens accessibles à l'ergothérapeute, l'activité de groupe est souvent réalisée avec un public psychiatrique. En effet, le travail de groupe a pour objectif la création de nouvelles routines, le développement de nouvelles habiletés, notamment sociales, et la projection vers le futur en abordant le projet de vie de la personne. L'objectif de ce travail était donc de questionner si l'activité de groupe en ergothérapie permet la reprise d'un équilibre occupationnel. Grâce à la littérature et l'étude exploratoire, il est effectivement possible de constater que l'activité de groupe permet de travailler des composantes liées au concept de l'équilibre occupationnel. Cependant, le terme d'équilibre occupationnel est encore en pleine évolution et les experts ont eu du mal à le définir de manière consensuelle et assurée. Il est donc possible de penser que l'équilibre occupationnel est tellement au cœur de la pratique de l'ergothérapie qu'il en devient naturel de l'intégrer sans forcément le conscientiser.

Au cours de ce travail, la réflexion entre les différences et similitudes de la pratique de l'ergothérapie en milieu fermé et en milieu carcéral a été abordée. Il serait intéressant d'approfondir ce sujet afin de déterminer en quoi les deux pratiques sont comparables ou pas.

## Bibliographie :

- ANFE. (2022). Qu'est ce que l'ergothérapie. [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)
- Anzieu, D. (1971). *L'illusion groupale*.
- Arrêté relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles, (1986).  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006072816/>
- Article 122-1 du Code pénal, (2014).  
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006149818/>
- Article D50, 98-1099 Code de procédure pénale (1998).  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006515227/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006515227/)
- Article R3221-5 du Code de la santé publique (2016)  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000033548028](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033548028)
- Cardon, D. (1996). L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 14(79), 177-179.
- Creek, J., & Lougher, L. (2011). *Occupational Therapy and Mental Health*. Elsevier Health Sciences.
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
- CSAPA référents en milieu pénitentiaire. (2019).  
<https://www.calameo.com/read/005544858f1d058609dad>
- DeVos, G., Hauser, K., Kitchen, K., & Ring, B. (2012). Response to Call for Adult Corrections Capacity Review : Enabling Ability through Occupational Therapy 17.
- Direction de l'information légale et administrative. (2022). *Vie en prison : Règles de sécurité, activités, liens avec l'extérieur*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14149>
- Drolet, M.-J. (2022). Qu'est-ce que la justice occupationnelle intergénérationnelle? *Canadian Journal of Bioethics*, 5(1), 156. <https://doi.org/10.7202/1087219ar>
- Duncombe, L. W., & Howe, M. C. (1985). Group work in occupational therapy : A survey of practice. *The American journal of occupational therapy*, 39(3), 163-170.
- Falissard, B., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, C., Fagnani, F., & Duburcq, A. (2004). *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral*. 75.
- Fovet, T., Plancke, L., & Thomas, P. (2018). *Prévalence des troubles psychiatriques en prison*. 32-38.
- Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Health Sciences.

- Gaïffas, A., Galéra, C., Mandon, V., & Bouvard, M. P. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in young French male prisoners. *Journal of Forensic Sciences*, 59(4), 1016-1019. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.12444>
- Garzón-Sarmiento, A. M., Pérez-Miranda, C. C., Torres-Zaque, Y. A., Tunarozza-Chilito, Y. P., & Peñas-Felizzola, O. L. (2017). El terapeuta ocupacional en el ámbito penitenciario colombiano. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 81-88. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.54153>
- Goudard, A., Lalande, L., Bertin, C., Sautereau, M., Le Borgne, M., & Cabelguenne, D. (2017). Sleep Disorders and Therapeutic Management : A Survey in a French Population of Prisoners. *Journal of Correctional Health Care: The Official Journal of the National Commission on Correctional Health Care*, 23(2), 193-202. <https://doi.org/10.1177/1078345817700163>
- Guillez, P., & Tétréault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales : An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*, 383(9923), 1147-1154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62118-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2)
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Larrivière, N., Drolet, M.-J., & Jasmin, E. (2019). *La justice sociale et occupationnelle*.
- Launois, M. (2015a). *Thérapie de groupe*. <http://www.ergopsy.com/therapie-de-groupe-a394.html>
- Launois, M. (2015b). *Créer un atelier d'expression*. <http://www.ergopsy.com/creer-un-atelier-d-expression-a1066.html>
- Leca, H., & Brun, A. (2012). Groupe thérapeutique à médiation sensorielle olfactive en milieu carcéral. *Psychothérapies*, 32(2), 137-146. <https://doi.org/10.3917/psys.122.0137>
- Leclerc, C. (1999). *Comprendre et construire les groupes*. Presses Université Laval.
- Letourmy, A. (2000). Les politiques de santé en Europe : Une vue d'ensemble. *Sociologie du travail*, 42(1), Article 1. <https://doi.org/10.4000/sdt.36247>



- Loi n°94-43, Loi relative à la santé publique et à la protection sociale (1994).  
[https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000002362157](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002362157)
- Matteau, E. (2018). *Organisation du travail et perception de l'équilibre occupationnel chez des ergothérapeutes*.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. <https://docplayer.fr/48295348-De-l-activite-a-la-participation.html>
- Ministère de la justice. (2020). *Evaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)*. <http://www.justice.gouv.fr/publications-10047/rapports-thematiques-10049/evaluation-des-unites-hospitalieres-specialement-amenagees-uhsa-32952.html>
- Ministère de la justice. (2021). *Les structures pénitentiaires*.  
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
- Ministère de la justice. (2022). *Statistiques de la population détenue et écrouée*.  
<http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenu-et-ecrouee-34271.html>
- Ministère de la santé et de la prévention. (2022). *Les droits des personnes détenues*.  
<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/les-personnes-detenues>
- Ministère de la santé et des sports, & Ministère de la justice et des libertés. (2010). *Plan d'actions stratégiques 2010-2014*.  
[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_strategique\\_2010\\_2013\\_prise\\_en\\_charge\\_personnes\\_placees\\_sous\\_main\\_de\\_justice.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf)
- Mirabel, A., & Rabeyron, T. (2015). L'identité à l'épreuve de la prison : Médiation photolangage et relance des processus narratifs. *Bulletin de psychologie*, Numéro 537(3), 223-233. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0223>
- OMS. (2022a). *Santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2022b). *Troubles mentaux*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Plancke, L., Sy, A., Fovet, T., Carton, F., Roelandt, J.-L., Benradia, I., Bastien, A., Amarié, A., Danel, T., & Thomas, P. (2017). *La santé mentale des personnes entrant en détention*.
- Quélin-Souligoux, D. (2003). De l'objet à la médiation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41(2), 29-39. <https://doi.org/10.3917/rppg.041.0029>

- Ravit, M. (2008). Construire sa peine : Temporalité et travail psychique en prison, dans un groupe « Photolangage ». *Bulletin de psychologie, Numéro 493(1)*, 63-70.  
<https://doi.org/10.3917/bupsy.493.0063>
- Riou, G. (2016). Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives. *ANFE*.
- Riou, G., & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : De la privation occupationnelle au soin. *VST - Vie sociale et traitements, 135(3)*, 104-110.  
<https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>
- Roth, È.-M., & Heitzmann, E. (2008). Les ateliers d'ergothérapie dans un service psychiatrique fermé (Unité pour malades difficiles). *Travailler, 19(1)*, 81-102.  
<https://doi.org/10.3917/trav.019.0081>
- Sauder, R. (Réalisateur). (2012). *Etre là* [Documentaire].
- Tan, B. L., Ravindra Kumar, V., & Devaraj, P. (2015). Development of a new occupational therapy service in a Singapore prison. *British Journal of Occupational Therapy, 78(8)*, 525-529. <https://doi.org/10.1177/0308022615571083>
- Vie Publique. (2021). *Santé mentale et psychiatrie : Répondre à la forte demande de soins des Français*. vie-publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/en-bref/281664-sante-mentale-repondre-la-forte-demande-de-soins-des-francais>
- Wagman, P., & Hagasson, C. (2014). *Introducing the Occupational Balance Questionnaire (OBQ)*.
- WFOT. (2010). *Client-Centredness in Occupational Therapy*.
- Zelazo, P. D. (2019). *Cognition sociale*. [https://www.enfant-encyclopedie.com/cognition sociale](https://www.enfant-encyclopedie.com/cognition-sociale)

## **Table des annexes**

**Annexe A** : Formulaire de consentement pour l'enregistrement de la voix

**Annexe B** : Guide d'entretien pour les entretiens de recherche

**Annexe C** : Verbatim de l'entretien avec Ergo 1

**Annexe A** : Formulaire de consentement pour l'enregistrement de la voix

**CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Résidant à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

Autorise Angèle SAUZET dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : La mise en place du travail de groupe en ergothérapie visant à agir sur l'équilibre occupationnel auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison.
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par ----- . *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

**Annexe B** : Guide d'entretien pour les entretiens de recherche

Présentation : Bonjour, je m'appelle Angèle, étudiante en troisième année en ergothérapie. Je vous ai contacté par mail et merci d'avoir accepté de m'aider dans ma recherche.

Mon mémoire porte sur le travail de groupe en ergothérapie avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison. Le but de cet entretien est de pouvoir discuter autour de votre accompagnement et des particularités de celui-ci. Merci d'avoir rempli la lettre de consentement pour enregistrer notre échange. Etes-vous toujours d'accord pour que j'enregistre l'entretien ?

Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ? (Année du DE, formation ou diplôme complémentaire, nombre d'années de pratique dans ce service, autres lieux d'exercice avant, autre profession avant...)

Pouvez-vous me parler de votre poste actuel ? (+Faites-vous référence ou non à un ou plusieurs modèles conceptuels ? Par exemple : psychodynamique, TCC, occupation-centrée...)

Quelles sont les particularités cliniques de la population que vous accompagnez ?

Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce lieu d'exercice (milieu carcéral ou service de psychiatrie fermé) ? Quel sens donnez-vous à votre intervention ?

Est-ce que vous menez des activités de groupe dans votre pratique ?

Si oui, lesquels ?

Selon vous, quelle finalité le travail de groupe permet-il d'atteindre comparé à un soin individuel ? (+ exemple précis dans votre expérience si vous en avez un en tête ?)

Si non, pourquoi ?

L'environnement du milieu carcéral ou fermé a-t-il des caractéristiques spécifiques qui influencent votre pratique ? Si oui, lesquelles ?

Connaissez-vous le terme « équilibre occupationnel » ? Si oui, pourriez-vous m'en donner une définition ? Est-ce que vous intégrez cette notion dans votre pratique ?

Pensez-vous que, lors d'une activité de groupe en service de soin menée par plusieurs professionnels, l'ergothérapeute devrait être systématiquement présent pour l'encadrer ? Si oui, pourquoi ? Si non pourquoi ?

Est-ce qu'il y a des éléments que vous aimeriez ajouter ?

Merci du temps que vous m'avez accordé. Au revoir.

## **Annexe C** : Verbatim de l'entretien avec Ergo 1

Cet entretien a eu lieu le lundi 21 février 2023. L'ergothérapeute se trouve à son lieu de travail (UHSA). L'entretien s'est déroulé par téléphone.

### **Déroulement de l'entretien :**

*Durée prévue de l'entretien : 45 minutes*

*Heure de début : 11h00*

*Heure de fin : 11h37*

*Durée de l'enregistrement : 37'26*

**Ergo 1** : Allo ?

**AS** : Allo, bonjour, c'est Angèle.

**Ergo 1** : Bonjour, excusez-moi je suis entre deux postes de travail mais on peut débiter si vous voulez après je m'installerai devant une feuille pour prendre des notes.

**AS** : Je peux vous rappeler dans cinq minutes si vous voulez.

**Ergo 1** : Non, non (rires). C'est bon, c'est bon, me voilà au calme. Très bien ! Je vous écoute.

**AS** : Du coup, je vous appelle pour un entretien dans le cadre de mon mémoire qui porte sur le travail de groupe avec des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison. Nous allons discuter autour de l'accompagnement que vous proposez, des particularités de celui-ci.

**Ergo 1** : D'accord.

**AS** : Et est-ce que vous êtes toujours d'accord si j'enregistre l'échange ?

**Ergo 1** : Oui, oui allez-y.

**AS** : OK, parfait. Du coup la première question c'était pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

**Ergo 1** : Oui, alors, je suis ergothérapeute depuis 2004, j'ai travaillé depuis septembre 2004 sans interruption ou presque en psychiatrie. J'ai fait psychiatrie de secteur classique, c'est-à-dire psychiatrie en hôpital et puis j'ai travaillé un petit peu, même pas deux ans je crois, dans le privé, à la MGEN auprès de patient en psychiatrie générale et quelques uns avec des troubles des conduites alimentaires. Ensuite, je suis retournée en psychiatrie de secteur et là j'y suis toujours mais avec la particularité que le secteur dans lequel je travaille c'est la détention.

**AS** : Et depuis combien de temps vous êtes en UHSA ?

**Ergo 1** : Depuis août 2021.

**AS** : OK, d'accord. Et vous avez fait une formation autre que l'ergothérapie ou pas du tout ?

**Ergo 1** : J'ai fait un DU, un diplôme d'université, en psychopathologie bébé-enfant-ado et parentalité. Et après des formations d'une semaine ou quelques jours, des choses plus courtes, durant presque vingt ans j'en ai fait à peu près tous les ans mais voilà je ne sais pas si vous avez des questions particulières. Si la question c'est « est-ce que j'ai fait quelque chose de complémentaire par rapport à la singularité de la détention ? » : non. Je me suis formée sur le terrain quoi.

**AS** : OK, d'accord. Et est-ce que vous pouvez me parler du poste actuel que vous avez ?

**Ergo 1** : Oui, bien sûr. Alors, on est deux ergothérapeutes à temps plein. Je travaille dans ce qu'on appelle une UHSA. Vous connaissez ce sigle ?

**AS** : Oui, oui, c'est l'hospitalisation à temps complet pour les personnes qui ont des troubles psychiatriques.

**Ergo 1** : C'est ça. Et dans l'UHSA dans laquelle je travaille, les patients qu'on accueille ce sont les détenus qui ont besoin d'être hospitalisé en psychiatrie. Après, le poste que j'occupe, comment vous le décrire... L'UHSA est composée de trois unités, deux unités de psychiatrie générale dans le sens où ce sont des patients qui arrivent et qui peuvent rester là un certain temps. Et puis à l'issue de leur hospitalisation dans ces deux unités, soit ils vont dans la troisième unité soit ils retournent en détention, soit c'est une autre antenne avec une levée d'écrou. Et la troisième unité est davantage axée sur quelque chose du côté de la réhabilitation psychosociale et là on va prendre plus de temps pour travailler autour de la maladie, pour travailler sur la suite, se projeter après la détention

**AS** : Du coup ce sont des personnes qui vont bientôt sortir ou ça peut être même au milieu ?

**Ergo 1** : Non ça peut être long, les prises en charge dans cette unité peuvent être longues parce que ce n'est pas que pour les personnes qui vont bientôt sortir c'est aussi pour les personnes pour lesquelles on pense que retourner en détention avec une meilleure connaissance de leur maladie permettra une meilleure observance du traitement, une meilleure façon, plus rapide peut-être, de demander de l'aide quand ils en auront besoin, etc.

**AS** : D'accord, et du coup est-ce que vous faites référence à un modèle conceptuel, par exemple psychodynamique, TCC ?

**Ergo 1** : Ouais, le mien il est plutôt psychodynamique. Celui de ma collègue aussi même si on n'a pas le même modèle psychodynamique, on a toutes les deux un modèle psychodynamique. Ce n'est pas forcément l'orientation première de l'UHSA mais après notre façon de comprendre les patients, leur fonctionnement, leur maladie, etc., est plutôt bien acceptée, bien accueillie, j'imagine que c'est parce qu'ils ont cette vision-là de l'ergothérapie. Mais oui, c'est plutôt notre modèle.

**AS** : Du coup par rapport aux pathologies qui sont présentes, c'est quoi les principales ?

**Ergo 1** : Je dirais qu'il y a beaucoup de schizophrénie, enfin qu'il y a beaucoup de psychoses en tout cas et quelques états limites et quelques, alors maintenant on appelle ça la bipolarité avec ou sans une structure psychotique sous-jacente.

**AS** : Et ce sont des personnes qui ont été diagnostiquées ou pas forcément ?

**Ergo 1** : Ah oui, alors une des grosses missions qu'on a à l'UHSA c'est de poser un diagnostic. Nous, en tant qu'ergothérapeute, on est souvent sollicitée pour une aide à l'évaluation, ils sont assez attentifs à ce que nous allons dire du côté de l'évaluation du contact. Ni ma collègue ni moi ne travaillons avec des grilles ou des bilans tout faits, mais par contre on va, par l'observation, évaluer le contact, le comportement, l'organisation globale mais aussi en activité, l'organisation du plan du travail, la façon de s'emparer ou pas de l'aide des consignes, etc. Après je ne vous fais pas toute la grille d'évaluation mais c'est une observation classique.

**AS** : Pourquoi vous avez choisi de travailler dans ce lieu d'exercice ? Est-ce que vous donnez un sens à votre intervention, c'est quand même un lieu assez particulier donc ?

**Ergo 1** : Ouais, j'y donne deux sens, un sens tout à fait personnel : en fait ça faisait 18, 17 ans je ne sais plus, que je travaillais en secteur et je commençais un peu à m'ennuyer même si j'ai quelque culpabilité à dire ça parce que les patients sont toujours intéressants et les rencontres sont toujours stimulantes mais les choses pour moi commençaient à devenir ennuyeuses. Donc ça c'est le premier constat. Et puis, de façon plus éthique, il y a quelque chose qui me parle du côté de, vous savez que ça fait partie de la constitution je crois, de dire que l'on n'a pas le droit de laisser souffrir une personne en détention que ce soit une souffrance somatique ou une souffrance psychique. Et ça me parle. Pour moi, les gens condamnés à une peine de prison ne sont pas condamnés à ne pas exister. Même si c'est peut-être une utopie, peut-être une phrase un peu toute faite mais en tout cas il y a quelque chose qui me parle, je suis obligée de le résumer là pour vous répondre. Après, par contre, je n'étais pas motivée par quelque chose de profondément personnel du style expérience de vie ou quelque chose comme ça. Je n'ai pas du tout été confrontée moi-même à la question d'incarcération de près ou de loin mais je pense que c'est quelque chose qui m'a toujours un peu questionnée.

**AS** : D'accord, OK. Et est-ce que vous menez des travaux de groupe, des activités de groupe ?

**Ergo 1** : Oui alors on travaille principalement en individuel c'est-à-dire je vous explique comment ça se passe : un patient arrive à l'UHSA, il est présenté en réunion clinique qui sont hebdomadaires dans chaque unité et puis soit à ce moment-là, soit plus tard dans son hospit' mais la plupart du temps en réunion clinique, il y a le médecin qui va penser qu'il faut qu'il soit vu en ergothérapie. A partir de là, nous le recevons, alors soit l'une, soit l'autre, on s'attribue les patients et après, entre guillemets, on se les garde, c'est-à-dire dire que s'il y a des ré hospitalisations on garde le patient, c'est-à-dire qu'on joue sur, enfin on mise en tout cas sur la relation thérapeutique. Donc chaque patient a, entre guillemets, son ergothérapeute attribuée et à ce moment-là on les voit en individuel. A côté de ces suivis individuels, il y a des groupes. Moi, par exemple, j'ai un groupe couture mais là c'est proposé de manière ouverte à tous les patients de la même unité. Ma collègue fait des groupes de la même façon dans chaque unité. Elle fait des groupes contes et illustrations et des groupes dessin / peinture. J'essaye de mettre en place, en ce moment, j'ai bon espoir que ça se fasse, un groupe court-métrage, bon je ne rentre pas trop dans les détails mais quelque chose autour de la vidéo en tout cas.

**AS** : Ça serait destiné à être visionné ou juste de créer ?

**Ergo 1** : Non, ça serait visionné mais que à l'intérieur du groupe et de l'équipe. Le droit à l'image pose toujours problèmes d'une manière générale particulièrement en psychiatrie mais alors en détention c'est encore une autre paire de manche, donc pour ne pas s'encombrer on va dire qu'on ne les conserve pas et ils ne sont pas vus à l'extérieur du groupe.



**AS** : D'accord OK. Et du coup vous faites des groupes où vous mélangez les unités ?

**Ergo 1** : Ouais, ouais. Alors après, il y a des groupes auxquels moi je ne participe pas mais il y a pas mal de groupes. Il y a des groupes théâtre, des groupes en psychomotricité aussi. On a une collègue psychomotricienne qui fait pas mal de groupes et qui fait pas mal de suivis individuels, on fait les deux.

**AS** : Ouais, vous faites des groupes des fois avec la psychomot' par exemple ?

**Ergo 1** : Moi ça ne m'arrive pas trop, ma collègue a pu le faire parfois. Puis sinon, c'est ergothérapie avec des infirmiers ou avec un médecin. Le court métrage c'est avec un médecin par exemple. Après il y a les réunions soignants-soignés auxquelles on est convié avec la psychologue.

**AS** : OK. Et selon vous quelles finalités le travail de groupe permet-il d'atteindre comparé à un soin individuel ?

**Ergo 1** : La socialisation, principalement. Après, on peut aussi travailler sur l'identité individuelle, l'identité du groupe bien sûr qu'on peut creuser mais d'abord c'est la socialisation. Et après c'est voir et aider chaque patient à se positionner à l'intérieur du groupe, travailler sur la dynamique du groupe à des fins individuelles on va dire.

**AS** : OK. Est-ce que vous avez un exemple précis dans votre expérience où vous avez pu remarquer justement qu'un patient pouvait travailler la socialisation ?

**Ergo 1** : Oh oui, bah tous !

**AS** : Tout le monde ?

**Ergo 1** : Bah oui, je pense que tous les patients que je vois en groupe forcément, il va y avoir, alors chacun à leur mesure, un moment alors soit très spontanément et dès le début du groupe c'est-à-dire que vous avez des patients qui ont une espèce de, je pense à une patiente là par exemple qui a une espèce de capacité à rentrer en relation avec les autres, à être très aidante, à être très motrice et forcément on peut dire qu'elle va travailler la socialisation. Finalement, c'est tellement facile pour elle que moi j'ai plus envie de travailler justement l'individualité dans le groupe avec elle, parce que c'est des patients qui ont tendance à se fondre dans le groupe. Vous voyez ce que je veux dire ou pas ? C'est un peu l'écueil du groupe, ce sont des patients qui adoptent plus l'identité du groupe que l'identité individuelle. Je ne vous ai pas dit que c'était mixte d'ailleurs au passage, l'UHSA c'est mixte, on mélange les hommes et les femmes. Et à l'inverse, je pense à un autre patient qui, lors du dernier groupe couture, a déjà un certain retrait, qui est je pense plutôt schizophrène sur un versant paranoïde avec une rigidité importante et du coup une rigidité qui le place en retrait, ce n'est pas un vrai retrait autistique, c'est plutôt un retrait par hostilité et réticence, vous voyez ce que je veux dire ou pas ? Et sur fond de délire empreint de religion mais on est plus dans le délire que dans la religion, dans sa façon en tout cas d'observer sa religion. Bref, et en plus il y a la barrière de la langue donc, pour nous, c'est un peu compliqué en individuel, ce n'est pas simple. Et là, je me suis dit que dans le groupe il allait être pris dans quelque chose, dans une dynamique différente. Et au début, il est vraiment resté à l'écart, il a observé ce qu'il se passait. En plus, c'est la couture, je me suis posée quelques questions sur des préoccupations de genre autour de la couture. Je me suis dit « C'est un homme,

en plus il est rigide, il est très observant au niveau de la religion, je ne sais pas trop quelle place ça pourrait prendre » et en fait, tout d'un coup, en observant les patients, il s'est mis en activité en étant en lien avec un autre patient qui parle sa langue et la nôtre et qui traduisait pas mal de choses et ça a marché, ça a très bien marché pour lui.

**AS** : Ah ouais, c'est cool !

**Ergo 1** : Ouais, ouais. Alors il faut savoir qu'en UHSA par rapport à des détentions classiques ils sont quand même beaucoup en groupe les patients. C'est-à-dire, que sur une journée, si vous voulez que je vous décrive rapidement une journée : La journée commence à 9h du matin avec un petit déjeuner en salle commune, il y a une unité qui propose des petits déjeuners en chambre mais sinon c'est en salle commune, donc ils sont tous ensemble dès 9h du matin, c'est en réfectoire. Ensuite ils sont en salle commune jusqu'à midi donc ils sont tous ensemble. A midi, ils prennent le déjeuner dans le réfectoire tous ensemble. De 13h à 15h, ils ont un temps en chambre obligatoire. Et puis, à partir de 15h et jusqu'à 18h, ils sont à nouveau en salle commune. A 18h, ils ont le repas en réfectoire ensemble jusqu'à 19h et à 19h ils sont obligatoirement en chambre. Donc ils sont de 19h du soir à 9h du matin, c'est assez long hein, en chambre, ensuite en chambre deux heures par jour mais le reste du temps ils sont quand même tout le temps ensemble. Après c'est à la mesure de chacun, c'est-à-dire qu'ils ont la possibilité d'être en groupe et d'interagir, puis il y en a qui vont être dans des fauteuils un peu en retrait et qui ne vont pas forcément interagir et là le groupe va avoir du sens aussi. Parce qu'autour d'un objet, ou enfin d'une activité commune, on va forcément les mettre en lien.

**AS** : Ouais, OK. Mais du coup comme les groupes sont ouverts, c'est de leur propre motivation qu'ils choisissent les groupes ou c'est quand même imposé par le médecin par exemple ?

**Ergo 1** : Alors ce n'est jamais imposé. Je pense que les groupes qui sont imposés ce sont les groupes dont je vous parlais tout à l'heure autour de la maladie mais ça ce n'est pas du tout moi qui m'en occupe, ce sont mes collègues infirmiers. Ça leur est beaucoup plus, alors imposé de toute façon on ne va pas non plus les prendre par la peau du dos mais on va dire que ça leur est proposé de manière un peu plus appuyée que nos groupes à nous. Moi je travaille beaucoup autour de la demande du patient et mon premier objectif c'est amorcer la relation évidemment et ça va être aussi faire émerger une demande à un délire donc je ne vais pas forcer, pas plus quoi, ça ne sert à rien.

**AS** : OK. Après, l'environnement du milieu carcéral, est-ce qu'il a des caractéristiques spécifiques qui influencent votre pratique ?

**Ergo 1** : Oui.

**AS** : Quelles sont-elles ?

**Ergo 1** : Alors, la première chose qui me vient c'est quand même le fait que l'atelier d'ergothérapie ne soit pas accessible aux patients de manière autonome.

**AS** : OK, ils ne peuvent pas venir quand ils le souhaitent ?

**Ergo 1** : Ils ne peuvent pas venir spontanément. Donc ça, ça influence beaucoup les choses parce que c'est moi qui vais chercher les patients. On passe devant les surveillants, on donne le nom des patients, on va dans la salle d'ergothérapie. Qui pour le coup est sans caméra par

rapport à tout le reste de l'UHSA, il n'y a pas de caméras dans le pôle d'activité et on n'est pas obligé d'être avec quelqu'un. Je peux être toute seule à l'atelier avec un patient. Il y a quand même le fait qu'ils ne sont pas libres de circuler donc ils ne sont pas libres d'aller jusqu'à la salle d'ergothérapie. Ça fait que je vais régulièrement, entre guillemets, me proposer aux patients dans les unités pour voir s'ils viennent vers moi donc j'amène mon atelier avec moi. Par rapport à un service lambda où l'atelier est accessible et où les patients vont pousser la porte à un moment donné, ce n'est pas possible.

**AS :** Oui, ce n'est pas eux qui prennent l'initiative quoi.

**Ergo 1 :** Voilà. Et puis du coup on est parfois dans quelque chose d'un peu, je ne sais pas comment expliquer, un patient qui va dire : « non je ne veux pas venir », en intra je peux dire : « ben écoutez en tout cas si vous changez d'avis, l'atelier est là et n'hésitez pas à venir ». Là, je ne peux pas dire ça. Donc je vais me présenter plusieurs fois, alors ça va être à mon évaluation, selon les patients soit je vais me présenter, rien dire et attendre de voir, soit je vais leur proposer verbalement à chaque fois quelque chose et du coup ça change un peu les choses. Il y a le détecteur de métaux qui change aussi le cadre du travail. C'est-à-dire qu'à chaque fois qu'un patient ou qu'un groupe de patient sort de l'atelier d'ergothérapie, il est reçu par un surveillant qui va passer le détecteur. Je trouve que ça change beaucoup les choses. Par rapport aux outils, on est plutôt chanceux dans notre UHSA parce qu'à la fois il y a les outils qui sont sous vitrine et on doit tous les soirs faire le contrôle des outils avant de repartir. Mais à la fois, cela nous permet d'avoir quand même tous les outils qu'on veut. Je ne me suis jamais limitée en disant « Oui mais ça je n'aurai pas le droit de l'utiliser ». J'ai un cutter pour couper du cuir. Je ne me suis jamais posée la question mais je crois qu'apparemment on a quand même des outils qui historiquement n'ont jamais pu passer, genre les marteaux je crois qu'on n'a pas le droit mais en même temps je pense que si, ça fait longtemps que l'on n'a pas redemandé. L'UHSA n'est pas très vieille, elle a dix ans cette année et au début ils étaient quand même très réticents et l'expérience suivant, ils ont vu que c'était OK. On a des énormes, ça aussi c'est quelque chose qui change pour moi, on a des énormes talkies-walkies, avec des niveaux d'alarme. Je crois qu'on a quatre niveaux d'alarmes ou trois niveaux d'alarme je ne sais plus, pour vous dire à quel point je m'en sers (rires). Et en fait, il se trouve que ni les collègues ergo, ni psychomot, ni moi s'en sont servis jusqu'à maintenant.

**AS :** C'est pour alarmer quelqu'un en cas de problème ?

**Ergo 1 :** Il y a un niveau pour dire « est-ce qu'il y a des collègues soignants dans le coin parce que là je ne me sens pas hyper en confiance ? » En fait c'est le besoin de parler quoi en gros. Le deuxième niveau d'alarme c'est « là je suis en difficulté j'ai besoin que les soignants viennent me voir ». Et le troisième niveau d'alarme c'est « là il faut que les soignants et les agents de la pénitencière arrivent vite ». Ce bouton-là est au-dessus du talkie-walkie et je crois que sans faire exprès une collègue a appuyé dessus avec son coude une fois et ils ont déboulé très rapidement. Donc ça marche mais on n'a jamais eu à s'en préoccuper pour deux raisons qui me viennent comme ça. La première c'est que les médecins nous envoient les patients quand il n'y a plus trop de risque.

**AS :** De crises aiguës ?

**Ergo 1 :** De crises classiques ou d'agressivité auto ou hétéro-agressives. Même si après on n'est pas infailibles. Mais quand même quand il y a un doute on ne les envoie pas. Par exemple, un autre cas, on a un patient qui est arrivé, il y a un besoin d'évaluation assez rapide parce que

c'est une affaire médiatique. Dans ces cas-là, on a une petite pression supplémentaire. Le médecin veut que je fasse une évaluation mais elle a quand même un doute sur, je crois, l'auto-agressivité pour ce patient. Elle m'a donc demandé d'être accompagnée d'un collègue pour la première séance. Donc on va dire que la première précaution est au niveau médical et la deuxième précaution c'est la nôtre. On a une évaluation clinique, c'est-à-dire que si on ne le sent pas on peut différer le suivi, on peut demander à un collègue d'être dans le bureau, on a un bureau vitré qui donne dans l'atelier. Ça m'arrive de demander à ma collègue ergo ou psychomot d'être dans le bureau au cas où. Donc, on va s'adapter à notre évaluation clinique, ça m'est déjà arrivé aussi de dire « ben là le patient je ne vais pas le voir, il n'est pas top ». Après, quand je vais chercher un patient dans une unité, j'ai toujours apparemment la même phrase d'ailleurs (rires), un petit réflexe. Je dis « Je viens chercher Monsieur Machin est-ce qu'il y a quelque chose à savoir ? » Et je me fis aussi aux observations de mes collègues dans les unités.

**AS :** Oui, il y a de l'échange d'informations entre les collègues.

**Ergo 1 :** Oui et puis inversement. Je viens de voir un patient là et je le trouve pas bien, très anxieux, etc. Et du coup je vais voir les collègues après et c'est pour ça que j'avais quelques minutes de retard par rapport à ce que j'avais prévu parce que je n'avais pas écrit dans mon emploi du temps de passer quelque temps à parler avec mes collègues de l'unité, il y a des échanges permanents.

**AS :** OK, d'accord. Et est-ce que vous connaissez le terme « équilibre occupationnel » ?

**Ergo 1 :** Euh, je ne le connais pas, là comme ça, ça ne me parle pas. J'imagine que c'est l'équilibre de vie lié à l'occupation, et équilibre psychique lié à occupation ?

**AS :** Oui c'est à peu près ça. Et est-ce que vous l'intégrez dans votre pratique ou pas du tout ?

**Ergo 1 :** Je pense que je l'intègre sans le savoir c'est-à-dire que bien sûr que la place des activités je vais en parler avec les patients, notamment quand il y a un retour en détention et que les patients sont venus, soit parce qu'ils étaient repliés sur eux-mêmes, dans leur cellule et sans aucune occupation justement, soit parce qu'ils craignent l'isolement et l'ennui. A ce moment-là, on va en discuter bien sûr. Je ne sais pas exactement qui a développé ce concept, mais ça me paraît être un concept sans forcément qu'il y ait quelqu'un qui l'ait développé avec lequel on travaille tout le temps en ergothérapie. Je pense que tous les ergothérapeutes sont assez convaincus de la place de l'occupation dans l'équilibre psychique de tout le monde.

**AS :** Ouais, la définition c'est « la capacité à gérer ses occupations de manière à s'épanouir personnellement et répondre aux exigences de ses rôles. »

**Ergo 1 :** De ses rôles ?

**AS :** De ses rôles, de père par exemple.

**Ergo 1 :** Ah ouais !? D'accord. Je m'en détacherais un tout petit peu sur la dernière phrase que je trouve très injonctionnelle. Je ne sais pas comment dire ça, j'ai l'impression que c'est sous-tendu par des théories un peu... comment je pourrais expliquer la réticence que j'ai par rapport à ça ? Je pense qu'il y a des exigences sociétales derrière qui ne me plaisent pas trop. Je pense qu'après ça vient même toucher des grandes théories sur la vie, je ne partage pas le fait qu'on

ait des rôles à remplir. Bien sûr que quand on a un enfant on se doit de l'éduquer, quand on a un travail on se doit d'y aller. Cependant, j'ai l'impression qu'en tant que soignant notre rôle serait plutôt d'aider les patients justement à se détacher de certaines obligations pour être moins dans des injonctions qui se détacheraient ou qui prendraient le pas sur leurs désirs et leurs vraies envies et qui pourraient au final amener de la souffrance parce que justement du déséquilibre. Je vous le dis un peu rapidement...

**AS :** Ouais, ouais j'ai bien compris. Après dans la définition, il y a une notion de subjectivité mais j'ai bien compris ce que vous m'avez dit.

**Ergo 1 :** Ouais, moi je pense que c'est ça, justement dans le modèle psychodynamique on se bat, ouais je crois qu'il y a quelque chose du côté de la bataille, parce qu'on a en tête ce qui va nuire le plus au patient, et je pense qu'on peut l'appliquer à tout le monde, sans parler de nos patients, alors on peut se dire que la maladie ajoute à ça. En gros, il y a comme une espèce d'énorme brouhaha sociétal avec des injonctions familiales aussi parfois, des attentes des uns, des autres, la maladie, les symptômes, voilà il y a plein de choses. S'ils font comme beaucoup de bruit et que derrière les envies, la vraie demande du patient elle est juste murmurée dans une espèce d'énorme brouhaha et moi c'est vrai que je travaille beaucoup avec cette idée-là. J'essaye d'avoir un discours ou un accueil de ce que voudrait le patient avant de savoir ce que la société attend de lui. Mais ce n'est pas de la réhabilitation, la réhabilitation elle sous-entend beaucoup plus, à des attentes beaucoup plus fortes. Après dans un service c'est bien qu'il y ait plusieurs écoutes différentes tant qu'on se respecte et qu'il n'y a pas un modèle qui se prône je ne sais pas quoi par rapport aux autres, tout se passe bien.

**AS :** Oui, c'est d'autant plus riche.

**Ergo 1 :** Ouais exactement.

**AS :** J'ai une dernière question. Pensez-vous que lors d'une activité de groupe en service menée par plusieurs professionnels, est-ce que l'ergothérapeute devrait être systématiquement présent pour l'encadrer, à votre avis ?

**Ergo 1 :** Toutes les activités de groupe ? Ah non, ah non, ah non, non, non. Alors non. Je pense que les ergothérapeutes ne sont pas les spécialistes du groupe. Je pense même que, d'ailleurs j'aimerais bien faire de formation complémentaire sur le groupe, parce qu'on est formé à la médiation thérapeutique mais pas forcément spécifiquement au groupe. Alors ça dépend sûrement des profs qu'on a eu et des modules qu'on a eu et des orientations pédagogiques. Mais je dirais que je ne vaudrais pas forcément plus sur le plan de la dynamique de groupe par exemple qu'un collègue infirmier, franchement. Et puis je pense que c'est bien justement de ne pas en faire une chasse gardée. Parce qu'en même temps, si on me disait « ben demain il faut que tu ailles dans les groupes de : comprendre pour se soigner autour de la maladie ». Bon, euh... Je ne suis pas sûr quoi.

**AS :** Oui, vous ne serez pas la mieux renseignée.

**Ergo 1 :** Non, il n'y aurait pas forcément de sens à ma présence je pense. Et puis il y a tous les groupes faits par les psychomotriciens, je ne vois pas trop pourquoi j'irai enfin, non, non je pense que non. Je ne pense pas qu'on ait le panache du groupe. Alors de la médiation c'est compliqué parfois parce que pour le coup on est plutôt formé à la médiation thérapeutique et parfois on va voir des collègues qui font des groupes à médiations qui ne sont pas formés pour

ça et on dit « bon c'est pas terrible ce qu'ils sont en train de faire », on le voit. D'un point de vue ergo, on aurait des choses à dire mais ils ne sont pas ergo en fait, du coup c'est normal qu'ils ne fassent pas les choses de la même façon.

**AS :** Oui en fait, moi je posais cette question parce que justement j'ai vu beaucoup d'articles avec des travaux de groupe qui étaient menés par exemple avec infirmiers- psychologue et on aurait eu tout à fait notre place à jouer.

**Ergo 1 :** Ah oui alors après je ne sais pas moi je ne réfléchis pas tellement comme ça. Je réfléchis plutôt par, je ne trouve pas mes mots, par affinités professionnelles. C'est-à-dire que je peux tout à fait me dire « ah bah tiens j'aimerais bien travailler avec cette infirmière parce que je sens... » D'ailleurs c'est ce que je fais en couture par exemple, je suis avec une infirmière avec laquelle ça marche bien. Ça roule, on se comprend dans notre façon d'être avec les patients et l'activité et le cadre thérapeutique, ça ce sont des choses sur lesquelles on s'entend bien et à contrario je n'ai jamais fait de groupe avec ma collègue ergo parce que, bien qu'elle soit ergo je ne suis pas sûre qu'on s'entende si bien dans un groupe. Même si on s'entend bien je veux dire, je ne taille pas du tout hein. Mais je pense qu'il y a des affinités professionnelles qui sont plus intéressantes que des accointances par profession.

**AS :** OK, c'est intéressant. Ça marche. Est-ce que vous avez d'autres éléments à rajouter ?

**Ergo 1 :** Ben non, mais est-ce que j'ai pu apporter des choses par rapport à votre sujet de base ?

**AS :** Oui, c'était très intéressant.

**Ergo 1 :** Si jamais vous avez des questions je préfère que vous me recontactiez en laissant bien un message et tout parce que je n'ai pas enregistré votre numéro soit par mail plutôt que de partir sur quelque chose d'approximatif ou qui vous a paru flou ou voilà.

**AS :** OK, ça marche. En tout cas merci beaucoup.

**Ergo 1 :** Je vous en prie.

**AS :** Je vous souhaite une bonne journée.

**Ergo 1 :** Oui merci à vous aussi et bon courage pour le mémoire.

**AS :** Merci beaucoup, au revoir.

**Ergo 1 :** Au revoir.

## **La mise en place du travail de groupe en ergothérapie visant à agir sur l'équilibre occupationnel auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison**

Angèle SAUZET

**Introduction :** Le milieu carcéral est un lieu amenant de nombreux questionnements concernant la participation dans des activités qui permettent de maintenir l'équilibre occupationnel. Certains détenus présentent des troubles psychiatriques et sont accompagnés par une équipe pluridisciplinaire, notamment par des ergothérapeutes. **Objectif :** Le but de cette étude est d'identifier si la mise en place d'activités de groupe en ergothérapie favorise la reprise d'un équilibre occupationnel pour des détenus souffrant de troubles psychiatriques. **Méthode :** Afin de récolter des données qualitatives, des entretiens avec quatre ergothérapeutes travaillant en milieu carcéral ont été menés. Tous les professionnels proposent également des activités de groupe dans leur pratique. **Résultats :** Les experts ont mis en évidence des liens entre les bénéfices du travail de groupe et l'équilibre occupationnel. Ils ont évoqué que l'activité de groupe permettait la création de nouvelles routines, le développement de nouvelles habiletés et d'une réflexion autour du projet de vie. Le terme d'équilibre occupationnel a été décrit comme une balance entre la privation et la participation. **Conclusion :** Par le croisement d'informations entre la littérature et celles récoltées durant les entretiens, il est possible de conclure que la mise en place du travail de groupe permet la reprise d'un équilibre occupationnel pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques en prison. L'équilibre occupationnel est, cependant, un concept qui évolue constamment et donc les professionnels n'en ont pas forcément la même appropriation.

**Mots clés :** milieu carcéral – ergothérapie – équilibre occupationnel – travail de groupe

## **The establishment of group activity in occupational therapy aimed at acting on the occupational balance of persons suffering from psychiatric disorders in prison**

Angele SAUZET

**Introduction :** The prison environment is a place that raises many questions about participation in activities that help maintain occupational balance. Some inmates have psychiatric disorders and are supported by a multidisciplinary team, including occupational therapists. **Objective :** The aim of this study is to identify whether the establishment of group activities in occupational therapy promotes the recovery of an occupational balance for inmates with psychiatric disorders. **Method :** In order to collect qualitative data, interviews were conducted with four occupational therapists working in prisons. All professionals also offer group activities in their practice. **Results :** The experts have demonstrated links between the benefits of group work and occupational balance. They mentioned that the group activity allowed the creation of new routines, the development of new skills and a reflection on the life project. The term occupational balance was described as a balance between deprivation and participation. **Conclusion :** By cross-referencing information from the literature and that collected during the interviews, it is possible to conclude that the implementation of group work allows the recovery of an occupational balance for people suffering from psychiatric disorders in prison. Occupational balance is, however, a concept that is constantly evolving and therefore professionals do not necessarily have the same understanding of it.

**Keywords :** prison environment – occupational therapy – occupational balance – group work