



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris

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

52 rue Vitruve – Paris 20ème - 75020

Équilibre occupationnel et détention : l'apport de l'ergothérapie en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA)



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

Sous la direction de Monsieur Christophe Minet, maître de mémoire

Flore Gourdin

Session Juin 2025

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

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier M. Christophe Minet, mon maître de mémoire, pour son attention, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce travail.

Mes remerciements vont également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ADERE, et plus particulièrement à Mme Yolaine Zamora pour son soutien précieux et son écoute bienveillante.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux ergothérapeutes qui ont accepté de participer à ce mémoire. Merci pour votre disponibilité, pour la richesse de nos échanges et pour la passion que vous transmettez dans votre métier.

Je remercie ma famille ainsi que Virgile pour leur soutien indéfectible tout au long de cette année. Merci à Cassandra et Noémie pour nos discussions, leurs encouragements et leur présence. Enfin, je souhaite remercier l'ensemble de ma promotion pour la solidarité et les partages qui ont rythmé ce parcours, avec une pensée toute particulière pour le groupe vert.

Sommaire :

I. Introduction.....	1
1. Problématiques et interrogations.....	1
a. Situation de Monsieur L.....	1
b. Enseignements ayant abordés le milieu carcéral.....	1
c. Interrogations.....	2
d. Approfondissements.....	2
i. Système carcéral en France et définitions.....	2
ii. Justice occupationnelle.....	3
iii. Dignité humaine.....	4
iv. Injustice occupationnelle.....	4
2. Question de recherche.....	7
II. Cadre conceptuel.....	8
1. Équilibre occupationnel.....	8
a. Définition.....	8
b. Équilibre occupationnel en milieu carcéral.....	9
2. Troubles psychiatriques et détenus.....	9
a. Sémiologie psychiatrique.....	9
i. Définition et rôle de la sémiologie psychiatrique.....	9
ii. Classification des troubles mentaux.....	10
b. Troubles psychiatriques en milieux carcéral.....	11
i. Trouble psychiatrique et santé mentale.....	11
ii. État des lieux de la santé mentale en milieu carcéral.....	12
iii. Origines des troubles psychiatriques et impact du milieu carcéral.....	12
iv. Mesures d'amélioration de la santé mentale en milieu carcéral.....	13
c. Spécificités en UHSA.....	14
3. UHSA.....	14
a. Fonctionnement interne.....	14
b. Le parcours du patient-détenu en UHSA.....	16
i. Entrée.....	16
ii. Vie du patient-détenu en UHSA.....	17
1. Accueil.....	17
2. Environnement physique, institutionnel, culturel et social.....	17
3. Occupations : soins personnels, productivité et loisirs.....	18
iii. Sortie.....	20
4. L'intervention de l'ergothérapeute en UHSA.....	22
a. Ergothérapie et approche en psychiatrie.....	22
b. Réhabilitation psycho-sociale.....	23
c. Moyens thérapeutiques de l'ergothérapeute en psychiatrie : entre réhabilitation psychosociale et pratique de terrain.....	25

i. Le cadre thérapeutique : structurer, sécuriser et soutenir.....	26
ii. La relation thérapeutique.....	27
iii. Des médiations et moyens variés.....	29
1. Activités de la vie quotidienne.....	29
2. Activités et médiations thérapeutiques.....	30
III. Méthodologie d'enquête.....	33
IV. Résultats de l'enquête.....	36
1. Les outils d'analyse.....	36
2. Présentation des participants.....	36
3. Présentation et analyse des résultats.....	37
a. Thème 1 - Construire sa posture : positionnement professionnel et ancrage conceptuel des ergothérapeutes.....	37
b. Thème 2 - Entre soins et cadre : structure et réalité des UHSA.....	39
c. Thème 3 - Patients-détenus en UHSA : profils, troubles et parcours de soins.....	40
d. Thème 4 - L'équilibre occupationnel : rupture et évaluation à l'entrée en UHSA.....	42
e. Thème 5 - Soutenir l'équilibre occupationnel : leviers relationnels, cliniques et institutionnels.....	43
f. Thème 6 - Obstacles à l'équilibre occupationnel : limites cliniques, institutionnelles et sécuritaires.....	45
g. Thème 7 - La médiation comme levier de soin : pratiques ergothérapeutiques et retentissements cliniques.....	46
V. Discussion.....	48
1. Interprétation des résultats.....	48
2. Retour sur l'hypothèse de recherche.....	51
3. Limites et biais.....	51
VI. Conclusion.....	52
VII. Bibliographie.....	54
VIII. Annexes.....	66
ANNEXE I.....	67
Notes pour les ANNEXES II et III :.....	70
ANNEXE II.....	71
ANNEXE III.....	95
ANNEXE IV.....	124

I. Introduction.

1. Problématiques et interrogations.

a. Situation de Monsieur L.

Au cours de mon second stage de deuxième année en psychiatrie, j'ai eu l'occasion de rencontrer un patient dont la situation m'a interrogée.

Ce patient, Monsieur L., est diagnostiqué schizophrène depuis une dizaine d'années et a effectué des séjours réguliers à l'hôpital. Il est en hospitalisation complète depuis deux semaines à la suite de comportements inappropriés dans l'EHPAD où il loge. Depuis quelques jours, Monsieur a des permissions l'après-midi pour se rendre sur son lieu de vie, afin de faire une transition avec l'hôpital. Lors d'une de celles-ci, Monsieur L. est arrêté par la police pour exhibition de son intimité devant une école primaire.

« *L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public [étant] punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* », (Article 222-32 - Code Pénal, 2021), Monsieur L. risquait alors, par son acte, la prison. Je me suis alors questionnée sur le milieu carcéral.

b. Enseignements ayant abordés le milieu carcéral.

Durant ma formation en ergothérapie, j'ai aussi eu l'occasion d'assister à des cours dans lesquels le milieu carcéral a été discuté. Dans ces cours, la création d'objets comme médiation était au centre du sujet. Nous y avons évoqué les créations des détenus lors de leurs séances d'ergothérapie, mais aussi les conditions d'intervention de l'ergothérapeute et le respect de la sécurité opérationnelle et de la gestion des risques : la vérification de la présence de tous les outils à la fin des séances (contrôle d'inventaire), la présence de surveillants aux abords de la salle (surveillance physique) ou encore les vérifications lors de l'entrée dans l'hôpital (contrôle d'accès).

c. Interrogations.

A la suite de ces réflexions, je me suis interrogée : quels sont les lieux qui accueillent les personnes atteintes de troubles psychiques condamnées ? Quelles sont les conditions des détenus en milieu carcéral ? Les détenus ont-ils accès à un équilibre occupationnel satisfaisant ? Comment un ergothérapeute peut-il trouver sa place dans ces lieux ?

Je me suis alors penchée sur le milieu carcéral et ses spécificités dans le milieu psychiatrique.

d. Approfondissements.

i. Système carcéral en France et définitions.

Dans le système carcéral français, les condamnés sont reçus dans les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et dans les quartiers des centres pénitentiaires portant les mêmes noms que les établissements pour peines cités précédemment. Les détenus sont aussi reçus dans les maisons d'arrêt. Au total, il existe 187 établissements pénitentiaires en France (*La Prise En Charge En Détention*, 2023), recevant des condamnés et/ou des prévenus.

En France, 72 000 personnes sont incarcérées, dont 96% d'hommes et 45% de personnes de moins de 30 ans, (*La Prise En Charge En Détention*, 2023).

Mais qui sont ces personnes "détenues" ? Selon l'article D50 du Code de Procédure Pénal, « *sont désignés par le mot condamnés, uniquement les condamnés ayant fait l'objet d'une décision ayant acquis le caractère définitif* », et « *sont indistinctement désignés par le mot prévenus, tous les détenus qui sont sous le coup de poursuites pénales et n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive* ». Ces termes de "condamnés" et de "prévenus" sont ensuite regroupés en un même mot : « *sont désignées, [...] par le mot détenus, les personnes faisant l'objet d'une mesure*

privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire ». La notion de privation de liberté est donc ancrée dans la définition même du mot “détenu”. Celle-ci est déterminée par le Conseil de l'Europe en 2024 par deux conditions : « *le confinement dans un lieu donné pour une durée non négligeable et l'absence de consentement du détenu* ». Cette restriction durant les temps de détention soulève alors des questions quant à l'accès des détenus à différentes occupations.

ii. Justice occupationnelle.

Afin de comprendre la place de ces occupations, il semble important de définir la “justice occupationnelle” et les liens qu'elle partage avec la notion de privation de liberté. En effet, la justice occupationnelle est un principe éthique « *qui reconnaît et promeut le droit de tous les êtres humains d'avoir accès équitablement à des opportunités occupationnelles contribuant à leur survie, leur santé et leur bien-être* », (Drolet, 2022). Les mots employés dans cette définition montrent que la justice occupationnelle met en avant l'accès équitable. C'est-à-dire un accès basé sur une « *égalité juste* ». Selon l'Observatoire des Inégalités dans *Qu'est-ce que l'équité* (2021), « *ce qui est juste, c'est que tout le monde ait les mêmes “chances” dans la vie, pas que tout le monde arrive au même résultat* ». On parle donc de donner des moyens aux êtres humains pour arriver à un but, peu importe leurs conditions de vie, leur âge ou encore leur sexe.

Dans la définition de la justice occupationnelle, il est aussi mis en avant que les opportunités occupationnelles contribuent à la survie, à la santé et au bien-être des êtres humains. Or, bien qu'il y ait une privation de liberté dans les milieux carcéraux, « *l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. L'exercice de ceux-ci ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la commission de nouvelles infractions et de la protection de l'intérêt des victimes. Ces restrictions tiennent compte de l'âge, de l'état de santé, du handicap, de l'identité de genre et de la personnalité de chaque personne détenue* », (Article L.6 - Code Pénitentiaire, 2022). L'accès aux opportunités occupationnelles est donc un droit

dont les détenus peuvent disposer, si celui-ci respecte les conditions de son application : sécurité des détenus et du personnel ainsi que règles spécifiques au milieu carcéral. Aussi, le terme de “dignité” employé dans cet article me semble important à définir et à situer dans l’histoire.

iii. Dignité humaine.

La dignité humaine se définit comme le « *Sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui.* », (Centre national de ressources textuelles et lexicales, s. d.). La dignité comprend le respect physique, psychologique et moral des humains.

Alors, lorsque l’article L.6 du Code Pénitentiaire s’engage à respecter la dignité et les droits de la personne détenue, celui-ci certifie, par le même biais, respecter les besoins physiques, psychologiques et moraux des personnes, dont l’accès aux opportunités occupationnelles. Or, « *en ce qui concerne les activités socio-culturelles, ce sont 68,4 % des hommes et 48,9 % des femmes qui n’ont pas pu en bénéficier. Quant à la formation professionnelle, son accès reste limité, 76,5% des hommes et 65,6 % des femmes n’ayant pu y avoir accès* », (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France, 2023).

iv. Injustice occupationnelle.

La notion d’injustice occupationnelle est donc à mentionner, car, comme exposé précédemment, l’incarcération peut amoindrir l’accès aux occupations. En effet, « *valoriser la justice occupationnelle, c’est considérer que les personnes et les communautés ont le droit d’exercer leurs capacités pour s’engager dans des occupations qui développent et maintiennent leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie* », (Durocher, 2017). Lors d’un emprisonnement, ce droit à s’engager dans des occupations est restreint par les règles de l’établissement pénitentiaire.

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, (Drolet, 2022 – avec les concepts de Larivière, Drolet et Jasmin). Dans le milieu carcéral, on retrouve deux de ces types d'injustices occupationnelles : la privation occupationnelle et le déséquilibre occupationnel. Je développerai ces deux dernières. Selon Christiansen & Townsend dans *Introduction to Occupation : the Art and Science of Living*, (2003), la privation occupationnelle est « *un état d'exclusion prolongée, de réalisation d'une occupation signifiante ou significative en raison de facteurs échappant au contrôle d'un individu, tels que l'isolement géographique, l'incarcération ou le handicap* ». En milieu carcéral, la personne est donc soumise aux règles et aux contraintes de l'établissement dans lequel elle est écrouée. Les occupations des détenus dépendent alors de plusieurs facteurs : la population des établissements, le budget disponible ou encore l'effectif des employés. Cependant, ces éléments sont mis à l'épreuve : « *La densité carcérale globale s'établit à 125,8 % [...] [et] atteint ou dépasse même les 200 % dans 17 établissements ou quartiers* », (Afp, 2024) et le ratio de détenus par membre du personnel pénitentiaire est de 1,7 le 31 janvier 2022, en France, (Aebi M. F., 2023). Les occupations des détenus sont donc dépendantes de facteurs instables, ne leur permettant pas une réalisation quotidienne et satisfaisante. Le deuxième type d'injustice rencontré en milieu carcéral est le déséquilibre occupationnel. En effet, pour les mêmes raisons que la privation occupationnelle, les détenus n'ont pas accès aux occupations de la même manière qu'avant leur incarcération. Leur équilibre occupationnel est alors mis à l'épreuve.

L'équilibre occupationnel étant une notion mouvante et évoluant au cours du temps et de l'environnement de la personne, elle peut être aménagée lors d'une incarcération, afin d'être satisfaisante pour la personne. « *L'équilibre occupationnel est un processus dynamique ! C'est-à-dire qu'il évolue et se module en permanence. Il est fait de déséquilibres plus ou moins importants que l'on réajuste constamment* », (Rousset, 2023). Enfin, les occupations en elles-mêmes peuvent être des liens vers une possible réhabilitation, d'autant plus si elles se déroulent à l'extérieur des établissements pénitentiaires : « *L'ONUDC énumère parmi les éléments utiles pour permettre la réintégration du détenu : les contacts extérieurs, les soins de santé*

physique et mentale, le traitement de la dépendance à la drogue, et les programmes en vue de changer de comportement et d'attitude », (Raffaelli, 2017).

« *La prise en charge en détention [devant] permettre de protéger la société et de préparer la réinsertion des personnes condamnées* », (Ministère de la Justice, 2024), il est nécessaire pour ces personnes de pouvoir aménager leur équilibre occupationnel lors de leur séjour en établissement pénitentiaire. L'accompagnement en ergothérapie peut alors être mis en place dans les lieux de détention intégrant des soins, car, dans son champ de compétence, il assure « *l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace* », (Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), 2023).

Suite à ces approfondissements, ma question de recherche s'orientait vers l'équilibre occupationnel en lieux de privation de liberté. Cependant, en tant qu'ergothérapeute, nous ne pouvons intervenir que sur prescription médicale : « *l'ergothérapeute exerce sur prescription médicale uniquement pour les actes professionnels définis par l'article R.4331-1 du code de la santé publique. Il reste libre du choix de ses moyens* », (ANFE, 2024). Afin d'orienter et de préciser mes recherches, il a été nécessaire de sélectionner un type de handicap présent en milieu carcéral, afin de s'en servir comme base pour les recherches de lieux adaptés. J'ai alors choisi de m'intéresser aux pathologies psychiatriques, du fait de la prévalence de ces troubles chez les personnes détenues. En effet, en milieu pénitentiaire, une forte surreprésentation des troubles psychiatriques avec des prévalences d'affections importantes supérieures à la moyenne nationale, a été constatée par des rapports parlementaires et des études épidémiologiques. Cette occurrence m'a interrogée et a orienté mon choix de population, (Delbos, Emmanuelli & al., 2018).

Différents lieux carcéraux accueillant des patients-détenus atteints de troubles psychiatriques : les Unités pour Malades Difficiles (UMD), les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), ou encore le Centre Intersectoriel de Soins Pénalement Ordonnés (CISPéO). Parmi eux, on trouve les UHSA : « *l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) est une modalité d'hospitalisation en psychiatrie qui accueille des détenus dont les besoins de soins sont plus soutenus*

qu'en centre pénitentiaire », (Cauvy & Lesueur, 2021). Imaginées depuis la loi du 9 septembre 2002 (loi de programmation et d'orientation pour la justice dite Perben I), ces unités spécialisées accueillent des personnes détenues des deux sexes, majeures et mineures, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement. Les détenus sont hospitalisés dans les UHSA le temps indiqué pour leurs soins puis retournent vers un établissement pénitentiaire adapté à leur peine une fois leurs besoins de soins comblés, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011).

Comme le montre la présence de « *salles d'activités polyvalentes et d'ergothérapie* », (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2011), ainsi que les offres d'emploi en ergothérapie en UHSA, (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, 2025), des ergothérapeutes travaillent dans ces unités spécialisées.

2. Question de recherche.

A partir des données issues de la littérature scientifique, j'ai pu identifier différentes problématiques carcérales : le déséquilibre occupationnel et la privation occupationnelle. Aussi, j'ai pu constater que les ergothérapeutes ont un rôle clé à jouer au sein des services de soins spécialisés dans l'accompagnement de patients détenus.

Ma question de recherche est alors : **En quoi l'intervention d'un ergothérapeute auprès de patients-détenus adultes souffrant de troubles psychiatriques peut-elle améliorer leur équilibre occupationnel lors de leur séjour en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée ?**

Pour tenter de répondre à cette question, j'étudierai dans un premier temps l'équilibre occupationnel et les troubles psychiatriques en milieu carcéral. J'approfondirai ensuite le fonctionnement de l'UHSA et terminerai par l'intervention de l'ergothérapeute dans ces unités.

Afin d'orienter ma réflexion, j'émettrai l'hypothèse que les médiations créatives contribueraient à renforcer l'équilibre occupationnel des patients-détenus souffrant de troubles psychiatriques en UHSA, leur offrant des opportunités d'engagement dans des occupations variées et leur permettant de structurer leur quotidien.

II. Cadre conceptuel.

1. Équilibre occupationnel.

a. Définition.

L'équilibre occupationnel est un concept fondateur en ergothérapie qui relie les activités à la santé des personnes. Il se définit comme « *la perception, par l'individu, d'avoir la bonne quantité d'occupations et une variation appropriée entre ces occupations* », (traduction personnelle à partir de Wagman, Håkansson & Björklund, 2012, p.323), ou par la façon de « *gérer [l'occupation] d'une manière qui soit satisfaisante (ou signifiante) sur le plan personnel et qui réponde aux exigences du rôle. L'équilibre occupationnel est différent pour chaque personne - chaque personne a un schéma personnel de son équilibre individuel qui convient à sa santé* », (Reed & Sanderson, 1999, p.99). Cela signifie donc que non seulement l'équilibre occupationnel dépend des occupations spécifiques des personnes, mais qu'en plus cet équilibre est défini par les personnes elles-mêmes. C'est-à-dire que d'une personne à l'autre, la perception de l'équilibre entre les différentes occupations de la vie (loisirs, soins personnels ou encore participation sociale) ne sera pas la même : les mêmes temps d'occupations ne satisferont pas forcément deux personnes différentes.

Cette notion "d'équilibre" est importante à saisir. Elle se définit par la « *juste répartition des éléments d'un tout* », (Larousse, 2024). Transposé à l'équilibre occupationnel, cela signifie que chaque élément de la vie d'une personne doit être représenté, mais en une juste proportion, permettant à la personne d'avoir un équilibre satisfaisant pour elle entre toutes ses activités signifiantes et significatives. L'équilibre occupationnel contribue au bien-être et à la santé des personnes, leur

permettant même d'être moins susceptibles d'avoir des problèmes de santé (mentale et physique), (Matuska et Christiansen, 2008).

b. Équilibre occupationnel en milieu carcéral.

Comme expliqué dans l'introduction, l'équilibre occupationnel en milieu carcéral est mis à mal par la privation de liberté. Cependant, des activités sont parfois mises en place afin d'élargir les occupations des détenus, et d'améliorer ainsi leur équilibre occupationnel. Malgré cela, l'accès aux occupations pour les détenus est restreint, (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France, 2023). Alors, bien qu'il y ait un souhait d'améliorer l'équilibre occupationnel des détenus, les mesures sont rarement prises. Ce manque d'activités proposées limite les opportunités pour les détenus de s'engager dans des expériences enrichissantes et variées. Or, pour des personnes souffrant déjà de troubles psychiatriques, cette absence de stimulation adaptée constitue un frein à leur processus de soin, (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019). De plus, « *Nos occupations ont un impact sur notre santé et notre bien-être. Et inversement* », (Rousset, 2023). L'importance de l'équilibre occupationnel est donc majeure, car il influence notre santé mentale.

2. Troubles psychiatriques et détenus.

a. Sémiologie psychiatrique.

i. Définition et rôle de la sémiologie psychiatrique.

De manière générale, la sémiologie est « *la partie de la médecine qui étudie les signes de la maladie* », (Weyeneth, M., 2004). Elle permet de mettre des mots sur les symptômes observés, qu'ils soient qualitatifs ou quantitatifs, afin de faire un diagnostic différentiel et d'orienter les soins pour le patient.

ii. Classification des troubles mentaux.

Un trouble mental (ou trouble psychiatrique ou trouble psychique) se définit comme « *un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental* », (American Psychiatric Association, 2015, p.22). Selon le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual), différentes catégories peuvent être faites dans les troubles mentaux. Parmi elles, on retrouve :

- **Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques** : troubles se caractérisant par une anomalie dans au moins un domaine (idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée, comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs) ;
- **Les troubles bipolaires et apparentés** : troubles se caractérisant par la présence d'un épisode maniaque et/ou d'un épisode hypomaniaque, ainsi que d'un épisode dépressif caractérisé ;
- **Les troubles dépressifs** : troubles se caractérisant par la « *présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu* » ;
- **Les troubles anxieux** : troubles se caractérisant par une peur (« *réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue* ») et une anxiété (« *anticipation d'une menace future* ») excessives ainsi que par les perturbations comportementales associées ;
- **Les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés** : troubles se caractérisant « *par la présence d'obsessions et/ou de compulsions* » ;
- **Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress** : troubles dont « *l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique* » ;
- **Les troubles dissociatifs** : troubles se caractérisant « *par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la*

mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement » ;

- **Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés** : troubles se caractérisant par « *la prééminence de symptômes somatiques associés à une détresse et à un handicap significatifs* » ;
- **Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments** : troubles se caractérisant par des « *perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social* ».

(American Psychiatric Association, 2015, p.109, 157, 193, 237, 299, 343, 379, 403, 429)

Afin de mieux comprendre la place de ces troubles mentaux dans les milieux carcéraux, je définirai quelques termes clés.

b. Troubles psychiatriques en milieux carcéral.

i. Trouble psychiatrique et santé mentale.

Tout d'abord, définissons ce qu'est un trouble psychiatrique (ou trouble psychique ou trouble mental) : « *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* », (Organisation Mondiale de la Santé, 2022b). Il semble aussi nécessaire de définir ce qu'est la santé mentale : « *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* », (Organisation Mondiale de la Santé, 2022a). Ces définitions posées, je vais désormais m'intéresser à la santé mentale en milieu carcéral, en France.

ii. État des lieux de la santé mentale en milieu carcéral.

En 2023, la santé mentale des personnes détenues présentant un trouble psychiatrique ou lié à une substance est dégradée. (Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 2023). Les études épidémiologiques mettent en avant le fait que la prévalence des troubles psychiatriques graves est importante à l'entrée, comme à la sortie des lieux de détention. (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2024). En effet, la moitié des personnes détenues présentent déjà un trouble psychiatrique ou des antécédents de troubles psychiatriques avant l'entrée en milieu carcéral (Delbos, Emmanuelli & al., 2018). De plus, « *les deux tiers des hommes détenus en maison d'arrêt et les trois quarts des femmes sortant de détention présentent, à la sortie de prison, un trouble psychiatrique ou lié à une substance* », (Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 2023). Ces maladies psychiatriques, à « *gravité marquée ou sévère* », touchent 36 % des personnes interrogées dans une étude de 2022 sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral. Dans cette même étude, on retrouve une prévalence des troubles de l'humeur atteignant près de 30 %, tandis que celle des troubles psychotiques atteint 17 %. (Fovet, Eck & al., 2024). Souvent, les troubles sont multiples et parfois associés : dépression, bipolarité, troubles anxieux ou psychotiques dont la schizophrénie, le stress post-traumatique, ou encore des addictions. (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2024). Enfin, des spécialistes comme Thomas Fovet, chercheur et psychiatre en établissement pénitentiaire, affirment que la prison n'est pas un lieu de soin pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques graves : ces personnes sont malades avant même d'être placées sous écrou et font aussi partie d'une population très vulnérable. « *Vous placez des gens fragiles dans l'environnement riche en facteurs de stress qu'est la prison : tout est réuni pour faire émerger des troubles psychiatriques* », (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2024).

iii. Origines des troubles psychiatriques et impact du milieu carcéral.

Quelle est donc cette vulnérabilité des personnes détenues, et est-elle à l'origine de la prévalence des troubles psychiatriques chez les détenus ? Selon une étude de 2023 sur la santé mentale dans la population carcérale sortante, 98,2% des participants et 99,2% des participantes auraient vécu au moins un traumatisme durant l'enfance, que ce soit un abus ou une négligence, (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France, 2023). Ce chiffre marquant pourrait donc expliquer la différence de prévalence des troubles psychiatriques entre un échantillon de personnes détenues et un échantillon de la population générale : bien que les deux échantillons comprennent des personnes du même âge, du même sexe et de la même région, les troubles psychiatriques sont en moyenne trois fois plus présents chez les personnes détenues, à l'entrée en détention, (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2024).

iv. Mesures d'amélioration de la santé mentale en milieu carcéral.

Les patients-détenus constituent alors une population vulnérable, dont le bien-être psychique est fragilisé par les conditions du milieu carcéral. Les moyens mis en place pour améliorer la santé mentale des patients-détenus est restreinte : « *7,0 % des participants [à l'enquête de 2022] ont été hospitalisés en psychiatrie durant leur détention (Service Médico-Psychologique Régional, UHSA soins libres ou Soins psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat, hôpital de secteur)* », (Fovet, Lancevelée et al., 2022). Les conditions de prise en soin des patients-détenus sont donc difficiles et expliquent les chiffres annoncés précédemment.

Cependant, le ministère des solidarités et de la santé inscrit dans son programme futur d'améliorer les soins en milieu pénitentiaire, notamment grâce aux Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, aux SMPR ainsi qu'aux UHSA. Ces derniers devraient notamment améliorer l'offre de soins libres en hospitalisation complète. (Ministère de la Justice & Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Ce désir, exprimé dans la *Feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022*, interroge alors les UHSA et leurs spécificités fonctionnelles et

organisationnelles et, plus particulièrement pour cette recherche, le rôle de l'ergothérapeute au sein des UHSA.

c. Spécificités en UHSA.

Les pathologies psychiatriques retrouvées en UHSA sont variées. Parmi elles, on peut trouver majoritairement les psychoses comme les schizophrénies et ses formes dérivées ou encore les troubles délirants, suivies des troubles de la personnalité (de 18 à 20%) et des troubles de l'humeur (13 à 14%), (Delbos, Emmanuelli & al., 2018). En fonction de l'unité, les pathologies retrouvées et leur proportion diffèrent. Cela peut s'expliquer par une forte pression démographique, qui pousse certaines UHSA à privilégier l'admission des détenus présentant les cas les plus complexes, tandis que d'autres, plus facilement accessibles, se concentrent sur la prise en charge des demandes urgentes des prescripteurs. Les UHSA n'ont donc pas la même organisation, notamment dans leur fonctionnement interne et dans leur gestion de la sécurité. Alors, quelle est l'organisation de ces unités conformément aux dispositions légales ?

3. UHSA.

a. Fonctionnement interne.

Les neuf UHSA sont réparties dans chacune des neuf directions interrégionales des services pénitentiaires. Cinq d'entre elles comptent 40 lits, tandis que les quatre autres en comptent 60, (Delbos, Emmanuelli & al., 2018).

Les UHSA sont des unités régies par le code de la santé publique, créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice de 2002. Elles accueillent des personnes mineures ou majeures ayant un besoin de prise en soins psychiatrique sous contrainte ou avec consentement et étant hébergées dans un établissement pénitentiaire de façon continue ou non. Bien que les personnes mineures soient hospitalisées dans la même structure que les personnes majeures, leur

hospitalisation nécessite l'adaptation du projet médical afin qu'elles puissent bénéficier d'un enseignement ou d'une formation professionnelle. Ces unités obéissent à deux principes fondamentaux : la primauté des soins ainsi que la double prise en charge (sanitaire et pénitentiaire) dans un environnement sécurisé, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011). L'objectif des UHSA est de dispenser des soins de qualité aux patients-détenus et dans les mêmes conditions que dans d'autres établissements de santé, tout en évitant au maximum les déplacements des personnes hospitalisées. En effet, c'est le personnel soignant qui doit se rendre sur place et les seuls déplacements autorisés en dehors de l'UHSA sont les déplacements nécessaires pour la santé du patient (par exemple une radiographie si l'unité ne possède pas le matériel nécessaire ou bien un rendez-vous dans un centre spécialisé).

Le personnel soignant, (cadre supérieur de santé, cadre de santé, infirmiers, aides-soignants, agents de services, diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, art-thérapeutes, psychomotriciens, assistants sociaux, médecin psychiatre) est tenu de respecter trois règles fondamentales :

- La gestion interne (ne solliciter le personnel pénitentiaire que ponctuellement)
- L'obligation de signalement (pour absence irrégulière d'un patient ou d'un matériel)
- L'accompagnement du patient.

Il est responsable des soins proposés : adaptés aux besoins, à la pathologie, pluridisciplinaire ou non, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011).

En termes de sécurité, « *l'unité de soin est entourée par une "enveloppe" pénitentiaire assurant la surveillance et la sécurité des patients et du personnel. Ils interviennent lors de situations particulières : fouilles des chambres, nécessité de renfort lorsqu'un patient est agité, se met en danger ou met en danger autrui. En dehors de ces moments-là, seule l'équipe soignante est présente dans l'unité* », (Blanchet, 2015).

Plus spécifiquement pour l'ergothérapie, les UHSA ne comptent pas toutes dans leur équipe des ergothérapeutes : l'UHSA de Toulouse, par exemple, ne prévoit

pas de poste pour cette profession. En tout, entre 6 à 9 ergothérapeutes travaillent en UHSA. (Delbos, Emmanuelli & al., 2018).

b. Le parcours du patient-détenu en UHSA.

i. Entrée.

Comme expliqué précédemment, l'admission d'un patient-détenu en UHSA peut être faite avec ou sans consentement. Le patient-détenu est orienté par d'autres structures pénitenciaires (ex : maison d'arrêt) et/ou sanitaires (ex : SMPR, hôpital psychiatrique de secteur...), en fonction de ses besoins et des capacités de la structure. Le fonctionnement du travail conjoint avec les autres structures est spécifique à chaque UHSA. Dans le cas d'une hospitalisation avec consentement, l'admission en UHSA est demandée par un médecin ayant rencontré le patient-détenu et confirmée par le médecin de l'UHSA concerné, qui donnera conjointement les conditions d'hospitalisation (Soins Libres). Cela signifie que les modalités de détention (temps, accès aux soins ou encore accès aux activités) sont définies à l'entrée du patient-détenu. Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement, l'admission est demandée par un certificat médical circonstancié décrivant la nécessité d'une hospitalisation sans consentement, rédigé par le médecin ayant rencontré le patient-détenu. L'admission de celui-ci est ensuite décidée par arrêté préfectoral, (Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat), (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011). Généralement, les motifs d'hospitalisation sont une : « *symptomatologie anxio-dépressive, associée à une [tentative de suicide] (40%), décompensation psychotique (32%), une évaluation diagnostique ou un réajustement de traitement (11%), [ainsi que des] troubles du comportement hétéro-agressif, états d'agitation, décompensation maniaque, ... (17%)* », (Blanchet, 2015).

Au premier juillet 2018, 70,3% de la population hébergée en UHSA étaient des condamnés et 29,7% étaient des détenus. Cependant, au vu de l'hétérogénéité de la gestion des UHSA, « *la direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et la direction générale de l'offre de soin (DGOS) ne disposent pas d'informations permettant de*

connaître les délais entre l'écrou initial et l'admission en UHSA », (Delbos, Emmanuelli & al., 2018).

Après avoir décrit l'entrée des détenus en UHSA, je vais désormais présenter la vie du patient en UHSA.

ii. Vie du patient-détenu en UHSA.

Afin de détailler précisément le fonctionnement interne des UHSA et de pouvoir se représenter au mieux la vie des patients-détenus dans ces unités, je me baserai principalement sur le fonctionnement de l'UHSA du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, (Groupe Hospitalier Paul Guiraud, 2022).

1. Accueil.

L'accueil des patients-détenus dans les unités de soins est souvent effectué par un membre de l'équipe soignante qui fait visiter les lieux et assiste l'installation de la personne. Ce soignant veille à faire connaître ses droits au patient-détenu et lui présente les membres de l'équipe soignante et paramédicale.

2. Environnement physique, institutionnel, culturel et social.

Concernant l'environnement dans lequel évoluent les patients-détenus, les chambres sont individuelles et comprennent des sanitaires ainsi qu'une salle de bain. Au sein de l'unité se trouve une blanchisserie pouvant être mise à disposition en fonction des besoins des patients-détenus. Le papier toilette est fourni, mais les produits d'hygiène et le linge de toilette ne le sont pas forcément, en fonction des UHSA (sauf patient-détenu sans ressources). Les patients-détenus peuvent acheter des produits sur la liste de cantine spécifique à l'UHSA, grâce à leur compte, géré par le personnel pénitentiaire. Celui-ci fera aussi la livraison des produits

commandés, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011). Un réfectoire permet à l'ensemble des patients-détenus de prendre les différents repas de la journée, en fonction des recommandations médicales. De plus, les temps de repas peuvent être faits en chambre, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011).

Des règles sont mises en place au sein de l'unité afin de respecter et d'assurer la sécurité de l'ensemble des personnes y circulant. En effet, des contrôles de sécurité peuvent avoir lieu : une fouille par le personnel pénitentiaire peut être réalisée sur le patient-détenu, en chambre ou dans les locaux de soins, sans faire obstacle au déroulement des soins. Autrement, le personnel pénitentiaire n'a pas accès ni à la chambre, ni aux lieux de soins. Aussi, la surveillance et le contrôle d'accès à l'UHSA est réalisé par le personnel pénitentiaire, (Code Pénitentiaire - Article R322-15, Article R322-18 et Article R322-21, 2022). De plus, le contrôle systématique au détecteur de masse métallique est effectué suite à la participation aux ateliers d'ergothérapie et de psychomotricité. Des règles de vivre ensemble sont aussi mises en œuvre au sein de l'unité : la discrétion, le respect des personnes, du personnel et des équipements ainsi que la régulation de la consommation de tabac et l'interdiction de la consommation d'alcool ou de stupéfiant.

Enfin, l'environnement social des patients-détenus est constitué de personnels soignants et paramédicaux, ainsi que des autres patients-détenus de l'unité.

3. Occupations : soins personnels, productivité et loisirs.

En 2016, les détenus avaient en moyenne 3h40 d'activités les jours de semaine et 24 minutes le week-end. Dans ces temps d'activité, tout type d'occupation était confondu : activités socio-culturelles, sportives, éducatives ou de productivité. Le reste du temps, les détenus passent donc leur journée (22h à 23h sur 24h) dans leur cellule, (Observatoire International des Prisons, 2022).

En fonction de l'état de santé du patient-détenu, le temps d'ouverture de la porte de sa chambre peut varier et évoluer. Ce temps est souvent décidé entre le

personnel soignant et le patient-détenu sur prescription médicale, sauf décision par l'autorité judiciaire (isolement, séparation des personnes, interdiction de communication), (Code Pénitentiaire - Article R322-16, 2022), (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011).

Les repas sont servis à heures fixes. Un régime alimentaire spécifique peut être signalé à l'entrée dans l'unité afin que celui-ci soit respecté lors de l'hospitalisation, (Code Pénitentiaire - Article R323-1, 2022). En cas de consommation de tabac, un patient-détenu peut faire la demande de bons afin d'obtenir une quantité de tabac. Sa consommation ne peut se faire que dans les zones dédiées de l'unité, à savoir la cour extérieure lors des promenades. En effet, la consommation de tabac en UHSA est soumise aux dispositions relatives aux lieux publics. Les chambres sont donc considérées comme non fumeur, et les patients-détenus ne peuvent conserver ni le tabac ni le briquet dans leur chambre, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011). La blanchisserie est mise à disposition dans l'unité en cas de besoin, mais les effets personnels des patients-détenus doivent être entretenus au maximum par leurs proches. En ce qui concerne la vie spirituelle, des aumôniers de chaque confession religieuse peuvent être demandés par écrit par les patients-détenus. La pratique d'un culte en UHSA est soumise aux mêmes dispositions qu'en détention classique, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011), (Code Pénitentiaire - Article R351-1 à R351-5, 2022).

Les relations avec l'extérieur sont surveillées et respectent des critères précis, en fonction de la convention signée, fixant les conditions de détention en UHSA, (Code de la Santé Publique - Article R3214-3, 2010). Les visites sont autorisées pour les personnes munies d'un permis de visite. Elles se réalisent dans des parloirs, sous la surveillance du personnel pénitentiaire qui a la possibilité d'écouter, sauf visite d'un avocat ou d'un visiteur de prison. L'utilisation du téléphone est la même que dans un établissement pénitentiaire (sous réserve des conditions fixées par la convention signée), (Code Pénitentiaire - Article R322-29, 2022). L'envoi et la réception de lettres est autorisée sous réserve des dispositions particulières applicables aux personnes détenues : en effet, les personnes détenues en UHSA sont soumises aux

règles de l'établissement pénitentiaire lorsqu'elles ne sont que sous la surveillance du personnel pénitentiaire, (Code Pénitentiaire - Article R322-30 et Article R322-27, 2022).

Certaines occupations de loisir sont autorisées dans l'unité : une télévision est mise à disposition dans les chambres hors soins intensifs de 6h45 à 23h30. En fonction de l'UHSA, l'accès à celle-ci est payant, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011). L'hôpital Paul Guiraud s'engage aussi dans une démarche d'accès à l'art et à la culture pour les patients-détenus et fait intervenir des art-thérapeutes ainsi que des artistes. Aussi, des ouvrages (bandes dessinées, littérature, revues) sont mis à disposition dans l'unité. Des effets personnels sont autorisés dans les chambres sous réserve que ceux-ci aient le volume d'un bagage à main et qu'ils passent le contrôle de sécurité, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011). Enfin, des promenades sont organisées plusieurs fois par jour en fonction de l'UHSA et de l'état de santé du patient-détenu, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011).

Les patients-détenus ont accès à différents soins : en individuel et en groupe. Pour les séances individuelles, on retrouve des consultations médicales, des entretiens avec le psychologue, l'assistant social ou les infirmiers, ainsi que des suivis avec des professionnels paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien ou encore art-thérapeute). En groupe, des ateliers à visée thérapeutique et des activités plus informelles. (Blanchet, 2015).

Les agents pénitentiaires n'ont pas le droit de communiquer les informations confidentielles concernant le dossier médical des patients à leurs proches. Cependant, sous réserve du respect des règles pénitentiaires, le médecin peut informer de l'état de santé du patient-détenu, (Code Pénitentiaire - Article R322-17, 2022).

iii. Sortie.

Dans le cas d'une hospitalisation avec consentement, la demande de sortie se fait par un médecin de l'UHSA, qui informe le responsable pénitentiaire de l'établissement, 48h au minimum avant la sortie. Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement, la demande de sortie se fait différemment : le préfet du département prend la décision de lever l'hospitalisation sous contrainte de la personne, sur avis d'un psychiatre de l'UHSA. Le responsable pénitentiaire est alors prévenu, en avance de 48h minimum, par le psychiatre. (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011).

Une fois sortis de l'UHSA, les patients-détenus peuvent être :

- transportés vers un établissement de santé pour motif somatique (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales, hôpital de proximité) ;
- orientés vers un hôpital de secteur proche de chez eux pour poursuivre leurs soins si leur peine est purgée et s'ils étaient en soins consentis ;
- transférés dans un établissement de santé pour continuer les soins sans consentement après la levée d'écrou ;
- dirigés vers un établissement pénitentiaire si leur peine n'a pas été purgée.

Il est important de notifier que les hospitalisations des patients-détenus en UHSA ne peuvent être prises en compte pour les remises de peines supplémentaires. En effet, celles-ci sont octroyées lors d'un « effort de réinsertion », considéré impossible en UHSA. Les détenus ne peuvent donc pas obtenir de réduction de peine supplémentaire lorsqu'ils sont en UHSA car ces unités sont considérées comme des mesures de soins et non des programmes de réinsertion. (Observatoire international des prisons, 2018).

De manière générale, le parcours de soins des patients-détenus reste relativement flou : aucun document officiel n'aborde la prise en soins, les règles de temps en chambre ou encore les temps de sortie. Ceci pourrait s'expliquer par la nouveauté du dispositif.

Mais quel est alors le rôle de l'ergothérapeute auprès des patients-détenus, dans ce lieu de privation de liberté ?

4. L'intervention de l'ergothérapeute en UHSA.

a. Ergothérapie et approche en psychiatrie.

« *L'ergothérapeute (occupational therapist) s'adresse à toute personne qui présente des difficultés dans la réalisation de ses occupations au quotidien et dans sa relation à soi et au monde* », (ANFE, 2021, p.3). Voici la définition que fait l'ANFE de l'ergothérapie en 2021, dans le cadre des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie. L'ergothérapeute est un professionnel de santé intervenant à travers les activités ou occupations significatives et significatives des personnes. Celles-ci contribuent à donner du sens à leur vie et à déterminer et soutenir leurs rôles sociaux. Ce travail autour de l'occupation humaine permet aux ergothérapeutes d'accompagner les personnes vers une réhabilitation dans une qualité de vie et un bien être au quotidien. Dans le milieu de la santé mentale, les ergothérapeutes interviennent en équipes pluridisciplinaires en intra- et extrahospitalier, afin d'accompagner les patients sur différents sujets comme la santé mentale des enfants et des jeunes, la prévention et la détection des souffrances psychiques, la santé mentale des populations spécifiques (handicap, Aides Sociales à l'Enfance, précarité, ...) ou encore les addictions. (ANFE, 2021, p.2-10).

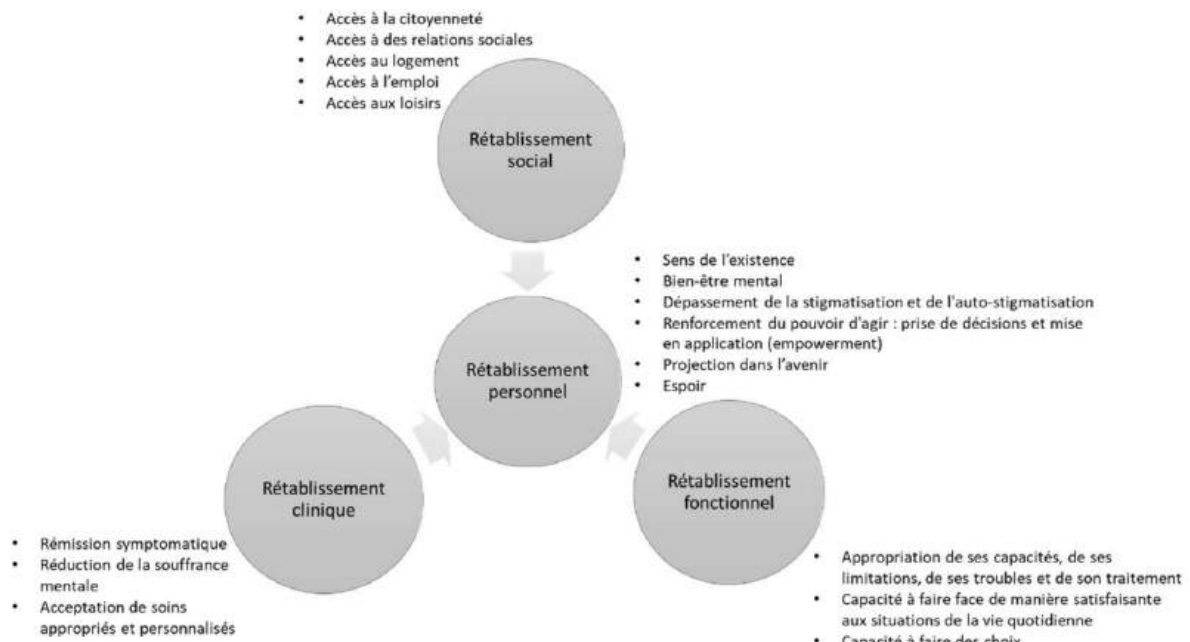
L'ergothérapie s'appuie sur différentes approches en psychiatrie afin de baser sa pratique sur des cadres de référence. Je développerai la réhabilitation psycho-sociale car celle-ci semble être l'approche la plus adaptée à la population ainsi qu'au milieu visé par cette recherche. En effet, la réhabilitation psycho-sociale voit comme principes fondateurs l'autonomie des personnes ainsi que leur inclusion dans la société, (Clavreul, De Neergaard Mathurin et al., 2022). Dans le cas de l'intervention auprès de patients-détenus en UHSA, où l'enjeu est de préparer le retour à la détention ou au milieu libre, cette approche semble juste à utiliser. De plus, la réhabilitation psychosociale s'appuie sur les capacités résiduelles des patients afin d'améliorer leur quotidien, tout en se basant sur des interventions plus pratiques comme le soutien social ou l'adaptation de l'environnement pour permettre à la personne de voir son équilibre occupationnel amélioré. Aussi, cette approche est en voie de développement dans la pratique de l'ergothérapie, car elle permet aux professionnels d'accompagner les patients tout au long de leur processus de

rétablissement, (ANFE, 2021, p.3-10). Enfin, la réhabilitation psychosociale est reconnue et recommandée dans l'accompagnement de personnes ayant un handicap psychique, celle-ci encourageant le rétablissement et la réinsertion sociale. (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services Sociaux et Médico-sociaux, 2016).

b. Réhabilitation psycho-sociale.

La réhabilitation psychosociale est une approche non-spécifique à l'ergothérapie. Elle vise à favoriser l'empowerment (processus par lequel une personne se réapproprie son pouvoir d'agir) et le rétablissement des patients, tout en tenant compte de leurs difficultés et de leurs besoins : « *la réhabilitation psychosociale a pour objectif de favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques dont les rapports avec les autres et dont l'autonomie sociale sont mis à mal à cause de ces troubles, de leurs séquelles et de leur stigmatisation* », (Agence Nationale d'Appui à la Performance, 2019, p.5). Le rétablissement est un terme spécifique désignant le fait de décider de saisir le pouvoir d'agir que l'on a sur sa propre vie et d'apprendre à surmonter les difficultés liées à sa maladie pour définir le sens et le rôle que l'on veut donner à sa vie. Le rétablissement se caractérise donc par un processus de transformation personnel allant au-delà de la gestion des symptômes et permettant à la personne de se réapproprier son pouvoir d'agir (empowerment) et son rôle dans la cité. Afin de pouvoir se rétablir, les personnes doivent se prendre en compte de manière holistique : pour atteindre un rétablissement personnel, il faut d'abord atteindre un rétablissement social, un rétablissement fonctionnel et un rétablissement clinique (voir *fig.1*). (Unafam, 2024), (Clavreul, De Neergaard Mathurin et al., 2022).

fig. 1 : Dimensions du rétablissement (Franck, 2021, p.4)



De manière générale, cinq étapes sont franchies pour accéder au rétablissement :

- L'étape moratoire : temps de retrait, de perte de confiance et de désespoir.
- L'étape de la prise de conscience : l'espoir revient, la personne comprend qu'elle a un pouvoir d'agir sur sa vie.
- L'étape de la construction : temps de travail actif durant lequel la personne trouve des objectifs, des motivations et se crée une identité positive.
- L'étape de la préparation : bilan des capacités de la personne, de ses forces et de ses faiblesses, des compétences qu'elle doit encore acquérir.
- L'étape de la croissance : la personne mène sa vie de manière significative en ayant une image positive d'elle-même, une gestion personnelle de ses symptômes et en surmontant sa maladie.

(Clavreul, De Neergaard Mathurin et al., 2022).

Plus généralement, la réhabilitation psychosociale est définie par Ram A. Cnaan en 13 grands principes : l'utilisation maximale des capacités humaines, le

développement des habiletés, l'auto-détermination, la normalisation, l'individualisation des besoins et des services, l'engagement des intervenants, la déprofessionnalisation de la relation d'aide, l'intervention précoce, la structuration de l'environnement immédiat, la transformation de l'environnement plus large, l'absence de limite à la participation, la valorisation du travail, ainsi que la primauté du social sur le médical, (Joan, 2015). Ces principes visent à élargir la vision médicale et à créer un partenariat avec le patient, (Clavreul, De Neergaard Mathurin et al., 2022). Elle est un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes et leurs projets de vie, (Launois, 2019).

Il existe de nombreux moyens thérapeutiques à la disposition des ergothérapeutes, mais je vais étudier plus particulièrement ceux utilisés en réhabilitation psychosociale.

c. Moyens thérapeutiques de l'ergothérapeute en psychiatrie : entre réhabilitation psychosociale et pratique de terrain.

Dans la réhabilitation psychosociale, les différents moyens thérapeutiques mobilisés par l'ergothérapeute et l'équipe pluridisciplinaire visent à accompagner le patient vers le rétablissement et l'empowerment (Clavreul, De Neergaard Mathurin et al., 2022). Afin de comprendre comment ces leviers peuvent être pensés en milieu fermé comme l'UHSA, je présenterai les différents moyens proposés par la réhabilitation psychosociale.

Selon la réhabilitation psychosociale, les moyens sont :

- La psychoéducation ;
- L'entraînement aux habiletés sociales ;
- La recherche et le renforcement des ressources individuelles ;
- La remédiation cognitive ;
- Le développement de l'empowerment ;
- La relation médiatisée ;

- La réadaptation au travail et la réinsertion par l'activité ;
- Le soutien psychothérapeutique ;
- Le soutien des familles et des aidants ;
- Les visites à domicile ;
- L'accompagnement sur des territoires de vie ;
- Les groupes supports ;
- Les associations de famille ;
- Les actions de sensibilisation ;
- Les formations aux premiers secours en santé mentale.

Ces différents moyens, bien qu'essentiels, ne prennent leur pleine efficacité que lorsqu'ils s'articulent avec deux autres composantes essentielles de la pratique ergothérapique en psychiatrie : le cadre thérapeutique et la relation thérapeutique. C'est l'interaction de ces éléments, combinée au travail pluridisciplinaire, qui permet de soutenir véritablement l'engagement du patient, d'instaurer un climat de confiance et de sécurité et de donner du sens aux activités proposées, en particulier dans un contexte comme l'UHSA.

i. Le cadre thérapeutique : structurer, sécuriser et soutenir.

Le cadre thérapeutique en psychiatrie est défini de manière consensuelle comme : « *l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques, matérielles et contractuelles, qui permettent, en étant ajustées aux possibilités du patient, un processus thérapeutique* », (Brokatzky, 2012, p. 29). Le cadre thérapeutique constitue donc un espace structuré, prévu et pensé par le thérapeute, où les activités et médiations proposées prennent sens et où la relation thérapeutique peut se déployer. Il est un outil sécurisant et de protection, pour le patient et le thérapeute, sur lequel ce dernier s'appuie. Il est modulable, en fonction des besoins du patient et des ressentis du thérapeute, afin de permettre l'évolution et l'inscription du patient dans le travail thérapeutique. Ainsi, cet outil permet au patient d'accéder à la création, à l'engagement et à la communication grâce au rôle et à l'espace-temps où s'inscrit le thérapeute, (Klein, 2016, p.43-45).

Plus concrètement, le cadre thérapeutique en psychiatrie peut permettre de restaurer une continuité, un lien, et de sortir de la spirale de l'enfermement dans le cadre, par exemple, d'un isolement. Ainsi, l'introduction d'un cadre thérapeutique, même dans des conditions extrêmes, favorise la rencontre, la reconstitution du lien et le réengagement du patient dans une dynamique de soin et dans les activités et médiations proposées, (Lançon, 2014, p.93-117).

À l'UHSA, le cadre thérapeutique joue un rôle essentiel pour recréer des repères dans un environnement à la fois soignant et carcéral. À l'image de son utilisation en psychiatrie, il contribue à restaurer une continuité et de tisser un lien, même lorsque la relation semble entravée par l'enfermement ou l'isolement. En posant des limites claires et sécurisantes, ce cadre aide le patient à se contenir, à ouvrir un espace de relation, et surtout, redonne au sujet une place en tant que patient, soutenu dans une dynamique de soins malgré la contrainte. « *L'établissement du cadre ergothérapique est le reflet de la personnalité du soignant, par ses choix de médiations, par son organisation, ses interactions, par ses limites personnelles. Il demande réflexion car il implique de s'adapter judicieusement au contexte institutionnel et d'évoluer, ou pas, avec lui. [...] Il conditionne la relation thérapeutique* », (Simonnet-Guéréau, 2014, p.194). Ainsi, le cadre posé par l'ergothérapeute offre les conditions nécessaires à l'émergence de la relation thérapeutique, en instaurant sécurité et repères. C'est sur cette base que la relation thérapeutique peut progressivement se construire.

ii. La relation thérapeutique.

La relation thérapeutique en ergothérapie désigne « *un ensemble d'échanges qui se passent entre deux personnes dans le cadre d'un soin apporté à l'une d'elles* », (Launois, 2015b). Elle repose sur des éléments tels que la confiance, l'empathie, l'écoute active ou encore l'alliance thérapeutique. À l'inverse des relations sociales classiques, la relation thérapeutique doit être analysée et utilisée afin de respecter la distance physique et psychique, et de rester dans un équilibre asymétrique : « *L'objectif, toujours, est la qualité d'investissement du thérapeute pour donner les conditions favorables à une grande authenticité, une meilleure individualisation et*

donc une plus grande autonomie des patients », (Simonnet-Guériau B., 2014, p.194). Cette relation permet de créer un espace contenant et sécurisant dans lequel le patient peut se sentir reconnu et accueilli. Dans ce cadre, la relation devient un facteur déterminant dans l'efficacité des soins. Le thérapeute joue un rôle central dans la mise en place d'un environnement thérapeutique favorable, constant et fiable.

En psychiatrie, la relation thérapeutique a un rôle fondamental dans le processus de soin du patient. Dans « *Construire la relation en ergothérapie* » par Béatrice Simonnet-Guériau en 2014, celle-ci présente l'exemple de Mireille. Dans celui-ci, ce n'est pas l'activité en elle-même qui devient centrale, mais bien la qualité de la présence de la thérapeute, sa stabilité et sa capacité à offrir un espace relationnel contenant. Dans ce cadre, la relation devient un repère structurant pour la patiente, lui permettant de faire l'expérience d'un lien fiable, non intrusif et soutenant. L'ergothérapeute incarne un "moi-auxiliaire", disponible et constant, qui permet à Mireille de s'appuyer sur une forme de sécurité pour apaiser ses angoisses et progressivement se réinscrire dans la relation, le cadre, puis dans un processus thérapeutique. Cette relation thérapeutique favorise l'émergence d'une alliance, même dans des contextes marqués par des troubles importants de la relation à l'autre. (Simonnet-Guériau, 2014, p.197-198).

Ce type d'engagement relationnel prend une dimension particulièrement essentielle en UHSA, où les patients-détenus peuvent présenter des troubles psychiatriques sévères, dans un contexte de privation de liberté et de rupture. La relation thérapeutique devient alors un appui fondamental pour restaurer une continuité et redonner une place au sujet en tant que patient-détenu, et non seulement en tant que détenu. L'attitude de l'ergothérapeute, marquée par l'écoute active, l'accueil et le respect du rythme du patient, permet la mise en place d'un lien porteur et peut devenir un levier de transformation. La relation permet au patient de réinvestir le cadre, de reprendre confiance dans l'altérité, et de renouer avec sa capacité d'agir.

Si la relation thérapeutique constitue un socle fondamental de l'accompagnement en ergothérapie, elle prend tout son sens à travers les médiations et moyens mobilisés au cours des séances.

iii. Des médiations et moyens variés.

1. Activités de la vie quotidienne.

Les activités de la vie quotidienne sont définies comme les activités correspondant « *aux activités élémentaires de la vie* », (Mon Parcours Handicap - AVQ, 2024). Parmi elles, on retrouve toutes les activités nécessaires à l'entretien du corps, mais aussi toutes les activités de loisirs nécessaires au bien-être de l'esprit : « *Ces activités sont jugées nécessaires pour vivre, accéder au bien-être et participer à la vie sociale* », (Mon Parcours Handicap - AVQ, 2024). Les activités de la vie quotidienne mettent en jeu différentes dimensions de la personne : cognitives, de mémoire, d'intimité et d'affectivité, (Launois, 2015a). Dans le cadre d'un accompagnement ergothérapeutique, l'activité devient un objectif thérapeutique à part entière. Dans ce but, on pourra travailler sur les capacités de la personne, mais aussi sur son environnement. Elles peuvent aussi, dans certains contextes, servir de support à la reprise d'interactions sociales et à l'entraînement des habiletés relationnelles, notamment à travers des médiations collectives ou des temps de vie partagés.

En psychiatrie générale, les activités de la vie quotidienne sont régulièrement mobilisées comme médiations dans le cadre des prises en soins ergothérapeutiques. Leur objectif n'est pas uniquement fonctionnel : il s'agit aussi de soutenir l'estime de soi, de renforcer la perception de compétence et de structurer le temps au travers de repères concrets. Par exemple, un atelier cuisine permettra de servir d'évaluation en prévision d'un retour au domicile par exemple, (Laulan, 2016, p.216). Le partage du repas en fin de séance devient un moment de convivialité, de valorisation et de réintégration dans des codes sociaux "ordinaires".

En UHSA, l'accompagnement autour des activités de la vie quotidienne fait également partie du champ d'intervention de l'ergothérapeute, bien que les modalités puissent différer de celles observées en psychiatrie de secteur. Si des activités comme les ateliers cuisine ont montré leur intérêt en psychiatrie générale pour stimuler l'autonomie, la socialisation ou la gestion du quotidien, il semble pertinent d'envisager leur transposition en UHSA. Bien que le cadre carcéral implique des contraintes spécifiques, notamment en termes de sécurité, d'organisation du temps,

de liberté de mouvement ou d'accès au matériel, ces activités peuvent être ajustées afin de conserver leur visée thérapeutique, en adaptant leurs objectifs.

Ainsi, l'accompagnement autour des activités de la vie quotidienne, qu'il soit réalisé en psychiatrie générale ou en UHSA, constitue un support pertinent pour favoriser l'autonomie et la réhabilitation des patients. Toutefois, la pratique de l'ergothérapie ne se limite pas à ces seules activités. Elle s'élargit également à travers la mise en place d'activités et de médiations thérapeutiques.

2. Activités et médiations thérapeutiques.

Une activité est considérée comme thérapeutique lorsqu'elle poursuit un objectif de soin : l'accent est principalement mis sur l'observation de la personne en train d'agir, plutôt que sur l'activité elle-même. L'activité est alors utilisée comme moyen afin de remplir un ou plusieurs objectifs thérapeutiques. (Launois, 2021a). Comme exposé précédemment, lorsqu'un ergothérapeute intervient auprès d'un patient dans le milieu psychiatrique, il met en place un processus thérapeutique composé de trois éléments : le cadre, la relation, et la médiation. « *Le terme de médiation intègre en elle-même la notion de "médiatiser quelque chose", d'être un entre deux [...] La médiation projective est, le plus souvent, utilisée dans sa qualité de moyen thérapeutique, un moyen de soigner, un moyen d'initier un changement intra-psychique possible* », (Launois, 2020).

En ergothérapie, le choix d'une médiation ou d'une autre repose sur deux grands principes : la dimension objective et la dimension psychique ou subjective. « *Il ne s'agit plus d'occuper le malade en vue de la tranquillité sociale. Il s'agit de réveiller ses capacités, de le mettre en mouvement physique, intellectuel et psychique* », (Pibarot, 2016, p.30). La médiation et l'activité sont des outils de changements et de mouvements pour le patient, orienté par l'ergothérapeute. Le choix de la médiation doit être pensé et construit pour permettre au patient d'accéder à une autonomisation dans son parcours de soin, à la symbolisation et au processus créatif.

La dimension objective s'intéresse aux aspects concrets de la médiation : l'activité est-elle réalisable et adaptée aux capacités du patient ainsi qu'à son environnement ? Le matériel utilisé est-il pertinent et soutient-il l'autonomie ? Peut-on moduler

l'activité selon différents niveaux de difficulté ? Quel type de médiations est le plus approprié ? Ces questionnements permettent la pertinence de la médiation dans le cadre du suivi thérapeutique du patient.

La dimension psychique, quant à elle, porte sur la symbolique de la médiation. Permet-elle une fonction de contenance, de principe de réalité, de créativité ou de symbolisation ? Elle interroge ce que la médiation mobilise sur le plan psychique et son rôle dans le processus thérapeutique du patient.

Ainsi, pour répondre à ces besoins psychiques spécifiques, il existe différents types de médiations.

Les médiations sont classées de manière variable selon les auteurs et aucun consensus ne fait actuellement référence parmi les ergothérapeutes. Pour ce mémoire, je m'appuierai sur la classification de Madame Launois Muriel (2020, 2021b), qui distingue deux grandes catégories : les médiations impressives et les médiations expressives.

Les médiations impressives renvoient à ce qui touche les sens, les ressentis corporels et les premières expériences sensorielles. Elles comprennent les médiations centrées sur l'image du corps (comme le théâtre ou les marionnettes), les médiations régressives (tels que les jeux d'eau et de sable), les médiations corporelles (comme la relaxation ou le yoga) ainsi que les médiations sonores (écoute musicale). Ces médiations sollicitent une réception sensorielle plus qu'une production, et visent à ancrer la personne dans l'instant présent, à apaiser ou stimuler, selon les besoins thérapeutiques. Elles peuvent aussi permettre à la personne de se différencier, de se reconnaître, de rejouer des moments de vie et se révèlent parfois libératrices de parole et de créativité. (Launois, 2021b).

Les médiations expressives, quant à elles, regroupent les médiations dites créatives ou projectives, aussi appelées médiations artistiques. Elles permettent l'expression de soi à travers une production concrète. On y retrouve, par exemple, le dessin, la peinture, le modelage ou encore l'écriture. Ces médiations sollicitent l'imaginaire, la symbolisation ainsi que l'expression de soi et favorisent l'élaboration psychique à travers une création personnelle. Elles permettent aussi la projection de parties psychiques dans un espace intermédiaire, entre soi et l'extérieur, ou, à l'inverse, l'intégration en soi d'éléments psychiques transformés ou nouveaux. (Launois, 2020).

Les médiations créatives reposent sur la création d'un objet, physique ou non. Afin d'en être le médiateur, l'objet doit être pensé en tant que tel, dans le cadre d'un processus de création : « *Le processus créatif devient l'outil thérapeutique du patient, le patient devient lui-même son propre thérapeute* », (Bagnères, 2014, p.324). Il permet alors de jouer le rôle d'intermédiaire entre deux facteurs : le thérapeute et la personne, l'inconscient et le conscient. Le but n'est donc pas de pratiquer le moyen de la médiation, mais bien de s'exprimer au travers de lui, de rendre matériel quelque chose qui ne l'était pas : « *la signification d'une production plastique ne saurait préexister à l'œuvre qui la manifesterait : il s'agit pour le patient de mettre en forme, par le biais de la médiation artistique, de l'infigurable à l'origine, ce qui n'était préalablement ni représenté ni symbolisé, du non encore advenu* », (Allouch, Attigui & al., 2011, p.15).

En psychiatrie générale, les médiations sont utilisées par les ergothérapeutes pour soutenir l'expression de soi, la symbolisation et la gestion émotionnelle. Elles offrent un espace de représentation où l'activité sert de support à une élaboration psychique. Le recours aux médiations s'inscrit dans la prise en charge de la souffrance psychique, laquelle découle « *du non-approprié de l'histoire et de l'expérience subjective. Le non-approprié de soi est ce qui n'a pas, ou mal, été symbolisé et ne peut être intégré et approprié par la suite dans la vie psychique "utilisable" pour le développement de soi* », (Allouch, Attigui & al., 2011, p.25). Dans cette perspective, le soin par la médiation vise à permettre aux patients d'intégrer, symboliser et s'approprier ces éléments restés figés dans la psyché. Comme l'explique R. Roussillon, « *on "guérit" en jouant symboliquement et en s'appropriant ainsi l'expérience subjective "en souffrance" dans la psyché* », (Allouch, Attigui & al., 2011, p.25). La médiation devient ainsi un outil d'accès à ce travail de symbolisation, car « *la mise en représentation symbolique de l'expérience, le jeu qu'elle comporte, ne va pas de soi, elle résulte du travail psychique* », (Allouch, Attigui & al., 2011, p.26). Ce processus thérapeutique se construit à partir d'un support, souvent concret (un objet, une activité), qui permet de canaliser et de transformer la matière psychique en souffrance. « *C'est peut-être là aussi toute l'importance de la médiation, du travail autour de l'objet, de son élaboration, de son émergence, puisque cela permet de se reposer sur un support sur lequel toute une dynamique psychique et relationnelle vient se focaliser. L'objet et l'activité nous sont bien*

précieux pour adresser au patient ce qu'il ne pourrait entendre sinon », (Klein, 2016). En ce sens, la médiation agit comme un levier thérapeutique permettant de soutenir les fonctions symboliques et relationnelles. Mais qu'en est-il auprès des patients-détenus atteints de troubles psychiatriques ?

Si les médiations sont reconnues comme un outil précieux en psychiatrie générale, leur utilisation pourrait prendre une dimension essentielle en UHSA. En effet, les patients-détenus présentent des troubles psychiques parfois sévères, souvent associés à une rupture du lien social, à un choc lié à l'incarcération ou encore une difficulté à se repérer dans le temps et l'espace. Les contraintes de l'institution carcérale, couplées à la souffrance psychique, peuvent rendre difficile l'accès à la symbolisation ou même à la relation thérapeutique. Dans ce cadre, les médiations offrent une porte d'entrée alternative au soin, permettant de rétablir un lien avec soi, avec les autres et avec le monde extérieur. Par leur nature concrète et souvent non verbale, elles s'adaptent particulièrement aux personnes en difficulté d'élaboration psychique. Elles permettent de contenir, de structurer, mais aussi d'accompagner l'expression et la transformation d'une expérience subjective parfois trop douloureuse ou trop confuse pour être verbalisée. (Van Luchene, 2015). Les médiations peuvent ainsi jouer un rôle central dans le processus de réhabilitation et de réappropriation identitaire, en ouvrant un espace de créativité, de jeu ou de sensorialité qui échappe temporairement à la rigidité du cadre carcéral.

Si les médiations créatives illustrent l'un des moyens utilisés par les ergothérapeutes, elles ne représentent qu'une facette des multiples outils mobilisés pour soutenir et accompagner les patients-détenus. Afin d'explorer l'impact de ces multiples moyens déployés par l'ergothérapeute sur l'équilibre occupationnel des patients-détenus en UHSA, je présenterai dans la suite de ce mémoire la méthodologie de recherche employée.

III. Méthodologie d'enquête.

L'objectif de cette recherche est de comprendre l'impact des pratiques ergothérapeutiques utilisées en UHSA sur l'équilibre occupationnel des patients-détenus.

Afin de répondre à ces interrogations, nous réaliserons des entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes diplômé.e.s d'État travaillant en UHSA depuis plus de 6 mois ou ayant travaillé en UHSA il y a 5 ans ou moins. En effet, afin de répondre au mieux aux objectifs de cette recherche, il est nécessaire que les ergothérapeutes interrogé.e.s aient une expérience de plusieurs mois ou aient travaillé en UHSA pour connaître les modalités juridiques et de soins de ces établissements. Cependant, le choix a été fait de ne pas préciser que les ergothérapeutes devaient travailler spécifiquement sur l'équilibre occupationnel des patients-détenus car ce n'est pas un axe travaillé en priorité et les exigences de recherches auraient été trop restreintes, contraignant trop le nombre de personnes à interroger. Aussi, l'exclusion sera possible si un.e ergothérapeute ne souhaite plus participer à l'enquête.

Afin de répondre au mieux aux objectifs fixés, le choix s'est porté sur des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif a pour « *objectif [...] de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens* », (Imbert G., 2010). Cette décision d'outil d'enquête est aussi due au fait que cette population d'ergothérapeutes est assez restreinte : il y a 9 UHSA en France, et toutes n'ont pas d'ergothérapeute. De plus, le concept d'équilibre occupationnel étant assez subjectif, cela favorise l'entretien semi-directif afin de laisser libre cours au discours des ergothérapeutes interrogé.e.s et de ne pas influencer leurs réponses. Enfin, l'équilibre occupationnel étant un concept vague, le fait de pouvoir reformuler les questions ainsi que les réponses données par les ergothérapeutes permettra de s'assurer de la fiabilité des données collectées.

De manière plus méthodologique, l'entretien est considéré comme :

- Spontané pour la personne interrogée (ce qui est favorable à cette recherche, afin que les ergothérapeutes puissent exprimer sans préparation leurs expériences, vécus, savoirs, et savoir-faire) ;

- Préparé pour la personne menant l'entretien (ce qui est d'une part rassurant pour une première utilisation d'outil d'enquête et d'autre part plus sûr afin de ne pas perdre de vue les objectifs) ;
- Intrusif pour les personnes interrogées (ce qui est aussi favorable pour cette enquête puisqu'il est important que les réponses recueillies soient précises, fidèles et libres) ;
- Interactif (permettant des reformulations, des précisions et des modifications en fonction des échanges).

Les entretiens semi-directifs ont aussi été choisis car outre le fait qu'il est confortant de pouvoir conserver la possibilité de modifier et d'ajouter des questions en fonction du chemin que prend la discussion, le fait d'avoir une certaine sûreté en ayant préparé des questions par grands thèmes est rassurant. Les entretiens non-directifs auraient aussi nécessité une grande maîtrise du sujet traité ainsi que des compétences relationnelles importantes, car ceux-ci sont libres et ne doivent pas avoir de questions prédéfinies. Or je n'ai pas une maîtrise suffisante du sujet, ni une aisance relationnelle pour formuler les questions et guider l'entretien avec précision.

Pour les entretiens, je prévois d'utiliser uniquement des questions ouvertes afin que les ergothérapeutes puissent donner le plus de précisions possibles, ainsi que pour réduire le nombre de questions posées. En revanche, l'utilisation des questions à la fois à développement long et court sera faite, en fonction du sujet abordé. Je privilégierai surtout les réponses à long développement afin d'obtenir des argumentations et des développements. Cependant, il sera nécessaire de prendre en compte le temps des entretiens et d'adapter le nombre de questions avec réponse à développement long pour ne pas prolonger le temps des entretiens.

Pour ce qui est de la passation des entretiens semi-directifs, dans le respect de la déclaration d'Helsinki, (The World Medical Association, 2024), une note d'informations sera transmise aux ergothérapeutes. Dans celle-ci, les modalités de passation seront détaillées et expliquées : le mode de recueil des données (enregistrement par dictaphone puis suppression de l'enregistrement après obtention du diplôme), le mode de traitement des données recueillies ainsi que la possibilité d'ajouter, d'ajuster ou de retirer des informations données, ou encore la structure de l'entretien.

IV. Résultats de l'enquête.

1. Les outils d'analyse.

Dans le but de répondre à ma question de recherche, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès de quatre ergothérapeutes diplômées d'État ayant exercé il y a moins de 5 ans en UHSA ou y exerçant depuis plus de 6 mois. Afin de guider mes questionnements, j'ai réalisé un guide d'entretien (cf. ANNEXE I), me permettant d'une part de conserver une trame commune aux quatre entretiens et d'autre part de n'oublier aucun point. Ces échanges m'ont permis de recueillir une grande diversité de points de vue, d'expériences et de pratiques.

En vue de l'analyse des résultats, « *l'entretien doit être retranscrit intégralement* » (Tétreault et Guillez, 2014, p. 233). C'est pour cela que chaque entretien a été enregistré, avec le consentement préalable des interviewées.

Afin d'analyser les résultats, j'ai dans un premier temps utilisé la méthode d'analyse thématique par codages : « *L'analyste va en effet faire appel, pour résumer et traiter son corpus, à des dénominations appelées "thèmes" (ou "thématisations" et aussi parfois "sous-thèmes" pour se référer à la décomposition de certains thèmes). Il s'agit, en somme, à l'aide des thèmes, de répondre petit à petit à la question générique type, rencontrée dans divers projets d'analyse* », (Paillé & Mucchielli, 2021). Dans un deuxième temps, j'ai réalisé un tableau, disponible en annexe (cf. ANNEXE IV), organisé selon l'analyse thématique des données. En effet, cette organisation permet d'analyser plus facilement les résultats, mais aussi d'extraire les éléments récurrents, les nuances et les contrastes intéressants des différents discours.

2. Présentation des participants.

Afin de pouvoir réaliser mes entretiens, j'ai contacté des ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé en UHSA, suivant mes critères d'inclusion, de

non-inclusion et d'exclusion. Parmi elles, quatre ont répondu favorablement. Voici une présentation succincte de chacune d'entre elles :

- E1 : ergothérapeute diplômée en 2007 travaillant en UHSA depuis 12 ans et ayant travaillé en milieu psychiatrique depuis sa diplomation (à l'exception d'une année de césure).
- E2 : ergothérapeute diplômée en 2020 travaillant en UHSA depuis 1 an et demi et ayant travaillé en milieu psychiatrique depuis sa diplomation.
- E3 : ergothérapeute diplômée en 2004 ayant travaillé en UHSA 3 ans et demi et ayant travaillé en milieu psychiatrique depuis sa diplomation.
- E4 : ergothérapeute diplômée en ergothérapie en 2019 et du master en 2021. Elle travaille en UHSA depuis 3 ans et demi.

Je présenterai désormais l'ensemble des résultats obtenus suite aux différents entretiens effectués avec ces quatre ergothérapeutes.

3. Présentation et analyse des résultats.

a. Thème 1 - Construire sa posture : positionnement professionnel et ancrage conceptuel des ergothérapeutes.

Ce premier thème aborde le positionnement professionnel des ergothérapeutes interrogées, ainsi que la manière dont elles articulent théorie et pratique dans leurs accompagnements en UHSA.

Malgré des parcours professionnels variés, toutes manifestent un intérêt pour la psychiatrie. E3, par exemple, évoque un parcours riche et diversifié : « *J'ai travaillé en secteur, intra, extra, [...] en hôpital de jour spécialisé* », (Question n°1, E3).

Concernant leur ancrage théorique, les positionnements sont contrastés. Certaines professionnelles ont une orientation claire. E1 déclare : « *J'ai une orientation psychanalytique.* », (Question n°1, l. 29, E1), tandis qu'E3 précise : « *je n'ai pas été formée aux modèles, mais je sais que j'utilise plutôt le modèle psychodynamique avec quand même des apports plus humanistes aussi, et au gré de la demande des patients.* », (Question n°1, E3). E2, quant à elle, adopte une approche plus souple et multiple : « *je pioche un peu dans tout, sans que ma*

pratique soit vraiment basée sur une approche bien définie. », (Question n°1, E2). E4 affirme s'appuyer sur une approche occupationnelle : « *l'approche, c'est sur l'occupation.* », (Question n°1, l. 23, E4).

Le rapport au concept d'équilibre occupationnel reflète également des niveaux d'appropriation très différents. E4 est la seule à donner une définition précise, affirmant : « *C'est vraiment permettre à la personne de faire des activités dans tous les domaines, que ce soit loisir, soins personnels et travail. [...] Et donc c'est vraiment avoir un peu de toutes ces activités dans son panel d'occupation.* », (Question n°3 bis, l. 57-60, E4). E2, de son côté, a préféré entendre une définition avant de s'y reconnaître, puis complète avec une nuance liée au contexte de l'UHSA : « *oui donc l'équilibre effectivement j'en ai aussi cette définition et en fait, c'est surtout beaucoup l'équilibre en fonction des contraintes extérieures.* », (Question n°3, E2). E3 indique qu'elle connaît mal ce concept : « *J'en ai une idée, mais je ne pourrais pas forcément en donner une explication claire.* », (Question n°3, E3). E1, quant à elle, souligne qu'elle n'avait jamais entendu parler de ce terme durant sa formation : « *j'avais une petite idée quand vous parliez d'équilibre occupationnel, mais c'est vrai que c'est des termes que je n'ai pas du tout entendu à l'école, je pense qu'ils sont plus récents que ça.* », (Question n°3, 91-93, E1).

Dans la pratique, cette notion semble souvent mobilisée de manière intuitive, sans être formellement utilisée. E3 l'illustre clairement : « *si je l'utilise sans le savoir ? [...] Bah oui.* », (Question n°4, E3). Elle précise d'ailleurs que l'occupation prend naturellement une place centrale dès le début de l'accompagnement : « *la place de l'occupation, ça va prendre dès le début, dès la rencontre avec le patient ça va être le sujet. En ergothérapie.* », (Question n°4, E3). E2 et E4, de leur côté, insistent sur l'adaptation aux besoins exprimés par les patients : « *je me questionne vraiment sur ce qu'il aimait faire avant, sur ce qu'il a envie de découvrir. Ça vient toujours de la personne. [...] je veux toujours que ça vienne du patient.* », (Question n°4, l. 69-71, E4). E1 en revanche se montre plus réservée quant à l'applicabilité du concept dans un contexte de détention. Elle affirme : « *je n'ai pas vraiment l'impression qu'il puisse s'appliquer dans la manière dont je reçois les patients, à ce qu'on fait à l'atelier. [...] les activités du quotidien du patient, s'il vit en détention, sont particulièrement réduites, pas forcément choisies* », (Question n°4, l. 99-101, E1).

Après ce premier point sur la posture professionnelle, je vais maintenant présenter les résultats portant sur le fonctionnement concret des UHSA.

b. Thème 2 - Entre soins et cadre : structure et réalité des UHSA.

Ce deuxième thème porte sur la structure institutionnelle des UHSA et la manière dont les ergothérapeutes vivent ce cadre spécifique.

Toutes décrivent un environnement sécurisé, réservé aux personnes détenues majeures et mineures, dans lequel l'entrée, les déplacements, l'accès aux activités et au matériel sont réglementés. E2 explique notamment que « *quand on arrive dans la structure, on doit passer les contrôles des agents pénitentiaires. [...] le téléphone est interdit, les sacs sont fouillés* », (Question n°2, E2).

Bien que l'organisation varie d'un établissement à l'autre, une division en unités distinctes (souvent selon le niveau de stabilisation clinique) est fréquemment mentionnée. Certaines ergothérapeutes, comme E1 et E2, décrivent ainsi un fonctionnement par unités différenciées : une unité d'entrée pour les patients-détenus en "crise", puis des unités destinées à la consolidation ou aux patients-détenus stabilisés. E2 précise par exemple : « *les unités d'entrée, ce sont des patients qui sont en crise. [...] Et après on a une unité qui, on va dire, sera plus de consolidation.* », (Question n°2, E2). Le temps d'hospitalisation peut également être variable : si la durée moyenne évoquée est de six semaines, certaines hospitalisations sont beaucoup plus courtes ou, à l'inverse, exceptionnellement longues.

Malgré un cadre contraint présent dans les UHSA, j'ai relevé des ressentis très différents selon les ergothérapeutes. E4 et E1, par exemple, estiment que la présence de l'administration pénitentiaire reste en retrait au sein des unités, ce qui permet un climat de travail relativement préservé. E4 souligne que : « *l'administration pénitentiaire n'est pas du tout dans les unités avec nous.* », (Question n°16 ter, l. 714-715, E4), et insiste sur l'importance de limiter les interactions entre surveillants et patients : « *nous ce qu'on veut, c'est que les patients voient le moins possible les surveillants.* », (Question N°16 ter, l. 723-724, E4). À l'inverse, E3 et E2 rapportent une présence pénitentiaire très marquée et parfois pesante. E2 évoque par exemple la dépendance aux surveillants pour les déplacements : « *Ce n'est pas nous qui avons le choix d'ouvrir ou non les portes. [...] ce sont les agents pénitentiaires qui*

nous ouvrent les portes. », (Question n°2, E2). E3 décrit également des contrôles du matériel et des patients-détenus très encadrés : « il y avait un contrôle du patient. Soit au détecteur de métaux, soit à la palpation, ce qui n'était pas sans poser de problème. Notamment quand c'était à la palpation... », (Question n°2, E3).

Enfin, plusieurs ergothérapeutes rapportent que les faits judiciaires des patients-détenus peuvent encore influencer la prise en soin. E3 et E4 expliquent que ces informations sont parfois connues des équipes, voire intégrées au projet de service. E3 indique : *« on travaille aussi avec les faits. [...] Donc bah forcément, ça vient changer un peu le travail. », (Question n°2, E3).* E4 évoque cependant un changement récent dans l'accès à ces informations, suite à la visite du contrôleur des lieux de privation de liberté.

Après avoir exploré la structure institutionnelle des différentes UHSA et les implications qu'elle peut avoir sur les pratiques des ergothérapeutes, le thème suivant s'attarde sur les patients-détenus eux-mêmes.

c. Thème 3 - Patients-détenus en UHSA : profils, troubles et parcours de soins.

Dans ce troisième thème, j'ai recueilli la façon dont les ergothérapeutes décrivent les patients-détenus qu'elles accompagnent. Il s'agit, selon elles, en grande majorité d'hommes jeunes, issus de milieux défavorisés, souvent en situation de précarité sociale : *« la population qu'on reçoit en UHSA est représentative de la population incarcérée en France : beaucoup moins de femmes, des gens très jeunes issus de milieux défavorisés. », (Question n°2, l. 73-75, E1).* E2 et E4 confirment que les UHSA accueillent des mineurs, bien que les structures ne soient pas adaptées à leurs besoins spécifiques.

Sur le plan clinique, toutes soulignent la forte présence de troubles psychiatriques sévères, notamment des troubles psychotiques, mais aussi des troubles de l'humeur ou de la personnalité. E2 précise que *« la majorité de nos patients, ce sont des psychotiques. [...] Après, il peut y avoir des dépressions avec un risque suicidaire important », (Question n°2, E2),* tandis que E4 parle de *« trois*

grandes pathologies » les plus fréquentes : « la schizophrénie [...], des troubles de l'humeur [...] les troubles de la personnalité », (Question n°12, l.534-537, E4).

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que l'état psychique constitue, de manière générale, le principal frein à la mise en activité. Les symptômes comme la désorganisation, l'aboulie, l'apragmatisme ou le déni de la maladie peuvent rendre très difficile, voire impossible, tout engagement dans des occupations signifiantes et significatives E4 souligne par exemple : *« une personne qui est atteinte de troubles "psy", souvent ils n'ont pas conscience de la maladie, ils ne sont pas conscients qu'ils sont malades et donc du coup c'est ça le plus compliqué. », (Question n°6, l. 105-107, E4).* E2 et E3 évoquent également des patients *« au fond de leur lit », (Question n°9, E2),* ou présentant une symptomatologie lourde nécessitant un isolement, empêchant toute mise en mouvement. Plusieurs professionnelles notent que dans certains cas, la présence d'un groupe ne suffit pas non plus à mobiliser les patients-détenus. E2 explique : *« cliniquement, aucun patient n'était en capacité d'être en groupe », (Question n°9, E2).* E3 ajoute que l'état clinique peut être une contre-indication en soi, notamment en cas *« [d]'hétéro ou [d]'auto-agressivité », (Question n°9, E3).*

Le contexte institutionnel peut également renforcer les difficultés. Dans l'UHSA où travaille E2, les patients-détenus sont enfermés en chambre 22 heures sur 24, ce qui limite fortement leur équilibre occupationnel. À l'inverse, d'autres UHSA permettent une plus grande liberté de circulation, facilitant l'accès aux soins et aux médiations proposées : *« hormis ces petits moments-là du coup 40 minutes le matin et 1 heure l'après-midi, [...] les patients peuvent déambuler, peuvent aller dans notre bureau, peuvent aller [...] dans le patio. », (Question n°8 six, l. 280-282, E4).*

Malgré les freins, certaines ergothérapeutes décrivent des moments où l'activité et la médiation permettent d'entrer en lien, notamment autour d'objets ou de gestes du quotidien. E1 note par exemple : *« Les patients me demandent un café. [...] la cigarette et le café, ce sont des choses qui prennent de l'importance oui pour les patients. », (Question n°14, E2).*

Ces constats cliniques et institutionnels amènent naturellement à s'interroger sur l'équilibre occupationnel des patients-détenus lors de leur séjour en UHSA.

d. Thème 4 - L'équilibre occupationnel : rupture et évaluation à l'entrée en UHSA.

Ce thème explore la manière dont les ergothérapeutes perçoivent la rupture de l'équilibre occupationnel des patients-détenus au moment de leur entrée en UHSA, ainsi que les modalités d'évaluation qu'elles mobilisent.

Les ergothérapeutes décrivent l'entrée en UHSA comme un moment de rupture marqué dans le quotidien des patients-détenus. Selon elles, beaucoup arrivent déjà dans un déséquilibre occupationnel, lié à leur parcours de vie et à la détention. L'hospitalisation vient accentuer cette rupture, du fait de la perte de repères, des restrictions d'occupations et d'une surveillance constante dans certaines UHSA. E3 explique : « *en détention [...] ils ont accès déjà parfois à un travail, ils ont accès à des activités, ils ont parfois accès à une formation, ils ont de quoi se faire à manger, enfin... Ils arrivent comme ça à organiser leur vie, et quand ils sont hospitalisés, ça fait rupture.* », (Question n°4, E3). Elle évoque, avec E2, un sentiment d'uniformisation et de perte d'identité chez les patients-détenus. Certaines ergothérapeutes rapportent que les patients-détenus eux-mêmes perçoivent l'UHSA comme une expérience plus difficile encore que la détention : « *les patients quand ils viennent chez nous hospitalisés, disent que c'est la double peine... Parce qu'ils peuvent encore faire moins de choses qu'en détention.* », (Question n°5, E2).

L'équilibre occupationnel des patients-détenus est ainsi perçu comme fortement appauvri : « *je parlerais plus de déséquilibre.* », (Question N°5, E2). E1 parle de patients-détenus « *très désinsérés de leurs occupations habituelles.* », (Question n°5, l. 119, E1), et souligne qu'« *Il est rare qu'un patient qui arrive ait pu conserver des habitudes quotidiennes.* », (Question n°5, l. 122-123, E1). E4 évoque également un ennui important chez les patients-détenus, lié à un rythme pauvre et à un choix d'occupations limités dans l'UHSA dans laquelle elle travaille.

En ce qui concerne l'évaluation de l'équilibre occupationnel, toutes les ergothérapeutes décrivent une pratique peu formalisée. Elles s'appuient principalement sur l'observation et les échanges informels. E4 explique par exemple : « *Ce n'est que de l'observation et des entretiens, mais il n'y a pas de grille.* », (Question n°7, l. 128, E4). E1 et E2 confirment l'absence de protocoles systématiques, même si certaines utilisent ponctuellement des outils adaptés au contexte, comme l'ELADEB (Échelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés

et des Besoins) ou une version modifiée de l'IADL (Instrumental Activities of Daily Life ou Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne). E2 indique également que cette évaluation se fait souvent de manière indirecte : « *ça sera davantage dans l'échange que je vais pouvoir l'évaluer* », (Question n°7, E2). Les ergothérapeutes expliquent que les difficultés de communication, la désorganisation ou la fatigue psychique des patients-détenus limitent souvent l'accès à une verbalisation claire de leurs habitudes et préférences. Certaines, comme E3 et E1, précisent qu'elles abordent ces sujets si le patient en parle spontanément ou dans le cadre d'une discussion plus large, mais pas de manière systématique.

Après avoir évoqué la rupture de l'équilibre occupationnel et les modalités d'évaluation à l'entrée en UHSA, le thème suivant s'intéresse aux différents leviers qui permettent de le soutenir tout au long de l'hospitalisation.

e. Thème 5 - Soutenir l'équilibre occupationnel : leviers relationnels, cliniques et institutionnels.

Dans ce cinquième thème sont explorés les différents leviers relationnels, cliniques et institutionnels, ainsi que les moyens mobilisés par les ergothérapeutes permettant de soutenir l'équilibre occupationnel des patients-détenus. Les ergothérapeutes insistent sur la nécessité d'adapter chaque proposition à l'état clinique, au rythme et à la disponibilité psychique du patient-détenu. E2 précise : « *je vais tenir compte de leur rythme de vie.* », (Question n°10, E2). E3 indique : « *ça va vraiment beaucoup beaucoup dépendre de la clinique.* », (Question n°8 ter, E3). E1 et E4 partagent cette même attention adaptative.

La relation thérapeutique est également perçue comme un levier majeur dans la mise en activité. E4 souligne par exemple : « *Je commence souvent ma prise en charge "ergo" en individuel. [...] Pour du coup justement établir la relation* », (Question n°8 bis, I. 177-179, E4). E2 et E3 décrivent aussi cette dimension relationnelle comme essentielle pour favoriser l'engagement. Le lien créé permet d'adapter les propositions d'activités et de médiations aux envies et besoins exprimés et d'accompagner les patients-détenus dans leur rétablissement.

Les ergothérapeutes s'accordent aussi à dire que le sens donné à l'activité par le patient-détenu est un point central. E2 explique que même lorsque l'activité est nouvelle, elle peut être investie si elle fait écho à un élément interne au patient-détenu : « *il y a plein de patients qui [...] nous disent : "Bah, vous voyez ces activités, je ne les aurais jamais fait de moi-même. Mais, [...] je trouve ça très bien, ça me fait du bien."* », (Question n°13, E2). E3 insiste également sur la volonté du patient-détenu : « *je vais partir de leurs demandes, j'imagine que leur demande fait partie d'un équilibre.* », (Question n°8 bis, E3).

Aussi, les médiations créatives sont largement utilisées par les ergothérapeutes interrogées. E1, E2, E3 et E4 les considèrent comme un support à la fois expressif et valorisant. E2 souligne : « *C'est une façon aussi de pouvoir être en lien avec eux. Et pouvoir apprendre aussi à faire leur connaissance et à les rencontrer. [...] leur création va parler d'elle-même, vraiment va parler d'eux.* », (Question n°11, E2). E1 insiste quant à elle sur l'importance d'un cadre souple et adapté, qui laisse la place à l'expression de chacun : « *Face à la contrainte que représenta la maladie, ça va être d'adapter le cadre* », (Question n°10, l. 373, E1).

Enfin plusieurs ergothérapeutes rapportent que leur cadre institutionnel leur permet de proposer des activités variées et adaptées. E2 explique par exemple : « *les freins [...] de notre encadrement [...] quand on propose des projets ou différentes médiations, on est très libres, vraiment, de pouvoir proposer.* », (Question n°11, E2). E3 et E4 décrivent aussi des organisations favorables, dans lesquelles elles peuvent collaborer avec d'autres professionnels, mutualiser les temps de soin et adapter le rythme des séances aux contraintes du service et du patient-détenu : « *Si moi, je peux m'ajuster, m'adapter et les prendre au moment où eux ils sont plus à même de vouloir faire des activités, je m'adapte comme ça. Je m'adapte aussi au temps de présence de mes autres collègues.* », (Question n°10, E2) Ces possibilités renforcent leur sentiment de pouvoir soutenir activement l'équilibre occupationnel des patients-détenus.

Cependant, malgré ces leviers, les ergothérapeutes rencontrent aussi de nombreux obstacles susceptibles de freiner l'engagement occupationnel.

f. Thème 6 - Obstacles à l'équilibre occupationnel : limites cliniques, institutionnelles et sécuritaires.

Ce sixième thème met en avant les différents freins rencontrés par les ergothérapeutes concernant l'équilibre occupationnel des patients-détenus, en soulignant les contrastes importants entre les différentes UHSA. Si certaines ergothérapeutes décrivent un cadre rigide et fortement contraignant, d'autres, comme E4, travaillent dans un environnement plus souple, permettant davantage d'autonomie et d'adaptations. Ces écarts traduisent l'impact significatif du contexte institutionnel sur l'équilibre occupationnel.

En effet, celles-ci sont souvent citées : rythmes stricts, protocoles de sécurité, lourdeurs administratives ou encore manque de professionnels disponibles. E2 évoque ainsi l'impact des emplois du temps rigides et du manque de choix laissés aux patients-détenus : « *Tout leur est imposé, et... Et ils doivent composer avec ça.* », (Question n°6, E2). E3 partage cette analyse et parle d'une organisation rigide : « *tout est tellement ritualisé, dans une journée, par l'institution, que ce n'est pas leur équilibre occupationnel en fait.* », (Question n°5, E3).

À ces limites institutionnelles s'ajoutent des freins plus contextuels : manque de matériel ou délais d'approvisionnement, locaux inadaptés, ou encore manque de temps ou de personnel pour proposer davantage d'activités et de médiations. E4 explique par exemple que certaines activités sont impossibles à organiser faute de disponibilité : « *par exemple, ils demandent de faire du sport tous les jours, mais ce n'est clairement pas possible [...] de libérer deux soignants de chaque unité, de toutes les contraintes qu'il y a derrière.* », (Question n°14, I.575-577, E4).

Les autorisations nécessaires pour certaines activités ou la gestion des sorties sont également des freins importants. E3 explique : « *c'était une énorme machine à mettre en place parce qu'il fallait l'accord du médecin, que le patient soit d'accord, l'accord du médecin, l'accord de la préfecture, l'accord des juges !* », (Question N°2, E3). De même, E4 souligne les restrictions pesant sur les permissions : « *il faut prévoir deux mois à l'avance que le patient sera toujours hospitalisé dans deux mois.* », (Question n°8 sept, I. 350-351, E4).

Certaines contraintes sont aussi directement liées à la présence de l'administration pénitentiaire. E1 mentionne par exemple la palpation systématique pour accéder à l'atelier : « *tous les patients qui viennent à l'atelier d'ergothérapie, [...]*

doivent systématiquement passer devant un surveillant pénitentiaire », (Question n°10 bis, l. 430-431, E1). E2 évoque également la lenteur des déplacements, conditionnés par l'ouverture des portes par les agents : « c'est important de le savoir puisque dans notre pratique, [...] quand on va chercher des patients ou tout déplacement, ça peut être très long. », (Question n°2, E2).

Cependant, certaines ergothérapeutes rapportent des conditions plus favorables. E4, par exemple, indique qu'elle n'a pas de difficultés majeures à proposer des projets adaptés : *« En vrai, j'ai des bonnes capacités d'adaptation en fait. », (Question n°10, l. 479, E4).* Elle décrit un environnement institutionnel relativement souple qui lui permet de s'ajuster aux besoins des patients-détenus tout en développant une offre d'activités variée et personnalisée.

Malgré ces nombreux freins, les ergothérapeutes mobilisent divers leviers pour favoriser l'engagement des patients-détenus. Parmi eux, les médiations occupent une place centrale dans la pratique quotidienne et apparaissent comme de véritables outils thérapeutiques.

g. Thème 7 - La médiation comme levier de soin : pratiques ergothérapeutiques et retentissements cliniques.

Ce dernier thème met en lumière l'utilisation de la médiation comme outil thérapeutique en ergothérapie. Dans un contexte marqué par les restrictions et le manque de repères, les ergothérapeutes interrogées montrent comment la mise en activité peut devenir un levier de soin, en mobilisant la créativité, le corps ou les capacités cognitives et sociales.

Les ergothérapeutes mobilisent une grande variété de médiations pour accompagner les patients-détenus. Certaines relèvent des médiations créatives (dessin, peinture, couture, mosaïque, modelage, écriture...), d'autres du jeu, de l'écoute musicale, de la cuisine, du sport ou encore de projets collectifs. Plusieurs d'entre elles insistent sur l'intérêt de s'appuyer sur les centres d'intérêt, les habitudes antérieures ou l'imaginaire des patients-détenus pour proposer des activités signifiantes. E3 souligne par exemple : *« je pars de ce dont ils ont envie ! Donc ça part de la visite de l'atelier pour repérer le matériel. Mais parfois, tu vois là j'ai un*

exemple en tête d'un monsieur qui voulait qu'on fasse une revue de presse économique. », (Question n°8, E3). E4 précise qu'elle n'a pas de « limite de médiation », et que si le patient-détenu a une idée, « ensemble on réfléchit à comment faire. », (Question n°8, l. 172-174, E4).

Dans ces pratiques, les médiations créatives occupent une place centrale. Elles sont présentées comme des supports puissants pour travailler des dimensions variées : expression émotionnelle, concentration, revalorisation, structuration psychique ou encore reconstruction de l'identité. E2 note ainsi : « *ça permet d'aborder justement la pathologie... Beaucoup de confiance en soi, de revalorisation aussi. Ça je dirais que vraiment, le côté créatif pour ça, ce n'est pas magique, mais presque quand même.* », (Question n°13, E2). De nombreux exemples illustrent ces effets : des patients-détenus initialement désorganisés parviennent à suivre les étapes d'une création, à utiliser le matériel de façon plus adaptée, voire à se fixer des objectifs. E1 raconte par exemple l'évolution d'un patient-détenu qui, d'un premier modelage « *informe* », en arrive à peindre des tableaux figuratifs complexes (Question n°12, l. 469-483, E1). E2 ajoute que ces médiations permettent parfois de « *retrouver [...] un plan d'intervention.* » et de « *[raccrocher] à la réalité* », (Questions n°13 et n°11, E2). Elles offrent aussi un espace de valorisation : les productions peuvent être exposées, offertes aux proches ou emportées en chambre ou plus tard en détention. E3 insiste aussi sur la place laissée au patient comme sujet créatif, acteur de son identité : « *forcément, à travers une activité créative, ba forcément tu t'exprimes en tant que sujet* », (Question n°14, E3).

Certaines médiations s'ancrent également dans des projets collectifs ou institutionnels : décoration du service, olympiades, projets "beaux-arts" ou encore ateliers correspondance. Ces propositions permettent, selon les ergothérapeutes, de renforcer la socialisation, le sentiment d'appartenance et de soutenir les habiletés relationnelles. Dans certains cas, les médiations s'organisent en coopération avec d'autres professionnels et intervenants (psychologues, infirmiers, assistants sociaux, musicothérapeutes,...), dans une logique interdisciplinaire. E2 rappelle que les créations des patients-détenus peuvent être des supports cliniques riches : « *quand les soignants des unités viennent avec nous en activité, c'est aussi très chouette parce qu'ils font : "Oh, mais on découvre les patients. Enfin nous, on ne les voyait pas du tout comme ça."* », (Question n°11, E2).

Si les effets des médiations restent parfois difficiles à isoler de ceux des

autres soins, plusieurs ergothérapeutes observent des changements marquants. E1 parle de « *séances où il se passe des choses* », comme l'arrêt d'un discours logorrhéique ou l'émergence d'une parole en lien avec l'objet créé (Questions n°12, l. 467 et n°15 bis, E1).

Ces propositions de médiations créatives apparaissent alors comme des leviers puissants pour soutenir l'équilibre occupationnel des patients-détenus en UHSA, à la croisée entre identité, subjectivité et soin.

L'analyse des entretiens étant désormais achevée, je vais ouvrir la discussion en mettant ces résultats en perspective avec les données de la littérature et les réalités du terrain.

V. Discussion.

Pour rappel, ce mémoire a pour objectif d'explorer la manière dont les ergothérapeutes travaillant en UHSA soutiennent l'équilibre occupationnel des patients-détenus adultes grâce à leurs interventions. Grâce aux résultats obtenus lors de l'enquête, j'ai pu dégager plusieurs thèmes riches, que je vais maintenant discuter à la lumière du cadre conceptuel et des sources scientifiques.

1. Interprétation des résultats.

Les résultats apportés par les différents entretiens vont permettre d'établir un lien entre la théorie et la réalité de la pratique. Ils viennent en effet éclairer les différents grands thèmes abordés dans le cadre conceptuel.

Dans le cadre conceptuel, l'équilibre occupationnel est défini comme un état personnel qui permet à l'individu de gérer ses occupations de manière satisfaisante et adaptée à ses rôles, contribuant ainsi à sa santé et à son bien-être, (Reed & Sanderson, 1999), (Matuska & Christiansen, 2008). Il repose sur la juste répartition

entre les différentes occupations, (loisirs, soins personnels et participation sociale), et sur la place que ces occupations occupent pour la personne, (Larousse, 2024).

Nous avons aussi pu parler de la notion de privation de liberté en milieu carcéral et de l'impact de celle-ci sur les opportunités d'engagement des patients-détenus, (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France, 2023). De plus, nous avons évoqué le frein que cette privation de liberté peut représenter dans le processus de soins de personnes atteintes de troubles psychiatriques, (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2019).

Les entretiens ont permis de mettre en avant que l'équilibre occupationnel des patients-détenus est effectivement mis à mal. Les horaires rigides, le manque d'accès aux activités et médiations ainsi que le contexte sécuritaire réduisent l'accès à des occupations choisies et signifiantes. Les ergothérapeutes parlent de « *rupture* », (Question n°6, E3), les patients-détenus parlent de « *double peine* », (Question n°5, E2). En revanche, selon les UHSA, le parcours des patients-détenus varie fortement. On ne peut donc pas établir de vérité générale sur l'équilibre occupationnel des patients-détenus en UHSA.

En effet, le cadre conceptuel présente les UHSA comme des structures hospitalières à sécurité renforcée, destinées aux personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en milieu fermé, (Cauvy, C. & Lesueur, M., 2021). Leur fonctionnement, très encadré, vise à concilier soins et sécurité, créant ainsi un contexte institutionnel contraignant, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011).

Nous avons aussi évoqué la difficulté de connaître le fonctionnement réel des UHSA (prise en soins, temps en chambre ou encore temps de sortie), du fait de la nouveauté de ces unités.

Lors des entretiens, les ergothérapeutes ont décrit concrètement les contraintes auxquelles elles sont confrontées : besoins d'autorisations multiples, présence d'agents pénitentiaires selon les UHSA, règles strictes ou encore matériel interdit. Ces propos confirment ce que la littérature permettait d'anticiper : le cadre pénitentiaire contraint, d'une certaine manière, la prise en soins des patients-détenus.

De plus, les témoignages recueillis ont permis de mettre en avant une

hétérogénéité dans les fonctionnements des UHSA : « *les UHSA ont des fonctionnements assez différents les uns des autres [...] l'UHSA ce n'est pas très vieux. C'est un projet [...] [qui] n'a pas été défini en termes de fonctionnement, [...] chaque chef.fe de pôle a été libre de construire un peu son UHSA à sa manière.* », (Question n°6, l. 183-184 et n°6 bis, l. 203-206, E1). Cependant, certaines informations comme la composition des équipes ou le nombre de places disponibles concordent avec la réalité que les ergothérapeutes ont retranscrite, (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale & al., 2011). Malgré ces différences marquées, trois grands éléments communs se détachent tout de même : les occupations en extérieur sont très limitées et complexes à mettre en place, les médiations et activités proposées sont limitées par le manque de personnel, le budget ou encore par des contraintes institutionnelles, et les troubles psychiatriques des patients-détenus sont des obstacles fort à la relation thérapeutique et à la participation.

Dans le cadre conceptuel, les troubles psychiatriques, ou troubles mentaux, sont décrits comme ayant un retentissement fort sur les capacités occupationnelles, impactant la motivation, l'initiative, l'organisation, la concentration ou encore la gestion émotionnelle. Nous avons aussi vu que ces troubles, fréquents en milieu carcéral, sont souvent aggravés par les conditions de détention.

Lors des entretiens, les ergothérapeutes interrogées confirment cette réalité. Elles évoquent l'état de repli, de confusion ou d'inhibition marquée à l'arrivée des patients-détenus et l'impact que cela a sur leur accompagnement.

Face à cela, les ergothérapeutes adoptent une posture clinique ajustée. Dans le cadre conceptuel, faute de littérature spécifique sur l'ergothérapie en UHSA, les références mobilisées concernent l'ergothérapie en psychiatrie générale. Nous avons alors évoqué plusieurs points clés de l'accompagnement ergothérapeutique, à adapter au contexte de l'UHSA : le cadre, la relation thérapeutique, le travail en équipe pluridisciplinaire ainsi que les médiations et activités thérapeutiques.

Les entretiens viennent enrichir cette base théorique. Les ergothérapeutes décrivent une pratique inventive et adaptative, confrontée à des contraintes mais aussi à un besoin de sens. Elles cherchent à construire un quotidien signifiant avec le patient-détenu en le revalorisant, en l'accompagnant dans la restauration de son identité, de ses capacités d'action et de décision, et œuvrant à son insertion dans le

service et dans son parcours de soin. Pour cela, elles s'appuient sur l'équipe pluridisciplinaire présente en UHSA ainsi que sur les groupes, les activités thérapeutiques et les médiations créatives.

2. Retour sur l'hypothèse de recherche.

L'hypothèse posée était la suivante : les médiations créatives contribueraient à renforcer l'équilibre occupationnel des patients-détenus souffrant de troubles psychiatriques en UHSA, leur offrant des opportunités d'engagement dans des occupations variées et leur permettant de structurer leur quotidien.

Les résultats des entretiens confirment en majorité cette hypothèse et la complètent même. Les ergothérapeutes interrogées évoquent des effets positifs des médiations créatives sur la concentration, la « *revalorisation* », la communication, la structuration, et l'identité, (Question n°13, E2 ; Question n°15, E3 et Question n° 12, I. 467-469, E1). Elles parlent aussi de nombreuses propositions variées de médiations créatives que le patient-détenu peut accepter ou non et qui correspondent à ses besoins et envies. Les ergothérapeutes proposent donc un panel de médiations créatives aux patients-détenus, leur offrant des opportunités d'engagement qu'ils décident de saisir, ou non.

Cependant, ces effets ne sont pas systématiques. Ils dépendent de la disponibilité psychique du patient, de son investissement, de la qualité du lien thérapeutique, ainsi que du cadre thérapeutique et institutionnel.

Les médiations créatives sont donc un levier possible, mais pas une solution universelle. Leur efficacité nécessite un cadre adapté, une posture clinique ajustée, une intégration dans un projet thérapeutique global, ainsi qu'une envie de la part du patient-détenu, afin qu'il soit acteur de son rétablissement et de son équilibre occupationnel.

3. Limites et biais.

Bien que cette étude ait amené des éléments significatifs, ce mémoire présente plusieurs limites. Le nombre d'entretiens réalisés est restreint, ce qui limite la représentativité des résultats, (3 UHSA sur les 9 existant en France). Par ailleurs, j'ai rencontré des difficultés dans la constitution du cadre conceptuel. L'ergothérapie en UHSA est très peu documentée, et l'équilibre occupationnel des patients-détenus en UHSA l'est encore moins. Je prends également conscience que certaines limites dans l'accès à la littérature peuvent être liées à ma propre stratégie de recherche : j'ai sélectionné des mots-clés qui me paraissaient pertinents, mais il est possible que d'autres auteurs ayant travaillé sur ce sujet aient utilisé une terminologie différente, ce qui a pu restreindre mes résultats. Cela m'a conduit à élargir ma recherche à la psychiatrie générale, au fonctionnement carcéral et à l'ergothérapie en santé mentale. Les entretiens réalisés ont donc permis de compléter une littérature assez pauvre sur ce champ spécifique.

Enfin, des biais d'interprétation peuvent exister, liés à mon positionnement d'étudiante en ergothérapie. En effet, déjà sensibilisée aux effets positifs des médiations créatives, certaines analyses peuvent avoir été influencées. Un travail réflexif a été mené pour en prendre conscience et limiter cet impact, sans pouvoir l'annuler totalement.

Des biais méthodologiques sont également à considérer : certaines difficultés dans la prise de contact avec les ergothérapeutes, ou encore les contraintes de temps et de format liées à l'exercice scolaire. Ces éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

VI. Conclusion.

Ce mémoire avait pour question de recherche : **En quoi l'intervention d'un ergothérapeute auprès de patients-détenus adultes souffrant de troubles psychiatriques peut-elle améliorer leur équilibre occupationnel lors de leur séjour en UHSA ?**

Les résultats obtenus montrent que les ergothérapeutes contribuent au soutien de cet équilibre occupationnel grâce à plusieurs leviers. Leur posture

professionnelle, centrée sur l'écoute, l'adaptation et la considération de la personne comme sujet, permet une prise en charge individualisée. En tenant compte des besoins, des envies et des capacités de chaque patient-détenu, les ergothérapeutes parviennent à proposer des activités et médiations signifiantes, en dépit des contraintes institutionnelles propres aux UHSA. Le travail ergothérapeutique se caractérise ainsi par une adaptation constante : au fonctionnement pénitentiaire, aux horaires imposés, à la variabilité de l'état clinique des patients, mais aussi à leurs envies et ressources propres. C'est dans cet environnement contraint que les ergothérapeutes, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire et les patients-détenus, soutiennent et améliorent l'équilibre occupationnel de ceux-ci. Ils encouragent l'expression du patient-détenu en tant que sujet, favorise la revalorisation de soi, la redécouverte de compétences favorisant leur position en tant qu'individu ainsi que la structuration du temps, lorsque celle-ci est pertinente.

Parmi les outils mobilisés, les médiations créatives jouent un rôle essentiel : elles permettent une expression symbolique, une construction identitaire ou encore une amélioration de la concentration. Elles facilitent également l'entrée en relation et la régulation émotionnelle. Les ergothérapeutes utilisent ces médiations en les adaptant aux souhaits et aux besoins des patients-détenus en fonction de leur équilibre occupationnel passé, présent et de celui qu'ils aimeraient atteindre.

Malgré les limites de cette étude, ces résultats permettent de mettre en lumière l'utilité et la richesse de cette pratique dans un contexte encore récent et peu exploré. Ils invitent à reconnaître l'importance d'intégrer la question de l'équilibre occupationnel dans l'accompagnement pluridisciplinaire des patients-détenus en UHSA.

Si cette étude met en avant la manière dont l'ergothérapie peut soutenir l'équilibre occupationnel des patients-détenus lors de leur séjour en UHSA, elle soulève également une question essentielle : qu'advient-il de cet équilibre occupationnel une fois les patients-détenus sortis de l'UHSA ? La transition vers un autre service psychiatrique ou le retour en détention implique souvent une modification des repères, des possibilités d'agir et des soins. Cette réflexion invite à penser l'intervention ergothérapeutique non seulement comme un accompagnement dans l'instant, mais aussi comme un maillon d'un parcours de soins vaste, à construire de manière cohérente et continue.

VII. Bibliographie.

Aebi, M.F., Cocco, E. & Molnar, L. (2023). *Prisons and Prisoners in Europe 2022: Key Findings of the SPACE I report*. (Series UNILCRIM 2023/2). Council of Europe and University of Lausanne

AFP. (2024, 30 avril). *Prisons : 77 450 détenus en France au 1er avril 2024, nouveau record de surpopulation carcérale*. *Le Nouvel Obs*. Consulté le 24 octobre 2024 à l'adresse <https://www.nouvelobs.com/societe/20240430.OBS87769/nouveau-record-historique-de-detenus-dans-les-prisons-francaises-avec-77-450-personnes-incarcerees.html>

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services Sociaux et Médico-sociaux. (2016, mai). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles*. Consulté le 26 février 2025 à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-synthese-hand-handicap_psychique-mai2016.pdf

Agence Nationale d'Appui à la Performance. (2019, mars). *Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires*. Consulté le 26 février 2025, à l'adresse <https://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/2510>

Allouch, E., Attigui, P., Chouvier, B., Kaës, R., Lavallée, G., Lecourt, E., Roussillon, R., & Vacheret, C. (2011). *Les médiations thérapeutiques* (A. Brun, Dir.). Erès.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/DSM-5_Manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf

ANFE. (2021, juillet). *Ergothérapie et santé mentale - Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie*. Consulté le 26 février 2025 à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf

ANFE. (2023, 28 novembre). *Qu'est ce que l'ergothérapie - ANFE*. Consulté le 24 octobre 2024 à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

ANFE. (2024, 21 novembre). *Règles professionnelles - ANFE*. Consulté le 25 novembre 2024 à l'adresse <https://anfe.fr/regles-professionnelles/>

Bagnères, C. (2014). *Le processus de création en ergothérapie, un acte symbolique à valeur initiatique ?* Dans F. Klein *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (p. 324). érès. Consulté le 22 avril 2025 à l'adresse <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/eres.klein.2014.01.0313>

Blanchet, M. (2015). *Un nouveau dispositif de soin : l'uhsa de l'idéal soignant à la réalité clinique...* Empan, 2015/4 n° 100. pp. 173-182. Consulté le 24 octobre 2024, à l'adresse <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/empa.100.0173>

Brokatzky, C. (2012). *Le cadre : des encours au processus soignant*. Santé Mentale, 2012 (172), p.28-31.

Cauvy, C. C., & Lesueur, M. L. (2021). *Le Village imaginaire, une thérapie médiatisée en UHSA*. ergopsy.com. Consulté le 26 novembre 2024, à l'adresse <https://www.ergopsy.com/pub/villagesimaginaires.pdf>

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2019, 25 septembre). *Programme Santé globale : un tremplin vers mon mieux-être*. Bienvenue au CIUSSS de la Capitale-Nationale - CIUSSSCN. Consulté le 31 janvier 2025 à

l'adresse

https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/NosServices/SanteMentale/PSG/DSMD_psg_loisir.pdf?utm

Centre national des ressources textuelles et lexicales. (s. d.). *Dignité*. Consulté le 26 mai 2025 à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/dignit%C3%A9>

Christiansen, C., & Townsend, E. (2003). *Introduction to Occupation : the Art and Science of Living*. Pearson.

Clavreul, H., De Neergaard Mathurin, R., Delourme, G., & Lachenal, F. (2022, 16 mars). *La réhabilitation psychosociale, pratique innovante en ergothérapie ?* anfe.fr. Consulté le 26 février 2025 à l'adresse <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/03/Webinaire-16-03-.pdf>

Code Pénitentiaire - Article R3214-3. (2010, 18 mai). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022232138

Code Pénitentiaire - Article R322-15. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492822

Code Pénitentiaire - Article R322-16. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492820

Code Pénitentiaire - Article R322-17. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492818

Code Pénitentiaire - Article R322-18. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492816

Code Pénitentiaire - Article R322-21. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492810

- Code Pénitentiaire - Article R322-27. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492796
- Code Pénitentiaire - Article R322-29. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492792
- Code Pénitentiaire - Article R322-30. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492790
- Code Pénitentiaire - Article R323-1. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045492766
- Code Pénitentiaire - Article R351-1 à R351-5. (2022, 30 mars). *legifrance.fr*. Consulté le 24 mars 2025 à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000045476241/LEGISCTA000045489290/#LEGISCTA000045492463
- Conseil de l'Europe. (2024). *Quelques définitions - Boîte à outils* - www.coe.int. Boîte à outils. Consulté le 26 octobre 2024 à l'adresse <https://www.coe.int/fr/web/echr-toolkit/definitions>
- Delbos, V., Emmanuelli, J., Danel, A., Schechter, F., Durand-Mouysset, S. (2018). *Évaluation des unités spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues*. Inspection générale de la justice, Inspection générale des affaires sociales. Consulté le 24 novembre 2024 à l'adresse https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/Rapport_UHSA_20190107.pdf
- Drolet, M.-J. (2022). *Qu'est-ce que la justice occupationnelle intergénérationnelle?* *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(1), 156–160. Consulté le 24 octobre 2024 à l'adresse <https://doi.org/10.7202/1087219ar>

- Durocher, E. (2017). *Occupational justice: A fine balance for occupational therapists*, dans D. Sakellariou & N. Pollard (dir.). *Occupational Therapy without borders. Integrating justice with practice*. (p. 8-18). Elsevier.
- Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France. (2023, 20 février). *Santé mentale de la population carcérale : résultat d'une nouvelle étude nationale et nouvelle feuille de route*. Consulté le 26 novembre 2024 à l'adresse <https://www.f2rsmpsy.fr/sante-mentale-population-carcerale-resultat-dru-ne-nouvelle-etude-nationale-nouvelle-feuille-route.html>
- Fovet, T., Eck, M., & Amad, A. (2024). *Épidémiologie des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire en France*. *Annales Médico-Psychologiques*, 182(2). Consulté le 23 novembre 2024 à l'adresse <https://www.clinicalkey.fr/#!/content/playContent/1-s2.0-S0003448723003232?returnurl=null&referrer=null>
- Fovet, T., Lancevelée, C., Wathelet, M., El Qaoubii, O., & Thomas, P. (2022, décembre). *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale*. Consulté le 24 novembre 2024 à l'adresse <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30838.pdf>
- Franck, N. (2021, décembre). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales médico-psychologiques, Revue psychiatrique*, 179(10), 2–4. Consulté le 26 février 2025 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.002>.
- Groupe Hospitalier Paul Guiraud. (2022). *Livret d'accueil des patients détenus hospitalisés à l'UHSA d'Île de France*. Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Villejuif - Site officiel. Consulté le 4 janvier 2025 à l'adresse https://www.gh-paulguiraud.fr/sites/default/files/2023-09/Livret_Accueil_UHSA_fevrier_2022.pdf
- Groupe Hospitalier Paul Guiraud. (2025, janvier). *Hiring Ergothérapeute – Temps plein - UHSA - H/F in Villejuif, Île-de-France, France - LinkedIn*. LinkedIn. Consulté le 31 janvier 2025 à l'adresse

<https://www.linkedin.com/jobs/view/ergotherapeute---temps-plein-uhsha-f-at-groupe-hospitalier-paul-guiraud-4127282515/?originalSubdomain=fr>

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

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2024, 23 septembre). *Santé mentale : la prison, un lieu de soin ?* · Inserm, *La science pour la santé*. Inserm. Consulté le 26 novembre 2024 à l'adresse
<https://www.inserm.fr/actualite/sante-mentale-la-prison-un-lieu-de-soin/>

Joan. (2015, 3 août). *Les 13 grands principes de la Réhabilitation Psychosociale*. Comme des fous – Changer les regards sur la folie. Consulté le 1er janvier 2025 à l'adresse
<https://commedesfous.com/rehabilitation-psychosociale/>

Klein, F. (2016). *Ergothérapeute, pour quoi faire ?* Dans Dirigé par H. Hernandez *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (2^e éd., p. 43-45, 50). De Boeck Supérieur. Consulté le 21 avril 2025 à l'adresse
<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dbu.herna.2016.01.0037>

Lançon, J.-F. (2014). *Curieux endroit pour une rencontre : une expérience d'ergothérapie pour les patients placés en isolement*. Dans F. Klein *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (p. 93-117). éres. Consulté le 21 avril 2025 à l'adresse
<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/eres.klein.2014.01.0093>.

Larousse. (2024). *Définitions : équilibre - Dictionnaire de français Larousse*. Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne. Consulté le 24 novembre à l'adresse
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/équilibre/30674>

Laulan, L. (2016). *La réinsertion sociale des patients psychotiques*. Dans Dirigé par H. Hernandez *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (2éd., p. 216). De Boeck Supérieur. Consulté le 21 avril 2025 à l'adresse <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dbu.herna.2016.01.0207>

Launois, M. (2015a). *Activités thérapeutiques*. ergopsy. Consulté le 1er janvier 2025 à l'adresse <https://www.ergopsy.com/activites-therapeutiques-a404.html>

Launois, M. (2015b). *La relation thérapeutique*. ergopsy. Consulté le 21 avril 2025 à l'adresse <https://www.ergopsy.com/pub/relationT.pdf>

Launois, M. (2019). *Réhabilitation psycho-sociale*. ergopsy. Consulté le 1er janvier 2025 à l'adresse <http://www.ergopsy.com/rehabilitation-psycho-sociale-a1059.html>

Launois, M. (2020). *Médiations projectives Des médiations projectives Médiations projectives*. ergopsy. Consulté le 29 décembre 2024 à l'adresse <https://www.ergopsy.com/mediations-projectives-a1095.html#:~:text=La%20m%C3%A9diation%20projective%20est,%20le,un%20changement%20intra-psychique%20possible.>

Launois, M. (2021a). *Activités thérapeutiques*. ergopsy. Consulté le 29 décembre 2024 à l'adresse <https://www.ergopsy.com/activites-therapeutiques-a404.html>

Launois, M. (2021b). *Activités et médiations Activités ou médiations ? Médiations impressives*. ergopsy, processus thérapeutiques en ergothérapie, en psychiatrie et addictologie. Consulté le 29 décembre 2024 à l'adresse <http://www.ergopsy.com/mediations-impressives-a1079.html>

Légifrance. (1998, 09 décembre). *Article D50 du Code de procédure pénale*. Consulté le 24 octobre 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006515227#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%2009%20d%C3%A9cembre%201998,-Modifi%C3%A9%20par%20D%C3%A9cret&text=Sont%20d%C3%A9sign%C3%A9es%20dans%20le%20pr%C3%A9sent,int%C3%A9rieur%20d'un%20%C3%A9tablissement%20p%C3%A9nitentiaire

Légifrance. (2021, 23 avril). *Article 222-32 du Code Pénal*. Consulté le 24

octobre 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043409377

Légifrance. (2022, 1er mai). *Article L6 du Code pénitentiaire*. Consulté le 26

octobre 2024 à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045480624

Matuska K. M., & Christiansen, C. H. (2008). *A proposed model of lifestyle balance*. Journal of Occupational Science, 15(1),9-19. Doi :10.1080/14427591.2008.9686602.

Ministère de la Justice. (2023, 15 juin). *La prise en charge en détention*.

Consulté le 24 octobre 2024 à l'adresse

<https://www.justice.gouv.fr/justice-france/prise-charge-personnes-condamnees-ou-prevenues/prise-charge-detention>

Ministère de la Justice. (2024, 8 avril). *Direction de l'administration pénitentiaire*. Consulté le 24 octobre 2024, à l'adresse

<https://www.justice.gouv.fr/ministere-justice/missions-organisation/direction-ladministration-penitentiaire>

Ministère de la Justice & Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, 2 juillet). *Feuille de route : Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022*. Consulté le 29 décembre 2024 à l'adresse

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fdr_sante_ppsmj_19_22.pdf

Ministère de la santé et de l'accès aux soins. (2023, 20 février). *Santé mentale en population carcérale : résultats de l'étude nationale et perspectives – Ministère de la santé et de l'accès aux soins*. Consulté le 26 novembre

2024

à

l'adresse

<https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/sante-mentale-en-population-carcerale-resultats-de-l-etude-nationale-et>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2011, 11 février). *Arrêté du 11 février 2011 relatif à la répartition entre l'État et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des unités spécialement aménagées, Annexe 1*. Légifrance. Consulté le 14 décembre 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr>

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-Mer, des Collectivités Territoriales et de l'Immigration, Ministère de la Justice et des Libertés. (2011, 18 mars). *Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 5 du 15 juin 2011*. Sante.gouv.fr. Consulté le 26 novembre 2024, à l'adresse https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste_20110005_0100_0076.pdf

Mon parcours handicap - AVQ. (2024). Monparcourshandicap.gouv. Consulté le 1er janvier 2025 à l'adresse <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/avq>

Observatoire des inégalités. (2021, 20 février). *Qu'est-ce que l'équité ?* Consulté le 26 octobre 2024 à l'adresse <https://www.inegalites.fr/Qu-est-ce-que-l-equite>

Observatoire International des Prisons. (2018, 6 juin). *Unités hospitalières spécialement aménagées : le coût éthique d'une meilleure prise en charge*. Oip.org. Consulté le 26 novembre 2024 à l'adresse <https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/>

Observatoire International des Prisons. (2022, 16 juillet). *Quelles activités sont proposées aux personnes détenues ?* Oip.org. Consulté 19 mars 2025, à l'adresse

<https://oip.org/enbref/quelles-activites-sont-proposees-aux-personnes-detenues/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022a, 17 juin). *Santé mentale : renforcer notre action*. World Health Organization (WHO). Consulté le 24 février 2025 à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022b, juin). *Troubles mentaux*. World Health Organization (WHO). Consulté le 10 février 2025 à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *Chapitre 12. L'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 269-357). Armand Colin.
<https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr>.

Pibarot, I. (2016). *Activité thérapeutique et ergothérapie*. Dans Dirigé par H. Hernandez *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (2^e éd., p. 30). De Boeck Supérieur. Consulté le 22 avril 2025 à l'adresse <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dbu.herna.2016.01.0025>

Raffaelli, R. (2017, janvier). *Auteure : Rosa RAFFAELLI FR Département thématique pour les droits des citoyens et Affaires constitutionnelles – Parlement européen PE 583.113 - Les conditions carcérales dans les États membres : normes européennes et bonnes pratiques sélectionnées*. Consulté le 24 octobre 2024 à l'adresse [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/583113/IPOL_BRI\(2017\)583113_FR.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2017/583113/IPOL_BRI(2017)583113_FR.pdf)

Reed, K., & Sanderson, S. (1999). *Concepts of occupational therapy* (4e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins. Consulté le 29 décembre

2024 à l'adresse
https://archive.org/details/conceptsofoccupa0000reed_h6d5/page/98/mode/2up

Rousset, M. (2023, janvier). *Guide prévention santé - Comment "bien" s'occuper ? - Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel*. anfe.fr. Consulté le 14 décembre 2024 à l'adresse <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/02/Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf>

Simonnet-Guéréau, B. (2014). *Construire la relation en ergothérapie Une histoire d'attachement ?* Dans F. Klein *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (pp. 194, 197-198). érès. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/eres.klein.2014.01.0193>.

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. (p.233) De Boeck Supérieur.

The World Medical Association. (2024, 13 décembre). *WMA - The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. WMA – The World Medical Association – The World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

Unafam. (2024, 23 novembre). *Vers le rétablissement*. Consulté le 26 février 2025 à l'adresse <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/vers-le-retablissement>

Van Luchene, A. (2015). *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*. VST - Vie sociale et traitements, 128(4), 53-59. Consulté le 22 avril 2025 à l'adresse <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/vst.128.0053>

Wagman, P., Håkansson, C., & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322–327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Weyeneth, M. (2004). 11. *Sémiologie psychiatrique. Psychiatrie et psychothérapie : Une approche psychanalytique* (p. 135-186). De Boeck Supérieur.

<https://shs.cairn.info/psychiatrie-et-psychotherapie--9782804146726-page-135?lang=fr>.

VIII. Annexes.

ANNEXE I : Guide d'entretien utilisé lors de l'enquête.

Légende pour les ANNEXES II et III.

ANNEXE II : Retranscription de l'entretien avec E1.

ANNEXE III : Retranscription de l'entretien avec E4.

ANNEXE IV : Tab. I : Tableau du codage des quatre entretiens réalisés.

ANNEXE I

Guide d'entretien utilisé lors de l'enquête :

Au début de l'entretien :

- Présentation du sujet : « L'objectif est de comprendre l'impact de l'ergothérapie sur l'équilibre occupationnel des patients-détenus adultes atteints de troubles psychiatriques en UHSA ».
- Définition des termes si besoin (patient-détenu).

Présentation des ergothérapeutes :

1. Pouvez-vous vous présenter rapidement en tant qu'ergothérapeute : votre année de diplôme, les structures dans lesquelles vous avez travaillé, depuis combien de temps vous travaillez en UHSA, et l'approche que vous utilisez.
2. Présentez-moi rapidement l'UHSA : la structure, les spécificités du travail en UHSA, la patientèle rencontrée et la journée type d'un patient-détenu.

Thème 1 : Équilibre occupationnel en UHSA

3. Connaissez-vous le concept d'équilibre occupationnel ?
 - ↳ Si oui : pouvez-vous m'en donner la définition ?
Si non : [définition à donner]
4. Utilisez-vous le concept d'équilibre occupationnel dans votre pratique en UHSA ?
 - ↳ Si oui, pourriez-vous me donner un exemple ?
 - Relance : Prenez-vous en compte la notion d'équilibre occupationnel dans votre accompagnement des patients-détenus en UHSA ?
 - ↳ Si oui, auriez-vous un exemple à me donner ?
5. Comment décririez-vous l'équilibre occupationnel des patients-détenus adultes atteints de troubles psychiatriques dans le contexte spécifique de l'UHSA ?
 - Relance : Pouvez-vous me donner un exemple d'une journée type d'un patient-détenu en UHSA ?
En terme d'équilibre occupationnel, comment décririez-vous cette journée ? (Diversité des activités, occupations signifiantes ou non, occupations en rapport avec les volontés des patients-détenus, en rapport avec ce qu'ils faisaient avant l'UHSA, ...)
 - Relance : Quelles sont les différences notables entre l'équilibre occupationnel de patients-détenus en

UHSA et celui de patients en hôpital psychiatrique ?

- Relance : Quels éléments vous semblent les plus marquants dans le quotidien des patients-détenus ?

6. Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées par les patients-détenus dans la gestion de leur équilibre occupationnel en UHSA ?

- Relance : Les difficultés des patients-détenus dans la gestion de leur équilibre occupationnel sont-elles plutôt de l'ordre de la motivation, de l'institution, de l'accès, d'autres aspects ?

7. Évaluez-vous, d'une manière ou d'une autre, l'équilibre occupationnel des patients-détenus que vous rencontrez en UHSA ?

↳ Si oui : Est-ce une priorité dans votre pratique et quels outils utilisez-vous ?

↳ Si non : Quelles en sont les raisons ?

- Relance : Prenez-vous en compte l'équilibre occupationnel des patients-détenus dans vos évaluations ?

Thème 2 : Interventions ergothérapeutiques et activités/médiations/interventions proposées :

8. Quels types d'activités, de médiations et d'interventions mettez-vous en place pour soutenir l'équilibre occupationnel des patients-détenus ?

↳ En quoi ces activités/médiations/interventions soutiennent-elles l'équilibre occupationnel des patients-détenus ?

↳ Y a-t-il d'autres éléments qui favorisent l'équilibre occupationnel des patients-détenus ?

- Relance : Donnez-moi des exemples concrets d'activités, de médiations ou d'intervention que vous proposez qui soutiennent l'équilibre occupationnel des patients-détenus.

9. Quels sont les principaux obstacles à la mise en œuvre de ces interventions ?

- Relance : Rencontrez-vous des obstacles à la mise en place de ces interventions ?

↳ Si oui : Ces obstacles sont-ils plutôt liés à des contraintes institutionnelles, aux patients-détenus eux-mêmes, à d'autres facteurs... ?

10. Comment adaptez-vous vos interventions face aux contraintes institutionnelles et aux besoins spécifiques des patients-détenus atteints de troubles psychiatriques ?

- Relance : Quelles sont les adaptations que vous avez dû mettre en place ?

- Relance : Avez-vous dû adapter votre pratique, du fait des contraintes institutionnelles, pour répondre aux besoins spécifiques d'un patient ?

↳ Si oui, lesquelles ?

Thème 3 : Impacts des médiations créatives

11. Utilisez-vous les médiations créatives dans votre pratique en UHSA ?

↳ Si oui : 12

↳ Si non : 12.B

12. Observez-vous des changements chez les patients-détenus suite aux interventions ergothérapeutiques utilisant les médiations créatives ?

↳ 13. Si oui, lesquels et y a-t-il une différence entre les différentes médiations créatives utilisées ? Pouvez-vous me donner un exemple ?

↳ Si non, comment l'expliqueriez-vous ? Pouvez-vous me donner un exemple ?

- Relance : L'utilisation de médiations créatives dans vos interventions en ergothérapie provoque-t-elle des changements de comportement, de motivation ou d'autres aspects chez les patients-détenus ?

12.B. Selon vous, en quoi ce type de médiation contribuerait-il à renforcer l'équilibre occupationnel des patients-détenus en UHSA ?

- Relance : Pensez-vous que l'introduction de médiations créatives pourrait favoriser une meilleure organisation du quotidien des patients-détenus ou une diversité dans leurs occupations ?

14. En UHSA, avez-vous observé des besoins ou des manques, en termes d'occupation, qui pourraient être diminués par les médiations créatives ?

↳ Si oui : Lesquelles et de quelle manière ?

- Relance : Selon vous, quels effets des médiations créatives pourraient avoir sur les besoins occupationnels des patients-détenus ?

15. Pensez-vous que l'intégration des médiations créatives en ergothérapie pourrait aider/aide les patients-détenus à structurer leur quotidien ?

- Relance : Avez-vous des exemples de médiations créatives déjà mises en place en UHSA qui ont contribué à structurer le quotidien des patients-détenus ?

16. (Optionnel) Décrivez-moi la journée type d'un patient-détenu en UHSA.

17. Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Notes pour les ANNEXES II et III :

Vous trouverez ci-dessous la légende vous permettant de repérer les citations ayant été utilisées dans la partie de présentation et d'analyse du texte et la partie de la discussion :

-  : Citations utilisées dans le thème 1.
-  : Citations utilisées dans le thème 2.
-  : Citations utilisées dans le thème 3.
-  : Citations utilisées dans le thème 4.
-  : Citations utilisées dans le thème 5.
-  : Citations utilisées dans le thème 6.
-  : Citations utilisées dans le thème 7.
-  : Citations utilisées dans la discussion.

De plus, les questions ne faisant pas initialement partie du guide d'entretien ont été nommées "... bis", "... ter", "... quater", "... quinquies", "... sixies", "... septies" et "... octies". Elles ne sont donc pas les mêmes en fonction de chaque entretien.

ANNEXE II

Retranscription de l'entretien avec E1 :

1 *Pour vous recontextualiser un petit peu, l'objectif de ma recherche est de*
2 *comprendre l'impact de l'ergothérapie sur l'équilibre occupationnel des*
3 *patients-détenus adultes atteints de troubles psychiatriques en UHSA.*

4 E1 : Oui. C'est spécifiquement sur l'UHSA alors ?

5 *Oui, exactement.*

6 E1 : Vous avez fait un stage, vous avez travaillé en USHA un moment ?

7 *Alors pas du tout, en fait je voulais m'intéresser au milieu carcéral et on m'a*
8 *demandé de préciser, de choisir un lieu, du coup j'ai fait des recherches et*
9 *l'UHSA correspondait mieux à ce que je souhaitais.*

10 E1 : D'accord, ok.

11 *Je vais vous poser des questions en trois grands thèmes, et puis si on a le*
12 *temps, je reviendrai sur quelques questions pour préciser.*

13 E1 : Oui.

14 *Question 1 : D'abord, je vais vous demander de vous présenter rapidement :*
15 *votre année de diplôme, les structures dans lesquelles vous avez travaillé et*
16 *depuis combien de temps vous travaillez en UHSA.*

17 E1 : Oui, alors j'ai eu mon diplôme [...] en 2007, ensuite je suis partie un an au
18 Canada étudier les Arts Plastiques, je suis revenue et j'ai travaillé un an dans une
19 clinique psychiatrique en hôpital de jour.

20 *D'accord.*

21 E1 : Je suis repartie environ un an pour voyager et je suis revenue pour travailler à
22 l'hôpital psychiatrique en 2010. J'y suis toujours. J'ai d'abord travaillé dans un service
23 d'intrahospitalier de secteur, enfin en majorité en "intra" et un petit peu au CATTP du
24 même secteur.

25 *D'accord.*

26 E1 : Et depuis 2013, je suis à l'UHSA.

27 *Ok, super. Quelle approche vous utilisez dans vos interventions en*
28 *ergothérapie ?*

29 E1 : J'ai une orientation psychanalytique.

30 Question 2 : *D'accord, ok. Est-ce que vous pourriez me présenter rapidement*
31 *l'UHSA, la structure, les spécificités du travail en UHSA, la patientèle*
32 *rencontrée.*

33 E1 : Oui. Alors l'UHSA c'est donc une structure, mais ça vous devez le savoir, c'est
34 un service qui est dans l'hôpital. Qui est rattaché, pour l'UHSA dans lequel je
35 travaille, à la prison [nom]. Il reçoit des patients-détenus qui viennent des prisons
36 [zone géographique]. C'est une structure qui peut recevoir des patients à partir de
37 l'âge où il peut être incarcéré. Donc les plus jeunes qu'on ait eu avaient 15 ans. Ils
38 sont censés quand même, enfin, c'est très rare qu'on ait des mineurs. Sinon ce sont
39 des patients adultes. Et c'est une structure qui accueille des hommes et des femmes,
40 ce qui n'est pas le cas en détention : les hommes et les femmes sont séparés. Là,
41 pareil, les mineurs, il y a des accueils un peu différents pour eux mais ils sont, enfin
42 voilà, c'est un seul service qui reçoit majeurs, mineurs, hommes et femmes. Il y a
43 trois unités dans l'UHSA de [ville]. C'est en train de changer à nouveau, on vient de
44 changer de chef de pôle, donc dans l'organisation du service il y a des changements
45 qui sont en train de se refaire. Du coup ce qui s'annonce, c'est à nouveau de
46 travailler avec des unités en séquentiel : avec une unité une de "crise", on va
47 l'appeler comme ça même si ce n'est pas son nom officiel c'est pour décrire ce qu'il
48 s'y passe, une unité deux de psychiatrie générale on va dire et une unité trois pour
49 des patients plus stabilisés cliniquement avec des patients pour lesquels il a été
50 décidé qu'ils étaient trop fragiles pour retourner en détention et qu'il y avait un travail
51 à faire autour de la reconnaissance de la maladie, un travail plus psycho-social aussi.
52 Fin voilà.

53 *D'accord, super merci.*

54 E1 : Et vous aviez une autre question. Pardon, je crois que la fin de la question je n'y
55 ai pas répondu.

56 *Je vous ai demandé la patientèle rencontrée mais vous m'avez déjà un peu*
57 *répondu.*

58 E1 : Oui, sinon ce que je voudrais dire par rapport au service où je travaillais avant
59 qui était un service de secteur classique, c'est que la patientèle est plus jeune quand
60 même. Globalement. Et après ça va dépendre des secteurs pour les origines
61 sociales, mais c'est quand même généralement des gens qui ont des niveaux de
62 vie... Qui sont très défavorisés socialement. Plus que dans le secteur où je travaillais
63 avant. Et aussi, une plus grande partie des patients qu'on reçoit qui sont issus de
64 l'immigration première ou deuxième génération. Ce sont les choses qui m'ont
65 interpellées quand je suis arrivée dans le service il y a quelques années. Il y a plus
66 de 10 ans en fait. Ça commence à faire quelques années.

67 *Mais du coup c'est toujours le cas au bout de 10 ans.*

68 E1 : C'est toujours le cas, oui.

69 *D'accord. Ok.*

70 E1 : Et puis, si, beaucoup moins de femmes aussi. Ce qui est le cas en détention en
71 général.

72 *Oui.*

73 E1 : En fait, la population qu'on reçoit en UHSA est représentative de la population
74 incarcérée en France : beaucoup moins de femmes, des gens très jeunes issus de
75 milieux défavorisés. Et beaucoup aussi la question de l'immigration, mais ça c'est
76 peut-être plus spécifique à [lieu].

77 Question 3 : *D'accord. Super. Du coup on va pouvoir commencer avec le*
78 *premier thème : l'équilibre occupationnel en UHSA. Est-ce que vous*
79 *connaissiez le concept d'équilibre occupationnel ?*

80 E1 : Non, pas vraiment. Si vous pouviez me réexpliquer en deux mots.

81 *Pas de soucis. J'ai pris une définition de Reed et Sanderson, ce sont des*
82 *ergothérapeutes professeures en ergothérapie on va dire, donc elles*
83 *définissent ça comme "la façon de gérer l'occupation d'une manière qui soit*
84 *significative ou signifiante sur le plan personnel et qui réponde aux exigences*
85 *de rôles."* Du coup chaque équilibre occupationnel est différent pour chaque

86 *personne. Donc en fait c'est la manière de gérer les différentes occupations*
87 *d'une personne, qu'elle doit faire ou qu'elle veut faire, en fonction de ses rôles*
88 *aussi, et que cette gestion soit équilibrée pour la personne.*

89 E1 : D'accord.

90 *Est-ce que c'était clair pour vous ?*

91 E1 : Alors, j'avais une petite idée quand vous parliez d'équilibre occupationnel, mais
92 c'est vrai que c'est des termes que je n'ai pas du tout entendu à l'école, je pense
93 qu'ils sont plus récents que ça. Mais pareil j'entends parler d'occupations
94 significatives et signifiantes depuis quelque temps. Donc oui, je me représente un
95 peu ce que ça peut être.

96 *Question 4 : D'accord. Est-ce qu'avec la définition que je vous ai donnée vous*
97 *utilisez un peu ce concept d'équilibre occupationnel dans votre pratique, sans*
98 *forcément lui donner ce nom-là ?*

99 E1 : Je ne pense pas vraiment. J'entends qu'il est intéressant, mais je n'ai pas
100 vraiment l'impression qu'il puisse s'appliquer dans la manière dont je reçois les
101 patients, à ce qu'on fait à l'atelier. On essaye de travailler à partir du désir du patient,
102 je pense que la question de désir à quand même une place dans l'équilibre
103 occupationnel tel que vous le décrivez.

104 *Oui, tout à fait.*

105 E1 : Mais on ne reprend pas particulièrement des activités significatives ou
106 signifiantes du patient, dans le sens où l'on va faire à partir de ce que l'on a à l'atelier
107 surtout, ce qui ne va pas être les activités du quotidien. Sachant que les activités du
108 quotidien du patient, s'il vit en détention, sont particulièrement réduites, pas
109 forcément choisies et que les activités du quotidien à l'extérieur, ne sont pas
110 forcément mises en place. Enfin, je ne sais pas. Peut-être qu'avec la suite de vos
111 questions on va déblayer un peu ça.

112 *Question 5 : Et bien déjà, comment décririez-vous l'équilibre occupationnel*
113 *des patients-détenus adultes atteints de troubles psychiatriques en UHSA ?*

114 E1 : Alors, quand les patients arrivent, ils sont très malades en général. S'ils arrivent
115 jusqu'à l'UHSA, en général, ce sont globalement des psychoses décompensées,

116 schizophrénie ou paranoïa, mais ce sont des gens qui sont, en termes d'occupations,
117 un eu déboussolés, qui ne font pas grand-chose à part délirer. Je vais un peu
118 peut-être dans l'exagération, mais ce sont des gens qui sont très désinsérés
119 socialement et qui sont très désinsérés de leurs occupations habituelles.

120 *D'accord, donc en fait ce sont des personnes qui, selon vous, ont un équilibre*
121 *occupationnel qui n'est pas équilibré c'est ça ?*

122 E1 : Oui, c'est ça. Il est rare qu'un patient qui arrive ait pu conserver des habitudes
123 quotidiennes. En général justement, c'est qu'il y a quelque chose qui ne va plus de
124 ce côté-là non plus. C'est ça qui va alerter en détention. Parce que souvent, en
125 détention, ce sont les surveillants qui vont donner l'alerte, dire qu'il y a quelque chose
126 qui ne va pas. Et pour que les surveillants s'en rendent compte, c'est que justement
127 le quotidien, les relations, il y a quelque chose qui les interpelle.

128 *Oui je vois.*

129 E1 : C'est vraiment sur ce qui est flagrant.

130 *Ce sont vraiment des personnes envahies par leur maladie alors qui arrivent*
131 *dans l'UHSA.*

132 E1 : Oui.

133 *Vous vouliez dire autre chose ?*

134 E1 : Oui, en fait je suis en train de me dire que peut-être la place de l'occupation,
135 quand j'ai appris l'ergothérapie en psychiatrie, l'occupation c'est vraiment l'activité.
136 On ne parlait pas d'occupation, on parlait de médiation mais c'était vraiment le
137 support à la relation. Et finalement en psychiatrie, l'occupation en soi n'avait pas
138 d'autre valeur que d'être le support à la médiation. Alors que là, dans ce que vous
139 présentez, c'est l'occupation qui prend la valeur d'objectif quelque part.

140 *En fait, le but c'est d'arriver à un équilibre occupationnel. Donc, ...*

141 E1 : Oui c'est ça, donc l'équilibre occupationnel c'est quand même l'équilibre des
142 occupations.

143 *Oui, c'est ça. Mais par contre, ça n'empêche pas de passer par les médiations*
144 *et la relation médiatisée.*

145 E1 : Oui, mais du coup la relation n'est plus vraiment le but.

146 *Non, enfin elle est un but premier disons. Pour accéder à l'équilibre*
147 *occupationnel.*

148 E1 : Oui.

149 Question 6 : *Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées*
150 *par les patients-détenus dans la gestion de leur équilibre occupationnel ?*

151 E1 : Alors, à l'UHSA, une des choses qui va les restreindre, ça va être les restrictions
152 institutionnelles essentiellement. C'est un fonctionnement avec des horaires très
153 définis, avec un accès à l'extérieur, comme en détention, qui sera sur des horaires.
154 C'est encore plus strict qu'en détention dans le sens où en détention, les détenus ont
155 dans leur cellule de quoi se faire à manger, ils peuvent fumer quand ils veulent, boire
156 un café quand ils veulent. À l'hôpital, ils ont accès à leur chambre pour dormir, dans
157 leur chambre ils n'ont pas grand-chose, certainement pas de quoi se faire un café,
158 d'ailleurs même en salle commune ils ne peuvent pas se faire un café quand ils
159 veulent parce que c'est le matin et à 16h pour la collation. Donc en fait, ils ont des
160 activités qui sont organisées, ... Enfin, je suis un peu triste de la tournure que
161 prennent les choses dans l'UHSA dans lequel je travaille parce que justement il y a
162 de moins en moins de possibilité de faire des choix un peu subjectifs par rapport aux
163 activités. Les dernières années, l'ergothérapie pouvait être un soin accessible aux
164 patients depuis les trois unités et là depuis lundi c'est terminé, ce n'est plus à l'unité
165 une. Donc les patients en situation de "crise", entrant, qui vont le plus mal, n'ont plus
166 accès à l'ergothérapie. J'ai essayé d'argumenter auprès de la cheffe de pôle que
167 justement, ce qu'elle veut mettre en place dans cette unité-là, les objectifs qu'elle
168 veut mettre en place, je ne sais plus comment elle a appelé ça... En gros il y a une
169 histoire de compliance aux soins. Et je me suis dit, la compliance aux soins je peux
170 peut-être argumenter pour que l'ergothérapie ait sa place, parce que s'il n'y a plus
171 rien d'autre que le traitement médicamenteux et u nursing, il y a un moment où
172 comment obtenir la compliance si le patient n'a le choix de rien. Donc voilà, je me
173 suis dit, si on propose un atelier auquel ils peuvent choisir de venir ou de ne pas
174 venir, quelque chose de très ouvert, ... Bref, c'est un argument qui n'a pas porté. Tout
175 ça pour dire que, malheureusement, je trouve qu'à l'unité une les patients ont très
176 peu le choix des activités qu'ils peuvent faire, c'est très restreint. C'est moins le cas à

177 l'unité trois, où en plus les patients vont mieux donc ils sont plus aptes à s'occuper et
178 à faire des choix, à se mobiliser, ne serait-ce que pour aller faire un jeu de société. Et
179 il y a quand même beaucoup de choses qui sont imposées, même des groupes
180 auxquels ils participent.

181 *D'accord, donc pour reprendre ce que vous dites, les freins sont plus du côté*
182 *de l'institution.*

183 E1 : Oui. Mais ça, les UHSA ont des fonctionnements assez différents les unes des
184 autres donc ça c'est plutôt spécifique à l'UHSA de [ville].

185 *Oui, j'ai vu ça dans mes recherches. Justement c'est pour ça que c'est très*
186 *intéressant d'avoir plusieurs entretiens avec des ergothérapeutes d'UHSA*
187 *différents pour avoir plusieurs retours et voir les différences justement.*

188 E1 : Je ne sais pas qui est-ce que vous avez pu interpellé, mais je crois que l'UHSA
189 de [ville] est beaucoup plus souple en termes de cadre. Ce n'est pas qu'il n'y a pas
190 de cadre, mais il y a un ajustement peut être, qui est un peu plus du cas par cas. À
191 l'inverse, l'UHSA de [ville], alors je ne sais pas comment elle fonctionne aujourd'hui
192 mais quand j'avais rencontré des gens de là-bas, c'est un fonctionnement très très
193 pénitencier où les patients n'avaient même pas vraiment de salle commune, ils
194 passaient beaucoup de temps en chambre, comme une cellule. Donc je ne sais pas
195 si ça a changé depuis.

196 *Ça tombe très bien puisque je vais avoir entretien l'ergothérapeute de l'UHSA*
197 *de [ville] et avec l'ergothérapeute qui travaille à l'UHSA de [ville].*

198 E1 : Bon très bien, vous en saurez beaucoup plus que moi alors.

199 Question 6bis : Non du coup, par contre, vous disiez qu'il y a une grosse
200 différence de gestion, comment vous l'expliqueriez ?

201 E1 : Entre les UHSA ?

202 *Oui.*

203 E1 : Parce que l'UHSA ce n'est pas très vieux. C'est un projet, je ne sais pas
204 pourquoi il n'a pas été défini en termes de fonctionnement, mais en effet chaque
205 chef.fe de pôle a été libre de construire un peu son UHSA à sa manière. À chaque
206 fois, l'hôpital dans lequel ça a été créé a choisi le fonctionnement. Nous, notre cheffe

207 de pôle avait travaillé à l'UMD, avait ce souvenir-là, a travaillé en détention, elle s'est
208 dit "je vais calquer le fonctionnement de l'UHSA sur celui de l'UMD". Bon avec des
209 petites différences, ce n'est pas tout à fait pareil, mais bon. Alors que c'est faux parce
210 que l'UMD ça a été pensé déjà à une époque, il y a très très longtemps pour le coup,
211 et pour des patients difficiles. L'UHSA, on se retrouve avec une population qui est
212 quand même relativement difficile en termes de clinique parce qu'il n'y a pas
213 beaucoup de place en psychiatrie et que du coup les gens quand ils arrivent à
214 l'UHSA en général c'est ceux qui vont le plus mal, mais ce ne sont pas tous des
215 malades difficiles. Et puis il y en a qui vont très mal et puis qui s'améliorent aussi
216 cliniquement très rapidement, donc ... C'est des choix qui ont été fait. L'UHSA de
217 Lyon c'était la première qui a été ouverte donc peut-être que ça explique un
218 fonctionnement un peu pénitencier et puis l'UHSA de Marseille, je crois que c'est la
219 dernière. Donc il y a l'expérience de toutes les autres UHSA, il y a eu une
220 observation de comment ça s'est fait. Parce qu'il y a des rencontres assez régulières
221 inter-UHSA, je pense que c'est l'occasion aussi pour les chef.fe de pôle de se
222 rencontrer, de discuter de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas.

223 *Question 7 : D'accord, je ne savais pas ça. C'est intéressant. Avec la définition*
224 *que je vous ai donné de l'équilibre occupationnel, est-ce que vous évaluez,*
225 *d'une manière ou d'une autre, l'équilibre occupationnel des patients-détenus*
226 *que vous rencontrez en UHSA ? Quand je dis est-ce que vous évaluez*
227 *l'équilibre occupationnel, ça peut être des observations, des entretiens, des*
228 *évaluations normées mais vous me disiez que vous n'utilisiez pas l'équilibre*
229 *occupationnel.*

230 E1 : Oui, quand je rencontre les patients, que ce soit dans l'unité ou à l'atelier s'ils
231 ont eu une prescription, je n'ai pas de fiche d'évaluation ou quoi que ce soit mais
232 j'évalue quand même les capacités du patient à se mettre en activité, à faire des
233 choix etcetera par l'observation. Je ne dirai pas que j'oriente cette évaluation
234 spécifiquement autour de l'activité, mais ça fait quand même vraiment partie de ce
235 que je regarde puisque c'est ce que je leur propose de se mettre en activité. Est-ce
236 qu'ils sont capables de s'orienter vers une activité ou une autre, est-ce qu'ils sont
237 capables à partir de ce choix de réaliser quelque chose ou est-ce qu'ils sont
238 complètement désorganisés. De se repérer dans le temps, est-ce qu'ils ont fait à
239 l'atelier s'inscrit d'une séance sur l'autre.

240 *D'accord, oui.*

241 E1 : Et puis quand même en général lors des premières rencontres on parle quand
242 même, s'ils sont d'accord, de ce qui les animent, de ce qui les occupe à l'extérieur,
243 des activités qu'ils aiment faire. J'essaye, parce que parfois les patients n'ont pas
244 trop idée de ce qu'ils pourraient faire à l'atelier ou pas très envie de parler de
245 l'hôpital, donc on parle de l'ailleurs, de ce que peut être leur vie dans un autre lieu.

246 *Oui donc en fait, vous n'évaluez pas en tant que tel l'équilibre occupationnel,*
247 *mais quand même il y a des composantes que vous observez et dont vous*
248 *discutez avec les patients-détenus.*

249 E1 : Oui. Et puis je vous disais on fait à partir de ce qui est à l'atelier mais je dis
250 toujours aux patients que si eux ont une idée d'une activité qu'ils aimeraient vraiment
251 faire et qu'on n'a pas le matériel, faut quand même qu'ils puissent s'autoriser à le dire
252 parce qu'à partir de là on peut peut-être essayer de faire quelque chose, on peut
253 même exceptionnellement faire entrer du matériel. Il y a des choses qu'on n'a pas
254 mais qu'on peut faire entrer. D'autres qu'on n'a pas qu'on ne peut pas mais ... Il est
255 arrivé aussi que des patients fassent des choses qui ne soient pas du tout ce qu'on
256 fait d'habitude, mais on s'est débrouillés à partir de quelque chose qui leur tient
257 vraiment à cœur.

258 *D'accord, c'est super. On va passer au deuxième thème, qui concerne les*
259 *e-interventions ergothérapeutiques et les activités, médiations et interventions*
260 *proposées et mises en place.*

261 E1 : Oui.

262 Question 8 : *Alors, quel type d'activités, de médiations et d'interventions*
263 *mettez-vous en place pour soutenir l'équilibre occupationnel des*
264 *patients-détenus ?*

265 E1 : On a des séances individuelles ou de groupe. Les groupes il y en a des ouverts,
266 des fermés, des groupes qui se déroulent dans l'unité et d'autres à l'atelier. Si je fais
267 un groupe dans une unité je peux le mener seule, si je fais un groupe à l'atelier, si je
268 reçois plus d'un patient à l'atelier, il faut qu'on soit deux pour le coanimer. Donc
269 actuellement comme on est en difficulté en termes de nombre : je n'ai plus de
270 collègue ergothérapeute, il n'y a plus beaucoup d'infirmiers, donc je ne fais pas

271 beaucoup de groupes avec des collègues. Mais j'en ai fait par le passé autour du
272 conte, avec la réalisation d'une fresque autour d'un conte qu'on lit ensemble.
273 Actuellement je fais quand même un atelier de couture avec une collègue infirmière à
274 l'atelier d'ergothérapie. Ça prend différentes formes, là un patient voulait absolument
275 faire une sacoche pour pouvoir transporter ses affaires, un autre qui voulait recoudre
276 son pantalon, un qui veut faire une décoration. C'est vraiment à partir de ce que
277 veulent faire les patients, la couture. On oriente un peu le type de production mais
278 finalement ce sont des choses assez variées. On n'a plus d'atelier collectif en ce
279 moment, là le groupe que je faisais à l'unité une viens, du coup, de s'arrêter, mais je
280 vais le proposer dans une autre unité. C'était un atelier dessin-peinture très ouvert,
281 ou en fait le lundi matin, à l'unité une, je mets du matériel de dessin et de peinture
282 sur des tables que je rassemble pour faire une grande table dans la salle de repas
283 qui est généralement fermée sinon. Les patients sont libres de passer, ça dure 1h15,
284 faire des aller-retours, faire quelque chose s'ils le souhaitent ou juste regarder.
285 Actuellement je ne fais pas d'autre groupe. Sinon, en médiation à l'atelier, on a de la
286 couture donc, mais aussi du cuir, on peut faire de la couture sur cuir ou des objets en
287 cuir, peinture, dessin, mosaïque, modelage, on a un ordinateur qui n'est pas relié à
288 internet pour des raisons pénitenciaires mais sur lequel les patients écrivent et
289 impriment des textes, on a des t-shirts, il y a pas mal de patients qui font de la
290 peinture sur t-shirt ou sur des sacs en tissus. Des masques aussi, les masques ça a
291 du succès aussi, des masques neutres que les patients mettent en peinture. Des
292 boîtes aussi, on a plusieurs types de contenants en fait : que ce soient des
293 vêtements, des boîtes, des masques, tout ça. On a des petites perles aussi, c'est
294 rare que je le propose mais parfois il y a des gens qui veulent faire des petites perles.
295 De la peinture sur soie aussi, on a, pareil on n'a pas le matériel idéal pour faire de la
296 peinture sur soie avec des cadres etcetera. C'est vraiment comme des petits...
297 Comme des mandalas en fait la peinture sur soie. On a du contre-plaqué, une scie
298 pour faire des petits travaux en bois, pour découper des supports surtout, pour la
299 mosaïque ou pour faire de la pyrogravure, des choses comme ça. Puis après on a un
300 peu de matériel comme ça, genre on a de quoi faire du papier maché, de quoi faire
301 du plâtre, du grillage, des petites pinces, des petits trucs qui peuvent servir mais qui
302 ne sont pas liés à une médiation spécifique.

303 *Question 8bis : D'accord, c'est génial, vous avez pleins de choses. Est-ce*
304 *que... Comment, selon vous, ces activités et ces groupes que vous proposez*
305 *soutiennent l'équilibre occupationnel des patients-détenus ?*

306 E1 : Comme je vous le disais, c'est un lieu où je leur propose de se mettre en activité
307 là où, finalement, ils se mettent peu en activité à l'UHSA, et en plus l'activité dont ils
308 ont le choix. Alors c'est un choix qui est un peu restreint quand même, mais c'est
309 surtout des activités de médiations créatrices on va dire, d'arts plastiques. Mais c'est
310 eux qui vont devoir choisir ce qu'ils font. En ça, ça amène le patient à se positionner,
311 à échanger autour de ce qu'il a envie de faire. Comment je pourrais répondre
312 différemment à votre question ?

313 *C'est très bien déjà !*

314 E1 : Ah ! Ce n'est pas tout à fait l'équilibre occupationnel, mais par exemple là, il y a
315 un patient qui partait, c'était sa dernière séance aujourd'hui, et en fait il a fait un objet
316 pour l'endroit où il allait ailleurs, juste pur décorer, mais c'est une manière d'investir le
317 lieu d'après et c'est se mettre au travail pour l'investir. Alors, ce n'est pas vraiment
318 l'équilibre occupationnel mais... Investir le lieu où il va c'est quand même aussi une
319 manière de se préparer à se mobiliser quoi. Ne serait-ce que psychiquement.

320 *Question 9 : Ok, c'est parfait. De toute manière, on va revenir un peu sur cette*
321 *question après. Quels sont les principaux obstacles à la mise en œuvre de ces*
322 *groupes et de ces interventions du coup ?*

323 E1 : Je dirai quand même que le principal obstacle, c'est la raison pour laquelle les
324 patients sont là, c'est leur maladie. Après, c'est ce autour de quoi on va aussi
325 essayer de travailler. Oui, l'idée est quand même une réduction symptomatologique,
326 une réduction de la souffrance, c'est ça les objectifs premiers de l'ergothérapie
327 quand même. Donc c'est par la mise en activité qu'on va y arriver, mais c'est... Enfin
328 qu'on essaye en tout cas. Et par le lien qui se crée à partir de là... Heu... J'ai oublié ta
329 question.

330 *Pas de soucis, il n'y a pas de problèmes. Là, les obstacles principaux pour...*

331 E1 : Oui, les obstacles. Oui tu vois, je mettais ça du côté de la maladie, après des
332 obstacles, on peut dire qu'il y a des obstacles architecturaux liés au contexte carcéral
333 ou hospitalier. Par exemple on n'a pas d'accès à l'extérieur, on ferait d'autres

334 activités si on avait un accès à... Ne serait-ce qu'aller faire des sorties à la
335 bibliothèque si c'est quelque chose que le patient a investi énormément. Oui, je
336 pense que je me centrerais plus sur des activités significatives ou signifiantes, je ne
337 sais pas lequel des deux choisir. Mais si j'avais un accès à l'extérieur et un accès à la
338 possibilité d'aller faire des courses avec le patient ou... Ne serait-ce qu'un accès à
339 une cuisine, pour faire de la cuisine avec un patient. Ce que je faisais dans le service
340 où j'étais avant.

341 *D'accord, oui ça restreint beaucoup.*

342 E1 : Oui.

343 *Question 9bis :* Là vous dites, du coup, est-ce que ça serait possible par
344 exemple, d'envisager de mettre une cuisine, s'il y avait les moyens etcetera,
345 ou est-ce que le cadre pénitentiaire fait que ça ne serait pas possible ?

346 E1 : Alors ce n'est pas le cadre pénitentiaire pour la cuisine parce que, dans les
347 unités, il y a des espaces où, moyennant des attentions portées à l'hygiène, je
348 pourrais cuisiner. Mais, en fait, il y a aussi autre chose, c'est que la cuisine, par
349 exemple à l'unité trois, c'est une activité qui est investie par les infirmiers. D'une
350 autre manière. Mais du coup, j'ai jamais trop mis les pieds parce qu'il y a des choses
351 comme ça que je ... Il y a des sensibilités on va dire. En fait, ils ont peu accès à des
352 activités un peu de ce type là les infirmiers, et ils n'ont pas beaucoup investi des
353 activités qu'on leur a proposé de faire en binôme, donc quand ils ont investi une
354 activité, je leur laisse en gros. Et la cuisine, même s'ils ne le font pas beaucoup, c'est
355 un truc qu'ils défendent. Donc je me dis tant mieux, c'est investi de cette manière,
356 alors peut-être que moi je le ferais différemment, ou peut-être que je le ferais en
357 séance individuelle avec un patient... Je me rappelle dans le service où j'étais avant,
358 il y avait une dame qui était assez déprimée, et puis un jour elle m'a raconté qu'elle
359 adorait faire des cakes aux fruits, sauf que les fruits tombaient toujours et du coup
360 elle avait envie de refaire un cake aux fruits. On avait travaillé là-dessus, enfin à
361 partir de là, mais... Donc là tu vois, ce sont des choses que du coup je ne m'autorise
362 pas trop à faire, mais ce n'est pas vraiment lié... Pour le coup la cuisine ce n'est pas
363 forcément lié à l'architecture.

364 *Oui c'est plus dans l'équipe on va dire...*

365 E1 : Oui.

366 *D'accord. Des répartitions de rôles un petit peu.*

367 E1 : Oui.

368 *Question 10 : D'accord. OK. Alors, justement, comment adaptez-vous vos*
369 *interventions faces aux contraintes, qu'elles soient institutionnelles ou dues*
370 *aux maladies, dues aux répartitions des rôles. Donc comment adaptez-vous*
371 *vos interventions face à ces contraintes et face aux besoins spécifiques des*
372 *patients ?*

373 E1 : Face à la contrainte que représenta la maladie, ça va être d'adapter le cadre,
374 alors je parlais des différents types d'ateliers, mais par exemple l'atelier
375 dessin-peinture qui était très ouvert, il était proposé à l'unité une, dans le sens où
376 c'était un atelier qui n'était pas axé... Enfin l'idée, c'était vraiment de proposer un lieu
377 que les patients puissent investir ou non, qu'ils acceptent la proposition ou non, mais
378 qui n'y ait pas de demande. Que ce soit vraiment, à minima, un lieu où le sujet choisit
379 ou non d'aller. Et puis, s'il y est, il se met en activité mais on parle très peu de ce qu'il
380 fait. Je suis là pour accompagner, pour accueillir, mais, finalement, ce sera un lieu où
381 le patient peut déjà un petit peu se mettre en mouvements et je décris ça parce que,
382 en fait, j'ai essayé de penser le groupe au plus près de ce que les patients pouvaient
383 faire à ce moment-là de l'hospitalisation. Alors du coup, je n'ai pas... ce n'est pas cas
384 pour tous, parce qu'ils n'ont pas tous la même pathologie et qui ne s'exprime pas
385 tous de la même manière, mais je me disais que c'était plus accessible pour des
386 patients qui allaient moins bien. Et, à l'inverse, à l'unité trois, où les patients sont plus
387 stabilisés, j'avais proposé un atelier conte, qui est un travail où l'idée ça va être de se
388 mettre en activité en groupe pour faire une fresque commune. Et donc de se
389 positionner par rapport aux autres dans le groupe, de faire ensemble, de faire... Ça
390 demande aussi d'être en capacité d'être attentif à l'autre. Donc oui, une des
391 premières choses je dirais, c'est d'adapter la proposition à l'état clinique du patient,
392 pour lui permettre de se saisir de ce que je propose. Après, oui, adapter, même dans
393 les séances individuelles, il y a des patients par exemple, je vais les voir à heure très
394 fixe de manière très régulière, parce que ça les rassure d'avoir un cadre très régulier,
395 et c'est ça qui va faire qu'avec le temps ça va s'inscrire. À l'inverse de patients pour
396 qui il faut être là au moment où ils sont disponibles et pas à un autre moment. Et puis

397 ce sera des séances beaucoup plus courtes mais il y en aura deux fois par semaine
398 alors que... Là récemment à l'inverse, il y a un monsieur qui vient me demander de
399 réduire les séances à une semaine sur deux parce qu'il se retrouvait à devoir refuser
400 de venir, parce que lui voulait une semaine sur deux, et ça le mettait dans une
401 position hyper inconfortable de me dire donc. Du coup il m'a demandé, j'ai trouvé ça
402 super qu'il puisse me demander, en fait on organise pour que ça soit une semaine
403 sur deux, comme ça à chaque fois il peut me dire oui.

404 *Ah oui, c'est super.*

405 E1 : Donc c'est essayer d'être attentif à ce que veut le patient, à faire du cas par cas.

406 *C'est une adaptation aux besoins spécifiques et aux capacités entre*
407 *guillemets, que les personnes peuvent avoir au moment présent.*

408 E1 : Oui.

409 *Question 10bis : D'accord. Alors je reprends, parce que vous m'avez répondu*
410 *par rapport aux contraintes liées à la maladie, et du coup comment vous*
411 *adaptez vos interventions face aux contraintes plus institutionnelles ?*

412 E1 : Je fais avec on va dire. Ça fait partie des choses qui sont un peu immuables, par
413 exemple... Il y a des choses qu'on peut essayer de faire entendre, et puis il y a des
414 choses qui sont des règlements, et il faut savoir faire avec le règlement. Et même
415 c'est intéressant aussi de composer à partir de là. Même si parfois ça peut paraître...
416 Je pense... Il y a différentes choses, le fait de devoir travailler avec un collègue pour
417 les groupes, bon ba voilà, on pause... Alors parfois c'est pénible parce que du coup il
418 n'y a pas de collègue disponible ou c'est difficile parce qu'on n'a pas les mêmes
419 plannings avec les infirmiers, donc là on voyait avec ma collègue que le prochain
420 atelier couture serait dans un mois, c'est très dommage, mais bon on ne va pas
421 pouvoir faire... Enfin, on ne travaille aucun jour en commun sinon donc on ne va pas
422 pouvoir le faire. Et donc ça c'est dommage, après il y a des contraintes avec
423 lesquelles justement ça nous invite à être plus créatifs. D'autres... Par exemple la
424 limite qu'on a pour certains matériaux, et bien du coup on va devoir faire avec autre
425 chose, inventer une autre manière, le patient va réfléchir à comment il peut faire
426 parce qu'on n'a pas de clous mais il veut quand même faire une espèce d'essieux
427 avec une roue qui tourne, donc voilà, ça invite à inventer. Et après il y a des

428 contraintes franchement pénibles comme... Mais qui sont nécessaires sur un plan... Il
429 y a de la contrainte de l'hôpital mais de la contrainte pénitentiaire aussi. Par exemple,
430 tous les patients qui viennent à l'atelier d'ergothérapie, quand ils ressortent, ils
431 doivent systématiquement passer devant un surveillant pénitentiaire qui va faire une
432 palpation ou passer aux détecteurs de métaux. Et plus souvent, c'est la palpation. La
433 palpation, pour un patient qui est un peu persécuté, en plus il y a des patients qui
434 sont persécutés spécifiquement par la pénitentiaire, les patients pour qui les limites
435 du corps dans la psychose sont très floues, se faire palper comme ça, ça peut être
436 hyper intrusif. Il y a des patients qui ont décidé qu'ils ne voulaient plus venir à l'atelier
437 à cause de ça. Après, on adapte, je rencontre le patient dans l'unité, mais je ne peux
438 pas du tout proposer la même chose. Je suis dans l'unité, ou alors ça va fâcher le
439 patient. Oui, il y a des contraintes qui peuvent être galères.

440 *Question 10ter : D'accord, et du coup ce choix entre détecteurs de métaux ou*
441 *palpation, c'est...*

442 E1 : Ce n'est pas nous qui choisissons. En fait, pendant très longtemps ça a été le
443 détecteur, ce qui était un peu pénible, mais qui est moins intrusif. Mais là,
444 récemment, il y a un patient qui s'est évadé, donc il y a eu des mesures plus strictes
445 qui ont été mises en place côté pénitentiaire. Ça fait partie... Du coup il a été
446 recommandé que ce soit la palpation plutôt que le détecteur de métaux.

447 *Ah oui, je comprends mieux.*

448 E1 : Après on entend, c'est un milieu carcéral, il y a des contraintes sécuritaires. Faut
449 faire avec. Pour moi, pour la plupart des patients elles n'ont aucun sens, mais voilà,
450 j'ai choisi aussi de travailler en milieu carcéral, donc je dois composer avec ça. Et les
451 patients qui sont en milieu carcéral sont en détention, donc... Ils n'ont pas le choix
452 que de composer avec ça aussi.

453 *Oui bien sûr. D'accord. On va pouvoir passer au dernier thème. C'est sur*
454 *l'impact des médiations créatives sur l'équilibre occupationnel des*
455 *patients-détenus en UHSA.*

456 E1 : Oui.

457 *Question 11 : Du coup, vous m'avez dit tout à l'heure que vous utilisez les*
458 *médiations créatives.*

459 E1 : Oui.

460 *Question 12 : Est-ce que vous observez des changements chez les*
461 *patients-détenus, suite aux interventions en ergothérapie, qui utilisent des*
462 *médiations créatives ?*

463 E1 : Ah ba oui. Après c'est difficile de dire ce qui est lié à l'ergothérapie
464 spécifiquement parce que le patient il vient en ergothérapie, mais au cours d'une
465 hospitalisation où il voit différents intervenants, il va dans différents espaces de
466 parole, il a un traitement. Donc c'est tout un ensemble. Mais il y a quand même des
467 séances où il se passe des choses, moi je vois, parfois je fais même remarquer au
468 patient l'évolution qu'il y a dans leur production entre le moment où ils sont arrivés à
469 l'atelier et puis les dernières productions qu'ils font. Je pense à un patient notamment
470 qui, quand il est arrivé a fait une espèce de truc informe en terre, très peu... Je dis
471 informe parce qu'il a pris un bloc de terre et il l'a à peine touché. Je lui ai expliqué
472 que si on le faisait cuire de cette manière-là il y avait de gros risques que ça casse.
473 Je ne sais pas si vous connaissez un peu le modelage ?

474 *Oui, j'en fais.*

475 E1 : Donc voilà, il a entendu, enfin je ne sais pas s'il a entendu mais il a dit "oui oui",
476 on l'a cuit et ça a cassé. Du coup c'était censé être un téléphone mais ça ne l'a
477 même pas... C'est là aussi qu'on voit la manière dont il avait ou pas investi cet objet.
478 Enfin il l'avait quand même investi parce que c'est quelque chose qu'il continue à
479 reconnaître comme sien et dans le temps aussi. Mais enfin, il n'a pas été embêté du
480 tout que ça casse, il a dit "bon ba c'est du pain" et il l'a peint ne rose. Et aujourd'hui
481 ce monsieur il fait des tableaux qui représentent des têtes de lions hyper précises
482 etcetera. On est vraiment loin de cette espèce de tas de terre cassé où il n'y a rien
483 qui tient du côté de l'image, du côté de la forme. Donc oui, on voit quand même une
484 évolution.

485 *Question 13 : Est-ce que vous voyez une différence entre les différentes*
486 *médiations utilisées ?*

487 E1 : Non. Non non non. Je... Il ne s'agit pas de "telle médiation va travailler plus ceci
488 ou plus cela". Je pense que c'est la manière dont le patient investit l'objet qu'il est en
489 train de faire, la relation, mais l'activité en soit, ... Alors, il va la choisir pour une

490 raison à un moment, parce qu'elle lui permet de faire quelque chose, mais on ne peut
491 pas faire de généralité sur les activités je pense.

492 *D'accord.*

493 E1 : Il y a un patient qui va choisir un masque parce que le masque pour lui ça lui
494 permet de se cacher, de se donner une forme etcetera, il y a un patient qui va choisir
495 un masque parce que ça lui fait penser à Venise et qu'il a été en vacances ou je ne
496 sais pas quoi. Il y en a un qui va travailler sur la question de la contenance et l'autre
497 ça va être quelque chose de complètement différent donc...

498 *Oui, ce ne sont pas les mêmes objectifs.*

499 E1 : Oui, à partir du même objet. Le même support.

500 *Oui. Du coup toutes les médiations peuvent être utilisées à toutes les fins si je*
501 *comprends bien, en fonction du patient et de la manière dont il l'investit.*

502 E1 : Oui c'est ça.

503 *D'accord.*

504 E1 : Oui, parce qu'on dit souvent, enfin j'ai entendu pendant mes études, que par
505 exemple la mosaïque c'était bien pour les schizophrènes parce que c'est structurant.
506 Ba... Oui et non parce qu'avant de structurer il faut casser les morceaux dans la
507 plupart des cas. Fin je veux dire... Et puis, par exemple travailler la terre alors qu'on
508 part un peu de la matière brute, pour le coup, pour des patients, ça peut avoir une
509 valeur extrêmement structurante aussi, d'avoir un objet qui soit contenant. Donc ce
510 n'est pas... Oui non on m'avait dit que la mosaïque c'était contre les angoisses de
511 morcellements. Oui, bon ba peut-être que c'est le cas pour un patient mais bon. Je
512 ne sais pas. C'est un peu dur de dire ça pour tous.

513 *Question 14 : Oui c'est sûr. J'ai entendu ça aussi. Alors, est-ce que vous avez*
514 *observé des besoins ou des manques des patients-détenus, en termes*
515 *d'occupations, qui pourraient être diminués par les médiations créatives ?*

516 E1 : Je ne sais pas trop par quel bout prendre votre question.

517 *Peut-être que vous pouvez commencer par me dire les besoins et les*
518 *manques observés les "plus communs" on va dire ?*

519 E1 : Alors ce n'est pas vraiment en termes d'activités, mais je vous parlais du café
520 tout à l'heure, du fait que les détenus pouvaient se faire un café en cellule quand ils
521 le souhaitaient. C'est quelque chose qui revient souvent. Les patients me demandent
522 un café. Alors nous on peut, à l'atelier, parler de la question du manque, parler de la
523 question de l'accueil, parce qu'un patient me disait qu'accueillir se faisait à partir d'un
524 café, que lui accueillait toujours les gens à partir d'un café. Donc on peut parler à
525 partir de ça, il y a des patients qui vont faire une tasse à café en évoquant ça, mais
526 par contre on ne va pas vraiment résoudre le fait d'avoir ou pas le café. Parce que le
527 café on ne l'a pas.

528 *Et par exemple là, le café, il a une symbolique...*

529 E1 : Oui.

530 *Qui peut...*

531 E1 : Oui enfin une symbolique ou pas, parce que parfois le patient, le café on n'est
532 vraiment pas du côté de la symbolique justement. Ça va être vraiment le fait de
533 ressentir le corps, la pulsion orale, se remplir. Donc ça peut... Quand on parle de
534 l'accueil et du savoir recevoir, oui, ça peut être du côté du symbolique. Mais ce n'est
535 pas toujours le cas. Mais la cigarette et le café, ce sont des choses qui prennent de
536 l'importance oui pour les patients. Après le téléphone, internet aussi. La musique.
537 Alors ça la musique ! On a un poste de musique avec des CD dans l'atelier
538 d'ergothérapie, et ça c'est un objet précieux pour les patients. Parce qu'on a acheté
539 pas mal de CD de rap en plus, beaucoup de patients... Ils n'écoutent pas tous que du
540 rap, mais il y a beaucoup de patients qui écoutent du rap et qui ont l'habitude d'en
541 écouter. Ça rappelle pleins de souvenirs aussi. Ils sont très contents de pouvoir
542 écouter et de choisir la musique qu'ils écoutent. Parce qu'en chambre ils ont la
543 télévision avec les chaînes de musique, alors ils regardent ça souvent, mais ce n'est
544 pas la même chose de pouvoir choisir le CD, d'écouter un album entier.

545 *Oui bien sûr ! Du coup ça c'est intéressant ce que vous dites. Ce que*
546 *j'entends, c'est qu'ils ont des envies et des besoins d'accès à internet, au café,*
547 *à la cigarette, ce sont des choses qui leur sont limitées voire interdites et du*
548 *coup en ergothérapie, vous me donnez l'exemple de la musique, vous leur*
549 *donnez une porte d'accès vers ces occupations. Bon pas toutes évidemment,*
550 *internet par exemple vous disiez que l'ordinateur n'avait pas d'accès à*

551 *internet, mais... Il y a quand même des voies d'accès vers les occupations*
552 *qu'ils ont à cœur de faire.*

553 E1 : Oui. Oui oui. Après, sur la musique, alors parfois ça peut être au centre des
554 séances, mais souvent je propose ça comme fond sonore pour se mettre en activité.

555 *D'accord. Ah oui, dans le cadre en fait ?*

556 E1 : Oui.

557 *D'accord.*

558 E1 : Mais parfois ça peut être ce autour de quoi tourne la séance. Écouter de la
559 musique, échanger à partir du vécu. On avait fait à un moment, avec ma collègue
560 psychomotricienne, un atelier qui s'appelait "Écoute musicale" aussi. Pour le coup, là
561 ce sont les patients qui choisissaient. Elle, elle a un accès à internet dans sa salle. Et
562 là pour le coup, les patients choisissaient ce qu'ils voulaient écouter, on avait accès à
563 peu près à tout sur YouTube. Et là, c'était vraiment chacun faisait écouter un
564 morceau qu'il choisissait. On proposait des thèmes, mais ces thèmes c'était vraiment
565 un prétexte pour les patients parce qu'en fait ils choisissaient quasiment
566 systématiquement juste le morceau qu'ils voulaient écouter à ce moment-là.

567 *Ah oui d'accord.*

568 E1 : Mais ce n'est pas grave. Après, nous on essayait de, dans les échanges, de
569 travailler à partir du thème, autour des morceaux. En plus, souvent les morceaux...
570 C'est ce que je vous disais, on a quand même beaucoup de très jeunes qui viennent
571 de banlieue, donc beaucoup de gens qui aiment beaucoup le rap. Et parfois il y a
572 aussi une surenchère parfois dans le rap. Il y a un patient qui va commencer à
573 écouter du rap, alors les autres vont vouloir écouter du rap, alors que si un patient
574 commence à proposer autre chose, quelque chose d'un autre style qu'il aime, ou
575 quelque chose que ses parents écoutaient etcetera, là on aura une ouverture sur
576 autre chose. Mais comme c'est le seul lieu où ils peuvent choisir vraiment ce qu'ils
577 veulent écouter, ils vont choisir le morceau de rap qu'ils n'ont pas écouté depuis
578 longtemps. Les textes des morceaux de rap ne sont pas toujours... Alors il y a
579 toujours quelque chose à chercher, le thème ça permet aussi d'orienter sur autre
580 chose, à partir de ce qu'ils amènent.

581 *Question 15 : Est-ce que vous pensez que les médiations créatives en*
582 *ergothérapie pourraient aider, ou aident, les patients-détenus à structurer leur*
583 *quotidien ?*

584 E1 : Oui, je pense que oui. Je pense que la manière de se mettre en activité, à partir
585 du moment où, si pour un patient qui se désorganise, l'activité va lui faire travailler
586 justement autour de la manière de se réorganiser, de s'orienter, de construire
587 quelque chose qui tienne etcetera. Je pense que... C'est un travail qui va au-delà de
588 l'objet qu'ils sont en train de faire. En tout ça c'est l'idée de la proposition en
589 ergothérapie. C'est que ça ne soit pas juste l'activité pour l'activité, c'est que
590 justement l'activité permette de se situer un peu ailleurs.

591 *Question 15bis : Est-ce que vous auriez des exemples de médiations*
592 *créatives qui ont contribué à structurer le quotidien des patients-détenus ?*

593 E1 : Je cherche.

594 *Pas de soucis, prenez votre temps.*

595 E1 : Je pense à un monsieur qui était logorrhéique, il parlait énormément, mais dans
596 quelque chose de... Avec une manière de parler un peu inimitable. Ça partait
597 vraiment dans tous les sens, il n'y avait pas de fil chronologique ou quoi que ce soit.
598 Il y avait parfois quelque chose d'une petite ligne narrative qui tenait quelques
599 secondes et puis ça partait sur autre chose, c'était complètement métonymique, il
600 passait d'un sujet à l'autre comme ça, sans s'arrêter. Et donc je m'étais présentée, il
601 m'avait quand même répondu "bonjour". Je lui avais proposé d'aller à l'atelier, il avait
602 dit "oui", et puis il me parlait, il me parlait, il me parlait. Et puis voilà, il avait voulu... Il
603 avait fait le tour. Et puis moi j'attendais un petit peu dans son discours, parce que ej
604 voyais que l'activité là, ne prenait pas à ce moment-là, mais d'essayer un point
605 d'arrêt à un moment. Je me suis dit bon on va peut-être travailler autour de ce qu'il
606 amène, c'est-à-dire sa parole. Et puis... Mais bon... J'essayais de mettre un point
607 d'arrêt, alors parfois ça faisait un petit... Comme un essoufflement de sa parole, ça
608 amenait quelque chose mais ça n'arrêtait pas non plus la séance. C'est lui qui
609 décidait de quand est-ce qu'on remontait. Ça a duré quelques fois et puis un jour il a
610 bien voulu se mettre en activité. Je lui proposais quand même, à chaque fois. Et il a
611 fait de la peinture, et il a choisi de peindre du blanc, sur une feuille blanche.

612 *D'accord.*

613 E1 : Il a fait une espèce de gribouilli, et puis, à partir de ce qu'il a vu, il a... Alors
614 c'était il y a très longtemps ça. Je voulais quelque chose d'un peu exemplaire donc je
615 vous parle d'un patient sur lequel j'avais écrit un article. Du coup c'était il y a
616 longtemps et je ne sais plus s'il a dit "on ne voit pas trop"... Je crois qu'il a dit "on ne
617 voit pas trop ce que je pense" ou "on ne voit pas trop ce que je peins". Je ne sais
618 plus ce qu'il a dit. Je crois que c'était "on ne voit pas trop ce que je pense". Bref. En
619 tout cas, à ce moment-là, ce qu'il s'est passé, c'est qu'à partir de ce qu'il avait peint,
620 son discours s'est arrêté et il a dit quelque chose en lien avec ce qu'il avait peint. Et
621 là où son discours était un peu à ciel ouvert, on avait tout, l'intégralité de sa pensée,
622 de ce qui le traversait, quand il parlait, là il y a quelque chose, à partir de la peinture,
623 qui s'est un peu réduit. Qui est devenu un peu opaque à l'autre et qui lui a permis de
624 dire cette phrase, qui était vraiment en lien avec ce qu'il se passait. Et je pense que...
625 Cette peinture-là, à ce moment-là, a eu un effet de structuration assez saisissant
626 pour ce monsieur. Et, progressivement, il a fait quelques autres peintures entre
627 temps après. Le discours entre-temps était un peu reparti, mais quand il se mettait
628 en activité ça s'arrêtait. Et puis la fois d'après, par exemple, il a fait... On arrivait à la
629 période de Noël, il a fait un sapin. Et il l'a peint en vert. Donc il y avait quelque chose
630 de l'univers dans lequel il était en train de vivre qui était en train de se tracer pour lui,
631 à partir de ce qu'il représentait. Et c'était à la fin, je crois que c'était à la fin de cette
632 séance-là qu'il m'a dit... En fait... "Oh, vous avez une perle, là". Je pense que c'est la
633 première fois qu'il me regardait en fait. Parce que j'ai un piercing [sur le visage]. Il l'a
634 remarqué, mais ça faisait... Je ne sais pas, cinq semaines qu'il venait à l'atelier. Mais
635 je crois que c'était la première fois qu'il me voyait en fait ce monsieur.

636 *D'accord, c'est flagrant effectivement.*

637 E1 : Et là, pour le coup, je pense vraiment... Bon alors, il y a eu à côté, les
638 médicaments... Mais pour le coup il donnait peut d'accès à autre chose, donc je
639 pense... Même les entretiens médicaux étaient très difficiles, il s'était persécuté sur la
640 psychologue, parce que la psychologue lui avait dit qu'ils allaient prendre
641 rendez-vous, et que le mot de rendez-vous avait pris pour lui une valeur de
642 rendez-vous amoureux. Du coup il ne voulait absolument pas voir la psychologue.
643 Donc finalement je m'étais rendue compte qu'en le laissant choisir les moments où il
644 venait, les moments où il repartait et en ne lui demandant rien en fait, c'est ce qui

645 avait permis la rencontre à ce moment-là. Mais ça c'était un peu dans l'après-coup,
646 moi j'avais remarqué que je ne pouvais pas imposer grand-chose à ce monsieur.
647 Justement, ma proposition ne structurait rien, ça venait plutôt l'envahir, et là il était
648 plutôt, quand même, déjà relativement... suffisamment envahi pour venir y ajouter
649 autre chose. Mais du coup, pour donner un exemple d'une activité qui structure, ça
650 ça a été... Enfin, les séances ont vraiment eu un effet... Ce monsieur
651 progressivement allait mieux, a pu parler aussi après quelques séances de ce qui le
652 conduisait à être hospitalisé, le discours s'est calmé.

653 *Oui, et puis il a pu se mettre en lien aussi.*

654 E1 : Oui, oui c'est ça.

655 *D'accord, OK. Et du coup aussi, tout à l'heure vous disiez que pour certains*
656 *patients vous donniez des horaires très précis et que ça les rassurait.*

657 E1 : Oui.

658 *Du coup dans ce sens-là aussi vous voyez une structuration du quotidien en*
659 *général ?*

660 E1 : Oui.

661 *Question 15ter : Ils ont un repère dans la semaine, ils savent que telle heure,*
662 *tel jour c'est ergothérapie.*

663 E1 : Oui. Oui et ça marche aussi pour le groupe que je faisais le lundi matin aussi. Il
664 y avait des patients qui se repéraient, qui savaient que c'était lundi matin parce que
665 j'arrivais. Il y a un monsieur qui me disait "Ah ! On est lundi !". Donc oui, ça peut faire
666 aussi un peu scansion dans la semaine.

667 *Question 16 : OK. Alors du coup, c'était ma dernière question, je vais juste*
668 *revenir sur une question. Est-ce que vous pourriez me donner un exemple*
669 *d'une journée type d'un patient-détenu en UHSA ?*

670 E1 : Oui. Alors... Un patient se lève aux alentours de... Je ne sais plus si c'est 7 ou
671 8h, je crois. En tout cas je sais qu'il y a le petit déjeuner en salle commune à 9h.
672 Donc je pense qu'ils sont réveillés vers 8h. J'arrive un peu plus tard, j'arrive à 9h.
673 Donc je ne suis pas là à ce moment-là mais il me semble que les patients sont
674 surtout réveillés à 8h, mais il y en a qui se réveillent à 7h, je ne sais pas pourquoi,

675 mais il y en a qui se réveillent à 7h. En gros donc, il y a le petit-déjeuner en salle à
676 9h, ensuite après le petit-déjeuner il y a un temps en salle commune de 9h15 à 12h
677 on va dire. Sur ce temps, avant il y avait un accès libre à l'extérieur, depuis quelques
678 semaines c'est un accès restreint à des heures limitées. Pour mon plus grand
679 bonheur. Ce n'est pas encore très fixe, ça dépend des unités, je pense aussi que ça
680 va dépendre du temps, peut-être que cet été ils vont un peu lâcher ces horaires...
681 J'espère. Mais ça doit tourner autour de trois quart d'heure le matin. Il y a le déjeuner
682 en salle commune à midi, à 13h il y a un retour en chambre obligatoire pour les
683 patients de 13h à 14h. À 14h il y a, suivant les unités, une première sortie possible et
684 en tout cas les patients sortent à 15h de chambre, ceux qui ne sont pas encore
685 sortis. Et pareil, de 15h à 18h il y a un temps en salle commune obligatoire, à 18h il y
686 a le dîner. J'ai oublié à 16h, aux environs de 16h il y a une collation mais qui n'est
687 pas en salle commune. À 18h heure ils dînent et à 19h ils retournent en chambre. Et
688 de 19h à 8h le lendemain matin du coup, c'est chambre.

689 *D'accord.*

690 E1 : Après, il y a des choses régulières dans la semaine comme un accès au parloir
691 qui est géré par la pénitenciaire. Alors pour ceux qui ont de la famille qui vient c'est...
692 Il y a des parloirs le lundi, mercredi, vendredi et dimanche. Après, pareil il peut y
693 avoir des visites des avocats, du SPIP, je ne sais pas si vous connaissez le SPIP ?

694 *Oui.*

695 E1 : Ou du culte. Ça c'est en dehors du parloir famille. Il y a des professeurs qui
696 viennent le jeudi après-midi qui proposent des cours de français, de langues
697 étrangères, de math et d'histoire. Adapté au niveau des patients. Donc pour français
698 et langue étrangère on est sur un niveau basique, mais pour les autres il y en a qui
699 ont passé une épreuve de l'équivalent du bac, récemment. Et d'autres qui sont plutôt
700 niveau fin de primaire ou alors collège. Ils adaptent, c'est assez chouette.

701 *Oui, c'est super !*

702 E1 : Il y a des intervenants extérieurs qui viennent ponctuellement, et puis il y a une
703 dame qui vient tous les lundis matin pour faire de la thérapie animale, souvent c'est
704 avec un chien.

705 *Oh super !*

706 E1 : Voilà. Et après il y a les activités proposées aussi... Normalement on est deux
707 ergothérapeutes donc il y a plus de choses qui sont proposées en ergothérapie que
708 ce que je vais présenter. Mais actuellement je suis toute seule. J'ai une collègue,
709 psychomotricienne, actuellement en mi-temps mais ça devrait passer en temps plein
710 psychomotricienne. Il y a aussi les assistantes sociales, les psychologues et puis les
711 infirmiers, surtout de l'unité trois, proposent des groupes. Éducation thérapeutique,
712 autour de la maladie, un groupe qui s'appelle "Michael's game" aussi. C'est des
713 choses qui se font régulièrement dans la semaine aussi.

714 *D'accord, OK.*

715 E1 : Plus les entretiens médicaux etcetera.

716 *Question 17 : Oui. D'accord, ok. Je relis mes questions mais je pense que*
717 *c'est bon pour moi. Oui c'est bon. Est-ce que vous auriez des choses à ajouter*
718 *?*

719 E1 : Pas comme ça. Non. Je ne pensais pas à quelque chose en particulier. J'espère
720 que les réponses que je vous ai proposées peuvent... Correspondent un peu à ce
721 que... Enfin correspondent pas forcément à ce que vous vouliez comme réponse
722 parce que ça je pense que vous n'avez pas forcément... Vous ne voulez pas
723 forcément des réponses en particulier, mais vous permettront de travailler en tout
724 cas.

725 [Fin de discussion]

ANNEXE III

Retranscription de l'entretien avec E4 :

1 *Du coup, l'objectif de ma recherche c'est de comprendre l'impact de*
2 *l'ergothérapie sur l'équilibre occupationnel des patients-détenus adultes*
3 *atteints de troubles psychiatriques en UHSA. Donc, voilà. Je vais vous poser*
4 *des questions en 3 grands thèmes et puis ensuite, si on a du temps encore, je*
5 *reviendrai sur quelques questions.*

6 E4 : Ok, parfait.

7 *C'est clair pour vous ?*

8 E4 : Très bien.

9 *Question 1 : Parfait. Super. Alors, déjà avant de commencer, je vais vous*
10 *demandeur de vous présenter rapidement : votre année de diplôme, les*
11 *structures dans lesquelles vous avez travaillé, depuis combien de temps vous*
12 *travaillez en UHSA, et puis l'approche que vous utilisez aussi.*

13 E4 : Ok, alors, j'ai été diplômée en 2019, en "ergo". Après, j'ai fait un master de santé
14 publique pendant 2 ans. Donc là, j'ai eu mon diplôme de master en 2021. J'ai fait
15 mon stage de master, du coup, au SMPR de [ville].

16 *D'accord.*

17 E4 : Et donc suite, à mon master et à mon stage, là-bas, le cadre "sup" m'a proposé
18 le poste "d'ergo" à l'UHSA.

19 *D'accord.*

20 E4 : Donc j'ai commencé à l'UHSA en novembre 2021. Ça fait 3 ans et demi que je
21 suis là-bas. Et c'est mon premier poste, du coup.

22 *D'accord, ok. Super. Et du coup, quelle approche vous utilisez ?*

23 E4 : Ah oui, l'approche, c'est vraiment l'approche, c'est sur l'occupation.

24 *Ok, super.*

25 E4 : En ergothérapie.

26 Question 2 : Alors, rapidement, est-ce que vous pouvez me présenter l'UHSA,
27 la structure, les spécificités du travail, la patientèle et puis... Oui, voilà.

28 E4 : Alors, l'UHSA de [ville], c'est le niveau 3 de soins "psy" en milieu carcéral.
29 C'est-à-dire que c'est un hôpital qui n'est pas rattaché à la... enfin, qui est rattaché à
30 la prison, mais c'est un lieu à part, en termes de géographie. Donc c'est donc une
31 structure à part entière, à elle-même. Mais du coup, les patients viennent des
32 prisons, pour venir faire ces soins à l'UHSA. Donc c'est de "l'hospi" complète. Et une
33 fois qu'ils vont mieux, soit ils retournent dans la prison, soit ils sont libérés, et dans ce
34 cas-là, soit il y a un relai de soins, soit le relai vers l'extérieur qui est fait. Donc la
35 patientèle c'est... Donc du coup, ils sont détenus et nous on accueille hommes,
36 femmes et mineurs. Parce que du coup, il y a l'EPM, et les personnes, les mineurs
37 peuvent venir au sein de l'UHSA s'ils ont besoin. Il y a 3 unités de 20 lits.

38 *D'accord.*

39 E4 : Donc ça fait 60 places, en sachant qu'une des unités n'a jamais été ouverte.
40 L'UHSA a 7 ans, je crois, si je ne dis pas bêtises. Et il n'y a jamais eu, enfin, une de
41 les 3 n'a jamais ouverte parce qu'ils ont des psychiatres. Donc du coup, moi j'exerce
42 dans les deux unités qui sont ouvertes. Dans chaque unité du coup, il y a des
43 infirmiers, aides-soignants, psychiatres, et après il y a les "transversaux", donc tout
44 ce qu'on appelle un peu le "paraméd". Et l'équipe, du coup, il y a une ergo, moi, il y a
45 un "psychomot", il y a une "diét" à temps partiel, enfin à mi-temps, deux
46 psychologues et deux assistants sociaux.

47 *D'accord.*

48 E4 : Nous, on intervient sur les deux unités.

49 *Question 3 : D'accord. Ok, super. Alors du coup, on va pouvoir commencer*
50 *par le premier thème qui porte sur l'équilibre occupationnel en UHSA. Est-ce*
51 *que vous connaissez le concept d'équilibre occupationnel ?*

52 E4 : Oui, j'ai été diplômée en 2009 et j'ai été diplômée de [ville]. Ils sont très axés
53 sur... Sur ce concept. C'est mon concept préféré en ergo.

54 *On a un point commun alors.*

55 E4 : Ah oui, c'est vraiment... C'est ce que je renvoie au patient en plus.

56 *Question 3bis : Est-ce que vous pourriez me donner votre définition ?*

57 E4 : C'est vraiment permettre à la personne de faire des activités dans tous les
58 domaines, que ce soit loisir, soins personnels et travail. Bon, en prison c'est un peu
59 compliqué le terme travail, mais on y reviendra. Et donc c'est vraiment avoir un peu
60 de toutes ces activités dans son panel d'occupation.

61 *Ok, super.*

62 E4 : Je n'ai pas la définition exacte. Je n'ai pas triché, je n'ai pas regardé avant.

63 *Question 4 : Non, non, mais c'est parfait. Alors du coup, vous l'avez dit mais*
64 *vous utilisez donc l'équilibre occupationnel, ce concept dans votre pratique.*

65 E4 : Oui, en fait, du coup, en "ergo" en psychiatrie, c'est vraiment du coup trouver un
66 média qui permet de travailler sur toutes les fonctions cognitives, relationnelles,
67 émotionnelles, tout ça. Et donc ça passe par un média. Et du coup, je ne choisis
68 jamais, enfin, presque jamais le média que les patients vont faire en fait. Et donc du
69 coup je me questionne vraiment sur ce qu'il aimait faire avant, sur ce qu'il a envie de
70 découvrir. Ça vient toujours de la personne. Après bien sûr je l'aide dans la
71 réalisation des tâches et tout ça, mais je veux toujours que ça vienne du patient.

72 *Question 5 : D'accord, ok. Comment vous décririez l'équilibre occupationnel*
73 *des patients-détenus en UHSA ?*

74 E4 : En fait, c'est extrêmement compliqué parce que du coup leur autonomie est très
75 limitée et, par exemple, ils ne peuvent pas se faire à manger parce que c'est la
76 nourriture de l'hôpital. Le nettoyage des chambres c'est fait par des femmes de
77 ménage. Du coup, il y a pleins d'aspects qui sont limités et il y a des activités qui sont

78 proposées, sauf que du coup il y a un nombre de places limitées et tout le monde ne
79 peut pas faire toutes les activités. Donc il y en a qui aimeraient bien faire telle activité
80 mais cette semaine ce n'est pas possible parce qu'il y a d'autres patients inscrits et
81 donc du coup ils sont quand même très très limités. Donc moi au maximum, à
82 chaque fois que je vois un patient, je lui demande quelle activité il voudrait faire la
83 semaine d'après et j'essaie du coup de l'introduire et de l'inscrire aux activités, parce
84 qu'on a une réunion clinique toutes les semaines, une par semaine, et c'est là qu'on
85 fait le planning d'activité de la semaine pour le patient.

86 *D'accord, ok. Ah oui, donc en fait si je comprends bien, le patient il fait des*
87 *demandes, c'est ça ?*

88 E4 : Oui.

89 *Mais c'est établi officiellement par l'équipe, c'est ça ?*

90 E4 : Exactement, parce que du coup quand même les activités qui sont proposées
91 c'est des activités avec des indications médicales.

92 *D'accord, oui oui ok.*

93 E4 : Mais ce que je fais c'est que vraiment moi à chaque fois que je vois un patient
94 en séance je lui dis : *"Ah ba la semaine prochaine vous voulez être inscrit à quoi ?"*.
95 Et du coup je vois avec eux et justement ce qui me permet aussi de travailler, quand
96 ils me disent une activité, je dis : *"Vous savez à quoi ça sert ? Ça permet de travailler*
97 *ça, ça, ça"*. Et du coup ça remet aussi un peu le soin et le fait que ce ne soit pas
98 qu'occupationnel l'activité, que ce soit aussi thérapeutique.

99 *D'accord, ok.*

100 E4 : Donc significatif mais thérapeutique.

101 Question 6 : *Ok, parfait. Quelles sont selon vous les principales difficultés*
102 *rencontrées par les patients-détenus dans la gestion de leur équilibre*
103 *occupationnel en UHSA ?*

104 E4 : Je pense que le plus compliqué c'est le déni des troubles. Parce que du coup
105 une personne qui est atteinte de troubles "psy", souvent ils n'ont pas conscience de
106 la maladie, ils ne sont pas conscients qu'ils sont malades et donc du coup c'est ça le
107 plus compliqué.

108 *D'accord. D'accord, donc en fait la...*

109 E4 : Un mauvais insight, un mauvais insight, ce qui fait qu'ils disent "*Mais je ne suis*
110 *pas malade, je dois retourner en prison*".

111 *Oui d'accord.*

112 E4 : C'est ça le plus compliqué.

113 Question 6bis : *D'accord, ok. Est-ce que vous diriez qu'il y a aussi des*
114 *difficultés.... Je ne sais pas par exemple d'accès, ou lié à l'institution, ou... Je*
115 *ne sais pas, motivationnel par exemple ?*

116 E4 : Oui, moi je me serre toujours du levier motivationnel de la personne parce que
117 du coup si c'est quelque chose qu'il n'a pas envie de faire, c'est compliqué. Donc ça
118 oui, mais ça ça fait pas de la... Après en termes d'institution en elle-même, les
119 freins... Et je pense vraiment que c'est le fait que ce soit l'hôpital.

120 *C'est-à-dire ?*

121 E4 : Parce qu'en prison du coup ils ont... C'est très contradictoire ce que je vais dire,
122 mais donc du coup ils peuvent cuisiner, ils peuvent entretenir leur linge, ils peuvent
123 faire tout ça et donc du coup ça s'est limité. À l'UHSA.

124 Question 7 : *Ok. Est-ce que vous évaluez, d'une manière ou d'une autre,*
125 *l'équilibre occupationnel des patients-détenus ?*

126 E4 : Non je ne fais aucun bilan à l'UHSA moi.

127 *D'accord, ok.*

128 E4 : *Ce n'est que de l'observation et des entretiens, mais il n'y a pas de grille.* Je ne
129 fais pas le MCRO, je ne fais pas tout ça.

130 Question 7bis : *Donc là vous me parlez d'observation et d'entretien, du coup*
131 *pendant ces observations et ces entretiens est-ce que vous prêtez une*
132 *attention particulière à l'équilibre occupationnel ?*

133 E4 : Oui, enfin... En fait je le fais de manière inconsciente

134 *D'accord.*

135 E4 : C'est comme... Je m'intéresse vraiment à ce qui est significatif pour la personne,
136 donc inconsciemment je m'intéresse à ce qu'elle aime, à ce qu'elle n'aime pas, à ce
137 qu'elle a envie de découvrir, à ce qu'elle est capable de faire, à ce qui lui manque, à
138 ce qu'elle a envie de travailler.

139 *Ok, d'accord... Donc en fait... J'essaye de reformuler pour être sûre de bien*
140 *comprendre.*

141 E4 : Oui.

142 *En fait, l'équilibre occupationnel vous l'intégrez vraiment dans le cœur de votre*
143 *travail et du coup vous y prêtez attention mais sans...*

144 E4 : Sans évaluation pure et dure.

145 *Oui, d'accord. Ok, ça marche.*

146 E4 : Mais c'est vrai que par exemple, du coup, je suis un peu la référente des
147 activités. Ce n'est pas officiel mais du coup les médecins me voient comme ça, les
148 cadres me voient comme ça parce que du coup ils savent que vraiment je suis en
149 permanence avec les patients et que je sais ce qu'ils aiment, je sais un peu leur
150 panel occupationnel. Je ne sais pas si c'est clair.

151 *Oui, oui. Très !*

152 E4 : Il faut noter aussi que... Bon je ne sais pas si ça va être intéressant pour toi,
153 mais du coup, comme moi je suis un peu le "bon objet" au travail, parce que du coup
154 ce n'est pas moi qui mets en isolement ce n'est pas moi qui administre les
155 traitements de force, ce n'est pas moi qui prends les décisions tout ça. Je suis un
156 peu le bon objet, donc du coup les patients se confient "vachement" à moi et il y a
157 vraiment le lien qui se crée.

158 *D'accord.*

159 E4 : C'est aussi le cas avec les infirmiers et tout ça mais il n'y a pas du tout le même
160 jeu qui se joue.

161 Question 8 : *D'accord. C'est intéressant, je n'y avais jamais pensé. On va*
162 *pouvoir passer au deuxième thème qui porte sur les interventions*
163 *ergothérapeutiques et les activités, médiations et interventions proposées. Du*

164 *coup quels types d'activités, de médiations et d'interventions mettez-vous en*
165 *place pour soutenir l'équilibre occupationnel des patients-détenus ?*

166 E4 : Alors du coup... En fait, j'ai plusieurs médiations types que les patients peuvent
167 faire, ça peut être de la peinture, ça peut être de l'argile, de la mosaïque, ça peut être
168 de fabriquer des choses pour le service ou pour sa chambre. Par exemple il y a un
169 patient qui a voulu fabriquer une table de chevet en carton tu vois, donc je ne savais
170 pas faire mais lui il était à l'UMD avant ce monsieur, et donc du coup il y a vu pleins
171 "d'ergos" et donc du coup c'est vraiment un échange. Je l'ai aidé et en même temps
172 lui aussi m'a pris des choses. Donc en fait je n'ai pas de limite de médiation, tu vois ?
173 En fait si un patient a une idée, du coup ensemble on réfléchit à comment faire.

174 *Question 8bis : D'accord. Ok. Donc du coup ce sont des interventions qui sont*
175 *uniquement en individuel ?*

176 E4 : Je commence souvent ma prise en charge "ergo" en individuel.

177 *D'accord.*

178 E4 : Pour du coup justement établir la relation, qu'ils découvrent, qu'ils se saisissent
179 de "l'ergo" parce que souvent les patients ne connaissent pas du tout l'ergothérapie.
180 Du coup souvent c'est en individuel pour apprendre à se connaître et pour qu'ils se
181 familiarisent avec "l'ergo", et ensuite souvent ça vient du patient qui dit : "Ah bah
182 machin il peut venir avec moi". Et donc c'est comme ça que ça se fait. Donc je fais de
183 l'individuel, comme du groupe. Vraiment c'est 50%.

184 *Question 8ter : D'accord ok et donc en fait ces groupes c'est... Chaque patient*
185 *à son projet c'est ça ?*

186 E4 : Ça peut être chaque patient à son projet, donc chacun fait ce qu'il fait, ou alors
187 un projet à plusieurs.

188 *D'accord. Vous auriez des exemples à me donner ?*

189 E4 : À plusieurs ?

190 *Oui.*

191 E4 : À plusieurs bah par exemple il y a eu la confection de table pour la "cafet".
192 L'activité cafétéria parce que du coup on voulait mettre en place ça, parce que dans

193 chaque hôpital psychiatrique il y a un espace "cafet" où le patient peut boire le café et
194 tout avec les soignants et les autres patients. Sauf que du coup bah, si on faisait la
195 demande de budget et de table, de machin, on en avait pour des mois. Donc du coup
196 c'est un infirmier qui m'a dit : "*ah mais tu ne peux pas faire ça en "ergo" ?*". Donc du
197 coup, hop j'ai fait ça avec plusieurs patients.

198 *D'accord. Ok.*

199 E4 : Il y a eu ça, après ça peut être des trucs tout bêtes, il y a un patient qui voulait
200 faire par exemple la tour Eiffel en allumettes et bah du coup il y avait deux patients
201 qui faisaient le projet ensemble.

202 *D'accord ok.*

203 E4 : Donc c'est vraiment soit des trucs utiles pour le service, soit des trucs de déco,
204 soit... Ba le monsieur qui a fait sa table de chevet, du coup il y en a un autre qui
205 voulait aussi en faire une, donc du coup le patient a formé l'autre patient.

206 *Ah génial, ok.*

207 E4 : Ça peut être aussi un peu de la pair-dance, même s'ils n'ont pas le diplôme de
208 pair-aidant, mais ça peut vraiment aussi être ça : "*Ah, tu as fait ça comment ?*". Tu
209 vois, ils s'aident vraiment beaucoup.

210 *D'accord ok.*

211 E4 : Les trucs plus simples pour décorer, par exemple, le service au moment de la
212 fête de la musique.

213 *D'accord.*

214 E4 : Ça rassemble un peu les patients de l'unité

215 *Question 8quater : Ok. Là vous parlez des différentes activités, il y a quoi*
216 *comme activité du coup à l'UHSA ?*

217 E4 : Oui parce que du coup moi je fais de l'ergothérapie mais je suis aussi référente
218 de plusieurs activités. Notamment le sport. Moi je m'occupe aussi du sport à l'UHSA.

219 *D'accord.*

220 E4 : Donc en activité, il y a donc le sport, le tchoukball c'est un sport aussi pour gérer
221 l'impulsivité, parce que du coup la maladie psychique peut aussi avoir des
222 conséquences sur l'agressivité, l'impulsivité. Il y a la cuisine thérapeutique. Il y a des
223 activités plus axées sur la stimulation cognitive donc ça peut être des jeux de société
224 ça peut être une activité musicale où du coup il faut élaborer sur la musique et sur
225 ses goûts. Il y a aussi une activité où c'est un jeu de société avec un plateau et donc
226 du coup le but c'est de parler, d'améliorer les habiletés relationnelles, parler de soi
227 aussi parce que ça aussi c'est très compliqué pour les patients. Donc la cuisine j'ai
228 dit... Il y a l'activité goûter qui est faite, donc là ils cuisinent un gâteau pour tout le
229 monde. Il y a l'activité gym douce et zen, donc là c'est un peu du sport doux et de la
230 relaxation. Il y a quoi d'autre ? Jardinage, la boxe, l'écriture... Et je crois que j'ai fait
231 le tour. En fait par demi-journée il y a une activité.

232 *D'accord.*

233 E4 : Par demi-journée il y a une activité sauf que du coup, par exemple le goûter il
234 faut qu'ils ne soient que 4 patients. Donc 2 de chaque unité. Alors que le sport c'est
235 10 patients. Donc ce n'est pas le même nombre, donc du coup tous les patients
236 comme ils sont beaucoup, on essaie de mettre 3-4 activités par patient.

237 *D'accord ok.*

238 E4 : Pour tout le monde en ait un peu. Plus après du coup il y a le suivi "ergo" et
239 "psychomot" en plus.

240 *Question 8quinquies : D'accord et du coup les activités elles sont gérées par*
241 *vous et du coup aussi les infirmiers j'imagine ?*

242 E4 : Oui il y a des activités qui sont faites que par les infirmiers, parce qu'on ne peut
243 pas tout faire, il y a des activités qui sont faites infirmiers-"ergo" ou
244 infirmiers-"psychomot" ou infirmiers-psychologues. Ça mixe. Et ce qui est très riche
245 du coup pour avoir une approche pluridisciplinaire.

246 *Question 8sexies : D'accord ok. Et je sais que dans les autres UHSA il peut...*
247 *y a une restriction par rapport au nombre de détenus et au nombre*
248 *d'encadrants. Est-ce qu'il y a une restriction comme ça à [ville] ou pas ?*

249 E4 : Une restriction, c'est-à-dire ?

250 Dans les autres UHSA par exemple il ne peut pas y avoir un seul thérapeute
251 avec plus de...

252 E4 : Ah oui, ok. Par exemple le sport je sais que du coup il y a 10 patients et il faut un
253 infirmier de chaque unité, plus un "PAPED". On appelle ça les "PAPED" pour
254 "psychomot", "ergo", "psycho", assistants sociaux.

255 D'accord.

256 E4 : Du coup il faut qu'ils soient 3. Et si par exemple il y a un infirmier d'une unité qui
257 ne peut pas, en fait il faut être 3 pour être au sport là-haut.

258 D'accord ok.

259 E4 : Après c'est vrai que normalement je n'ai jamais le droit d'être toute seule en
260 activité ni un infirmier, donc souvent c'est 2. Quand il n'y a pas un grand nombre de
261 patients c'est 2 soignants.

262 D'accord ok.

263 E4 : Tout confondu, tout corps des métiers confondus. Mais comme du coup, je ne
264 sais pas s'ils t'ont expliqué les autres mais du coup l'UHSA, de [ville] en tout cas, ce
265 sont les mêmes unités. Tu vois ces deux unités différentes mais c'est le même...
266 C'est la même architecture, le même fonctionnement, tout ça. Donc du coup c'est en
267 forme de carré, où sur les bords extérieurs ce sont les chambres des patients et
268 après il y a un patio au milieu, il y a nos salles d'activité, les bureaux des médecins,
269 le bureau de la cadre, ... Donc ce qui fait que du coup les patients en fait ils
270 déambulent dans l'unité et ils ne sont pas enfermés... Enfin, ils sont enfermés en
271 chambre de 22h à 7h la nuit.

272 D'accord.

273 E4 : Ensuite de 9h à 9h40 ils sont en chambre, c'est le temps de la relève. Moi
274 j'arrive à 9h, je fais 9h-17h.

275 D'accord.

276 E4 : Donc à 9h ils sont en chambre et après... Parce qu'on fait la relève, et après de
277 13h30 à 14h30, ils sont de nouveau en chambre.

278 D'accord ok.

279 E4 : Donc hormis ces petits moments-là du coup 40 minutes le matin et 1 heure
280 l'après-midi, hormis ces moments-là du coup, les patients peuvent déambuler,
281 peuvent aller dans notre bureau, peuvent aller dehors... Enfin dans le patio.

282 *D'accord.*

283 E4 : Il n'y a pas le même enfermement qu'en prison.

284 *Oui.*

285 E4 : Donc ce qui fait que parfois ils viennent à 5 dans la salle ils demandent à
286 écouter de la musique ou à parler...

287 *D'accord. Ok. Oui ça varie par rapport aux autres UHSA.*

288 E4 : Je sais que ce n'est pas le même temps de fermeture partout. Je sais qu'à [ville],
289 c'est hyper fermé.

290 *Oui.*

291 [...]

292 *Question 8septies : Ça me fait penser, est-ce que... Donc là ils peuvent aller*
293 *dans le patio c'est ça ?*

294 E4 : Oui

295 *Est-ce que par exemple il pourrait y avoir des autorisations de sortie*
296 *exceptionnelle pour une activité à l'extérieur, ou pas ?*

297 E4 : Ça a déjà été fait plusieurs fois. Il peut y avoir des permissions de sortie par
298 exemple avec l'assistant social pour refaire la carte d'identité ou un papier
299 l'administratif. Donc là à chaque sortie par contre il faut du coup passer en
300 commission auprès des juges d'applications des peines. Il faut faire la demande et ça
301 passe en commission et après le juge accepte ou refuse.

302 *D'accord.*

303 E4 : Donc il y a des conditions : il faut que le patient soit "permissionnable". Donc je
304 crois que c'est à la moitié ou aux deux tiers de la peine.

305 *D'accord.*

306 E4 : Donc les prévenus ne peuvent absolument pas sortir, ça c'est impossible. Donc
307 il peut y avoir des sorties pour les démarches administratives, le patient peut aussi lui
308 faire des demandes de permission de sortie pour voir sa famille sur une journée ou
309 sur un week-end, ça a déjà été fait.

310 *D'accord.*

311 E4 : Et nous on a mis en place, quand je suis arrivée à l'HSA, l'assistant social et la
312 psychologue notamment, on mit en place le projet de sortie culturelle. Du coup c'est
313 deux patients, un de chaque unité on essaye parce que c'est bien aussi de
314 rencontrer les autres patients. Un patient de chaque unité et trois soignants, avec au
315 moins un infirmier parce que du coup si le patient n'est pas bien il faut qu'on puisse
316 lui donner un traitement. Et donc du coup c'est planifié deux mois à l'avance, un mois
317 et demi à l'avance. Et donc les deux patients se mettent d'accord... On fait une liste
318 nous de deux trois choses, qu'on leur propose que ce soit un musée, que ce soit un
319 cinéma, que ce soit... enfin quelque chose de culturel. On leur propose trois choses,
320 ils se mettent d'accord sur ce qu'ils veulent faire. Ils choisissent le restaurant le midi.

321 *D'accord.*

322 E4 : Et après du coup soit le matin, soit l'après-midi ils font le musée et après c'est
323 une balade dans la ville, ou ce genre de choses.

324 *D'accord ok.*

325 E4 : Ça s'appelle "sortie culturelle" et j'ai eu la chance d'en faire et c'est incroyable.

326 *Oui j' imagine.*

327 E4 : Par exemple, moi j'avais fait les rencontres photographiques à [ville]. C'est dans
328 la ville en fait, c'est une expo dans la ville où du coup il y a une vingtaine de lieux où
329 il y a des photographies qui sont exposées.

330 *D'accord ok.*

331 E4 : Donc du coup on est allés à [ville], après on est allés au "resto", et après on
332 avait recontinué les "expos".

333 *D'accord ok. C'est super ! Donc ça c'est à quelle fréquence à peu près ?*

334 E4 : Ça dépend, parce que du coup il faut que les patients soient “permissionnables”,
335 donc ce n'est vraiment pas toujours le cas. On a beaucoup de prévenus quand
336 même. Ou des gens condamnés à des lourdes peines.

337 *D'accord.*

338 E4 : Mais je dirais qu'en deux ans on a fait cinq, six ? Et là on essaye du coup de...
339 En fait il manquait des médecins et là ça y est on a des nouveaux médecins. Donc là
340 l'idée c'est de faire ça une fois tous les trois mois, une sortie de tous les trois mois

341 *D'accord ok.*

342 E4 : Ça permet de travailler plein de choses du coup avec le patient en amont. Et
343 après.

344 *Oui c'est sûr, ça ouvre complètement les possibilités !*

345 E4 : Ah ba ouais ouais ! Mais parce que du coup il faut qu'ils soient
346 “permissionnables”, mais il faut aussi et surtout que le patient soit stable. Parce que
347 s'il est en pleine crise ce n'est clairement pas possible qu'il aille dehors. Et il faut
348 aussi... En fait la complexité, c'est que du coup il faut prévoir deux mois à l'avance
349 que le patient sera toujours hospitalisé dans deux mois.

350 *Oui d'accord.*

351 E4 : Parce que comme en UHSA, il y a quand même très peu de place pour un grand
352 nombre de patients, enfin de détenus, il faut quand même prioriser. Il y en a qui
353 retournent en détention parce qu'ils vont bien et donc du coup on ne peut pas prévoir
354 une sortie pour eux.

355 *D'accord oui je vois.*

356 E4 : Il faut que ça inscrive dans le projet de soins quoi.

357 Question 8octies : *Oui d'accord. Ok. Ça m'a fait penser, il y a certaines UHSA*
358 *où les soignants sont au courant des peines et des motifs d'incarcération,*
359 *comment c'est à [ville] ?*

360 E4 : Alors nous, avant, les assistantes sociales avaient la fiche pénale.

361 *D'accord.*

362 E4 : Donc là où il y avait tout de détaillé : les motifs d'incarcération, la durée, enfin
363 vraiment les procès verbaux, tout. Et on a eu la visite du contrôleur des lieux de
364 privation de liberté, on a eu la visite qui était quand ? Il y a quelques mois. Et en fait
365 ils nous ont dit qu'on n'était pas censés avoir les motifs d'incarcération. Et donc du
366 coup maintenant, je sais qu'on les a moins. Et que du coup si on veut avoir
367 l'information, c'est le médecin qui doit faire la demande auprès de l'administration
368 pénitentiaire en disant que c'est une information médicale.

369 *D'accord.*

370 E4 : Et à titre d'exemple, moi je m'en fiche complètement de pourquoi ils sont en
371 prison, mais ça m'intéresse de savoir quand c'est, par exemple meurtre sur la famille.

372 *D'accord oui.*

373 E4 : Parce que moi je suis du genre un dire “Ah, votre mère elle vient vous voir ?”
374 “Bah non, je l'ai tuée”. Fin... Donc quand c'est famille, j'aime bien savoir quand même
375 pour éviter de faire des... bourdes.

376 *D'accord. Oui, je comprends.*

377 E4 : Et souvent tu vois avant c'était annoncé ça, on disait, donc du coup à la relève
378 du matin on disait : “Bah on va avoir un nouveau patient qui va arriver monsieur
379 machin, tel âge, il vient de telle prison, il est adressé pour tel trouble psychiatrique,
380 les symptômes c'est ça ça ça”, ils disent un peu comment ça se passe en prison et
381 souvent quand ils font des passages à l'acte graves et que c'est médiatisé par
382 exemple, c'est des patients typiques pour l'UHSA.

383 *Ok super. Alors, il faut que je retrouve mes questions parce que je suis un petit*
384 *peu sortie... Désolé.*

385 E4 : Et tu vois la question de pourquoi ils sont en prison, je pense que certains
386 soignants ils ont besoin de savoir et ça altère leur...

387 *Ouais...*

388 E4 : Ba leur posture quoi.

389 *C'est sûr que c'est une grosse question étiologique.*

390 E4 : Tu vois j'étais en... Ouais, mais c'est extrêmement étique, et même je le dis aux
391 patients : *"Moi j'en ai rien à faire de pourquoi vous êtes là, ce qui m'intéresse c'est*
392 *vous et c'est après"*. Et souvent c'est eux qui en parlent spontanément de : *"Ah ba j'ai*
393 *fait ça, j'ai fais ça"*.

394 *Oui. Au fur et à mesure... Avec la relation.*

395 E4 : Oui. J'avais fait un stage en UMD en deuxième année d'étude parce que du
396 coup la "psy" ça m'a toujours intéressé. Je ne sais pas si tu vois ce que c'est l'UMD ?

397 *Oui oui.*

398 E4 : Bah du coup j'ai fait mon stage à l'UMD, après SMPR, et là je suis à l'UHSA. Et
399 tu vois je n'ai jamais jugé une seule personne par rapport à ce qu'elle avait fait.

400 *Oui. C'est essentiel je trouve.*

401 E4 : Oui ! Je ne pense pas l'avoir fait.

402 *J'ai retrouvé ma question*

403 E4 : Je t'écoute.

404 *Oui alors du coup on parlait des interventions, des médiations et des activités*
405 *tout à l'heure.*

406 E4 : Oui.

407 Question 9 : *Et du coup je voulais savoir : quels sont les principaux obstacles*
408 *à la mise en œuvre de ces interventions, médiations et activités ?*

409 E4 : C'est que le matériel s'épuise très vite

410 *D'accord.*

411 E4 : Bah par exemple la mosaïque, l'argile, le bois pour faire la menuiserie, tout ça,
412 ça s'épuise assez vite. Donc du coup quand le patient me dit *"j'ai envie de faire ça"*,
413 je lui dis *"j'en ai plus"*. Après on arrive toujours à rebondir, à trouver une alternative.

414 *D'accord. Donc du coup ça serait...*

415 E4 : En fait, c'est... Ce n'est pas que c'est le manque de financement parce qu'en
416 vrai, à chaque fois je fais une demande d'argent, de budget pour après faire des
417 courses, je l'ai. Sauf que ça se fait, ça prend 2 ou 3 semaines quoi.

418 *D'accord ok.*

419 E4 : Donc il y a de l'argent, mais du coup il faut faire les demandes et en fait c'est les
420 temps d'attente qui sont un peu longs.

421 *D'accord ok. Oui donc en fait c'est institutionnel, mais ce n'est pas par manque*
422 *de ressources ou...*

423 E4 : C'est ça, en fait c'est les protocoles pour avoir les affaires.

424 *D'accord ok.*

425 E4 : Exemple tout bête, tu vois c'est de "l'ergo" sans être de "l'ergo", mais du coup on
426 a la boxe, on a le sac de frappe. Sauf que le sac de frappe s'était déchiré, ce qui
427 faisait qu'on ne pouvait plus utiliser le sac de frappe pour ne pas qu'ils se blessent. Et
428 du coup on voulait faire une demande de budget pour acheter un sac de frappe, du
429 coup c'était quand même 200€ le sac de frappe, plus le temps de faire le budget, la
430 demande, etcetera. Sauf que la boxe c'est vraiment une activité qui plaît auprès de la
431 population qu'on a, et du coup avec un patient on a réparé le sac de frappe. On a
432 tout recousu. On a mis 2 heures, mais on a réparé. Donc c'est un peu tout ça aussi
433 qui est fait en "ergo". Donc ça peut être des choses qu'ils fabriquent eux, soit pour
434 donner au parloir, soit pour garder, soit pour amener en détention, soit pour laisser
435 dans le service. Ou alors des choses utiles pour le service.

436 *Oui donc en fait ils sont complètement liés à leurs occupations du quotidien.*

437 E4 : J'essaye !

438 *Ben là... Oui en tout cas enfin réparer le sac de frappe, c'est... oui*

439 E4 : Ah c'était soit ils avaient plus boxe, soit on...

440 *Oui, effectivement.*

441 E4 : Et je pense qu'ils se saisissent bien de ce qu'on peut faire en "ergo" du coup.

442 Question 9bis : *Oui. D'accord. Est-ce que d'ailleurs il y a du matériel qui est*
443 *interdit ?*

444 E4 : Matériel interdit ? Oui bah téléphone, on n'a pas le droit au téléphone. Tout ce
445 qui est numérique quoi.

446 *D'accord. Donc il n'y a même pas par exemple un ordinateur sans être*
447 *connecté à internet, ou quelque chose comme ça ?*

448 E4 : Si on a des ordinateurs, pardon, mais du coup le patient ne doit pas avoir accès
449 seul à l'ordinateur.

450 *D'accord ok, mais par contre il y a un accès internet s'il y a quelqu'un avec lui.*

451 E4 : Oui, moi dans ma salle j'ai un ordinateur et dans le coup les patients peuvent,
452 avec moi bien évidemment, mais soit mettre des musiques, soit faire des recherches
453 si ils ont une question ou si ils veulent regarder un truc...

454 *D'accord ok.*

455 E4 : Ce genre de choses. Mais il faut être très vigilant pour que du coup pour qu'ils
456 ne fassent pas des recherches personnelles.

457 *Oui. D'accord. Ok. Mais du coup à part ça il n'y a pas... Je sais que dans un*
458 *UHSA par exemple, ils n'avaient pas le droit d'avoir un marteau.*

459 E4 : Je n'ai jamais fait la demande, je n'ai jamais besoin d'un marteau !

460 *D'accord.*

461 E4 : Bah après dans mes outils que moi j'ai du coup pour les médiations, j'ai la scie,
462 j'ai des outils de ponçage, j'ai quand même des outils qu'on appelle dangereux. J'ai
463 des cutters, j'ai des ciseaux.

464 *D'accord.*

465 E4 : Et souvent d'ailleurs les patients quand je leur montre le placard, parce que
466 j'aime bien du coup leur présenter la salle, faire l'entretien initial, leur présenter la
467 salle, j'ouvre les placards pour qu'un peu ils s'imprègnent un peu de ce qu'il y a, donc
468 je travaille rarement à la première séance en fait. Le temps que ça chemine un peu.
469 Et à chaque fois qu'ils voient le placard des outils, ils reculent d'un pas, ils disent
470 *"mais tu n'as pas peur avec tout ça ?"*.

471 *Question 10 : Ah oui, d'accord. Du coup, je ne sais pas si ma question va être*
472 *très pertinente, mais vous allez me dire. Je voulais vous demander comment*

473 *vous vous adaptez pour vos interventions face aux contraintes diverses. Donc*
474 *là on parlait plutôt de contraintes institutionnelles... Voilà. Comment vous*
475 *adaptez vos interventions face à ces contraintes ?*

476 E4 : *En vrai, j'ai des bonnes capacités d'adaptation en fait.*

477 *Ok.*

478 E4 : *Je ne sais pas si... C'est super prétentieux de dire ça, mais en fait pour moi s'il*
479 *n'y a pas de solution, c'est qu'il n'y a pas de problème. Donc j'arrive toujours à me*
480 *“démener”. Et je fais tout en coopération avec le patient tu vois, je ne suis pas*
481 *au-dessus à lui dire “il faut faire ci, il faut faire ça”. C'est vraiment un processus à 2*
482 *ou à 3 si c'est des groupes, mais...*

483 *D'accord. Oui ok. Bon c'est la réponse que beaucoup m'ont donné,*
484 *l'adaptabilité. Donc...*

485 E4 : *Bah ouais, franchement, enfin en fait je suis moi-même avec les patients et c'est*
486 *comme ça que la relation se fait, que du coup on avance ensemble, quoi.*

487 *Oui.*

488 E4 : *Et je prends du temps à écouter ce qu'ils me disent et à écouter ce qu'ils veulent*
489 *et à ce que...*

490 *Oui. C'est bon pour vous ?*

491 E4 : *Oui.*

492 *Question 11 : Et bien on va pouvoir passer au troisième thème sur l'impact des*
493 *médiations créatives. Du coup vous m'avez dit que vous utilisiez les*
494 *médiations créatives, c'est ça ?*

495 E4 : *Ouais*

496 *Question 12 : Est-ce que vous observez des changements chez les*
497 *patients-détenus suite aux interventions utilisant les médiations créatives ?*

498 E4 : *Déjà je pense que c'est quand même un travail pluridisciplinaire, parce que du*
499 *coup il y a aussi les infirmiers et les psychiatres, tout ça qui permettent aux patients*
500 *d'aller mieux, mais moi aussi du coup et le “psychomot” aussi. C'est vraiment de voir*
501 *que du coup ils sont capables... En fait “l'ergo”, ça les valorise énormément. Parce*

502 que du coup souvent en détention ils ne font plus rien, ils se sous-estiment, ils se
503 dévalorisent. Tu rajoutes à ça la maladie où vraiment il y a le manque de confiance
504 en soi, il y a... Du coup il y a les capacités de concentration qui sont infectées, la
505 motricité et tout et donc du coup en fait les premières séances au début ils disent "*ah*
506 *mais je ne sais pas faire tout ça, je ne suis pas créatif*", je ne suis pas ci, je ne suis
507 pas ça... Ils se dévalorisent énormément. Et en fait je leur dis : "*Mais c'est pas grave*
508 *on essaye*", je dis "*ça se passe entre vous et moi, personne n'est au courant.*
509 *Regardez il y a une poubelle, si ça ne vous plaît pas on jette. Mais on essaye.*" Et
510 donc du coup je travaille vraiment sur le fait que, en fait, ce n'est pas le résultat qui
511 compte mais c'est vraiment de se mettre en activité. Et à 95% du temps les patients
512 ils disent : "*ah ouais mais en fait c'est moi qui ai fait ça*". Et du coup ça valorise
513 énormément. Et après ils sont et je le vois aussi parce que du coup quand ils
514 repartent de la salle avec ce qu'ils ont fait, ils adorent montrer aux autres patients ou
515 aux soignants ce qu'ils ont fait.

516 *D'accord ok. Oui, c'est super. Donc en fait c'est un changement vraiment dans*
517 *la vision de... La perception de soi.*

518 E4 : Oui. C'est ça que vous remarque le plus et c'est ça que je travaille le plus en fait
519 avec eux.

520 *D'accord ok. Est-ce que vous pensez à d'autres choses ou pas ?*

521 E4 : Non.

522 *Ok, pas de soucis ! Je vérifie qu'on ne passe pas à côté de quelque chose.*

523 E4 : En fait si, au contraire par exemple, les patients "mégalos", là par contre le but
524 c'est un peu de les faire redescendre sur terre.

525 *Ah oui d'accord.*

526 E4 : Tu vois en fait je me base vraiment sur ce qu'il faut travailler et ce que le patient
527 me dit et...

528 *D'accord.*

529 E4 : Je ne t'ai pas dit les pathologies en UHSA, tu veux savoir ou pas ?

530 *Ah oui ! Je veux bien ! Merci.*

531 E4 : On a beaucoup de psychoses, on a la schizophrénie c'est la majorité, on a des
532 troubles de l'humeur, bipolaire, quelques états dépressifs, ce n'est pas la majorité
533 mais on en a quelques-uns. On a tous les troubles de la personnalité, borderline.
534 C'est vraiment les 3 grandes pathologies.

535 *Question 13 : Ok. Merci, j'allais oublier. Est-ce que vous avez observé des*
536 *besoins ou des manques, en termes d'occupation, qui pourraient être*
537 *diminués par les médiations créatives ?*

538 E4 : Ben en fait le problème, c'est que les patients s'ennuient énormément. Les
539 patients s'ennuient, parce que du coup... Il y a quand même une activité par
540 demi-journée, mais les patients ne font pas tous, et du coup il y a quand même
541 l'ennui qui se fait sentir. Donc du coup c'est vrai que moi, j'essaie de faire au mieux,
542 mais en fait les médecins me donnent quasiment tous les patients. J'ai dit qu'il y avait
543 20 lits, mais en vrai il y en a que 18 patients par unité parce qu'il y a 2 chambres
544 doubles et les patients ne sont jamais à 2. Donc en tout il y a 36 patients, et sur les
545 36 je pense que ma file active elle est de 30 tu vois. Donc ce qui fait que j'ai
546 énormément de patients à voir, et les patients me disent: "ah mais j'aimerais bien faire
547 de "l'ergo "2 fois, 3 fois par semaine". Et je leur dis : "ah mais tout le monde me dit
548 ça, mais le problème c'est que je ne peux pas voir tout le monde" ! Donc c'est pour
549 ça que parfois j'essaie de faire une séance individuelle et après une séance
550 collective, où du coup ils peuvent un peu plus se saisir.

551 *D'accord. Mais donc du coup si vous aviez la possibilité, le temps de pouvoir*
552 *les voir plus, est-ce que vous pensez du coup que les besoins et les manques*
553 *en termes d'occupation pourraient être diminués par les médiations créatives*
554 *?*

555 E4 : Je pense que même si je les vois 3 fois, ils me diraient "on ne se voit pas
556 assez". Ils me diraient ça, tu vois ?

557 *Oui, d'accord.*

558 E4 : Et parce que je pense aussi que quand ils sont en activité, que ce soit avec moi
559 ou en autre activité du coup, il y a moins de pensées qui font immersion dans leur
560 psychisme mais donc du coup ça les aide à aller mieux. Le temps de l'activité, mais
561 ça les aide à aller mieux.

562 D'accord.

563 E4 : Donc c'est pour ça que j'insiste, je leur dis aussi "*mais faites un ping-pong, faites*
564 *un jeu, faites un truc*", ou alors du coup quand j'ai des patients qui dessinent, du coup
565 je leur donne des feuilles et des crayons pour qu'ils puissent dessiner le soir quand
566 ils sont dans leur chambre, j'essaie un peu de leur trouver des leviers pour qu'ils
567 combient un peu tout ça.

568 *Oui donc en fait, si je comprends bien ce que vous dites, c'est que les*
569 *médiations créatives, en théorie, pourraient diminuer les manques et les*
570 *besoins qu'ils ont en termes d'occupation, mais qu'il y a tellement un ennui si*
571 *je peux dire, qui est présent, que ce n'est pas assez quoi.*

572 E4 : Oui. C'est comme par exemple, ils demandent de faire du sport tous les jours,
573 mais ce n'est clairement pas possible en termes d'organisation, de libérer deux
574 soignants de chaque unité, de toutes les contraintes qu'il y a derrière.

575 D'accord. Mais du coup en théorie, ça fonctionnerait ?

576 E4 : Oui. Après, c'est aussi bien qu'il y ait quand même un temps de réflexion entre
577 deux séances, pour que les patients... Tu vois ?

578 *Oui. Je vois, oui. D'accord ok.*

579 E4 : Mais il y en a qui viennent dans ma salle tous les jours et qui disent : "*je*
580 *m'incrute*".

581 Question 14 : *Oui. Pensez-vous que l'intégration des médiations créatives en*
582 *ergothérapie pourrait aider ou aide les patients-détenus à structurer leurs*
583 *quotidiens en UHSA ?*

584 E4 : Complètement. Et d'ailleurs je le vois complètement en séance si le patient il va
585 bien ou pas. Parce que s'il est complètement désorganisé je sais qu'il ne va pas
586 bien, s'il est complètement logorrhéique je sais qu'il ne va pas bien... Du coup je
587 travaille ça en séance. J'ai des objectifs généraux, et après au moment de... enfin en
588 fonction de l'état clinique du patient, je réadapte mes objectifs. Donc le patient qui est
589 en pleine phase maniaque le but c'est qu'il arrive à se poser 15 minutes sur ce qu'il
590 est en train de faire. Ne pas qu'il se lève toutes les 30 secondes...

591 *Oui. Est-ce que vous aurez des exemples à me donner du coup ?*

592 E4 : Oui. Du coup il y avait un patient qui était bipolaire. Je dis "était" parce qu'il a été
593 libéré. Du coup quand il était stable il était fan de dessin il a fait une école de graph...
594 il fait dans le graphisme quoi. Et donc en fait il adorait faire un peu les personnages
595 de BD, des caricatures, tout ça. Il était hyper créatif et hyper talentueux en plus. Et
596 donc du coup quand il était bien, vraiment je lui donnais le matériel et il était calme
597 pendant 1 heure, mais alors quand il était en phase maniaque, il se levait, il prenait
598 les trucs, il se rasseyait, il changeait de musique, il était hyper dispersé, il était
599 désorganisé. Alors que quand il était en phase dépressive, pour le coup, parce que
600 du coup la bipolarité c'est manie et dépression. Et quand il était en phase dépressive,
601 il disait "*non je dors, je ne viens pas*". Donc en fait je voyais typiquement quand
602 est-ce qu'il allait bien. Et du coup je leur renvoie, je leur dis : "*vous voyez, là ça ne va*
603 *pas, comparé à la semaine dernière où vous étiez comme ça, est-ce que vous voyez*
604 *que là...*", et du coup ça permet aussi de faire travailler justement sur la
605 représentation de la maladie et des répercussions fonctionnelles.

606 *D'accord.*

607 E4 : Ça, ou alors du coup je leur renvoie "*ça, vous vous souvenez, il y a 2 mois*
608 *quand vous êtes arrivés il y avait ça qui était compliqué et là regardez, il y a ça qui va*
609 *mieux*", et du coup ça remet aussi aux patients qu'il y a une amélioration.

610 *Oui, oui c'est important aussi.*

611 E4 : Oui. Amélioration et dégradation. Ça va dans les deux sens.

612 Question 14bis : *Ok et bien super, comme il nous reste du temps, je vais*
613 *revenir un petit peu sur... Au tout début, vous avez parlé de travail. Quand*
614 *vous m'expliquez l'équilibre occupationnel, vous avez dit les soins personnels,*
615 *la productivité je crois ? Et du coup vous avez dit que... Vous n'aviez pas été*
616 *jusqu'au bout de votre réflexion dans le travail.*

617 E4 : Oui, parce que du coup, il y a des détenus qui sont "auxi" en prison, donc c'est
618 le travail en prison. Donc ils sont rémunérés, ce n'est pas très cher mais ils sont
619 rémunérés, c'est la question du travail en prison. Et souvent quand ils arrivent, il y en
620 a qui connaissent bien la prison, ils demandent s'ils peuvent être "auxi" ici. Ce qui
621 n'est clairement pas possible, parce que du coup, l'hôpital n'est pas fait pour travailler
622 en fait. Donc du coup il y a cette demande là des patients qui disent : "*je veux être*

623 "auxi", je veux aider". Donc soit ils pensent à des remises de peine, soit ils ont de
624 l'argent. Donc on leur renvoie que non, ici c'est l'hôpital, qu'il n'y a pas de travail qui
625 est possible. Et du coup... Pourquoi je disais de ça ? Ah oui, et souvent, du coup, la
626 salle "d'ergo," ils appellent ça "l'atelier".

627 *D'accord.*

628 E4 : Parce que du coup c'est là où il y a les outils, ils ne travaillent pas dans le sens
629 du coup de rémunération, mais c'est là où ça ressemble un semblant de travail, donc
630 ils appellent ça "l'atelier" la salle "d'ergo". Mais il n'y a pas du tout question d'argent
631 du coup, à l'UHSA.

632 *Question 15 :* Oui. Ok. Je voulais vous demander aussi... Vous avez
633 commencé un peu à détailler la journée type d'un patient, vous m'avez dit les
634 temps où ils sont en chambre et les temps où ils peuvent être dans l'UHSA et
635 aller un peu, du coup, là où ils veulent...

636 E4 : Oui.

637 *Et par contre, je ne me souviens pas si vous avez parlé des temps, par*
638 *exemple du midi ou du petit déjeuner, des médicaments...*

639 E4 : Alors le matin il sont réveillés à 7h-7h30, il y a le petit déjeuner qui est donné en
640 chambre. Non, je crois qu'il y a d'abord les traitements. Il y a le tour des traitements
641 en chambre et ensuite il y a la distribution du petit déjeuner, donc de 7h30 à 8h30.
642 Ensuite du coup ils ont le temps d'aller fumer la cigarette s'ils veulent, parce que le
643 tabac en milieu carcéral et en psychiatrie, c'est le plus important pour eux. Le matin
644 c'est ça : traitement, petit déjeuner en chambre et puis les cigarettes. Ensuite à 9h ils
645 sont enfermés, donc là c'est le temps pour eux de prendre la douche, de se préparer.
646 Nous on arrive à ce moment-là, après ils sont ouverts à 9h40, et c'est là que du coup
647 il y a soit les activités c'est de 10h à 11h, soit les séances "ergo", "psychomot", soit
648 les entretiens médicaux, soit les "consult" "diét", soit les "consult" assistants sociaux.
649 Donc de 10h à 11h45 en gros il y a tout ça. Ensuite 11h30, c'est le traitement du midi
650 qui commence.

651 *D'accord.*

652 E4 : Donc là le patient est fermé à ce moment-là. Donc traitement du midi à
653 l'infirmerie, et ensuite il y a le repas à midi, dans la salle à manger donc ils mangent

654 tous ensemble. Ils mangent tous ensemble, sauf s'il y en a où c'est très compliqué de
655 manger avec les autres, là du coup le médecin peut dire "*il mange en chambre*". Mais
656 on essaie vraiment qu'ils mangent tous ensemble pour rappeler que du coup le
657 repas, c'est un moment de partage, que c'est le temps où ils sont tous ensemble.

658 *D'accord oui.*

659 E4 : On essaie un peu d'axer sur l'aspect communautaire. Donc ça, donc midi, midi
660 et demi le repas à peu près, ensuite du coup ils font ce qu'ils veulent pendant 1h,
661 enfin ce qu'ils veulent...Ils peuvent aller dans le patio tout ça. Après à 13h30 ils sont
662 de nouveau en chambre pendant 1h, et après 14h30-17h c'est de nouveau entretien
663 "psycho", "ergo", etcetera, activités. 17h30 traitements, 18h repas, et après du coup
664 c'est... Ils font ce qu'ils veulent jusqu'à 22h. Traitement à 22h et après ils sont en
665 chambre.

666 *D'accord ok.*

667 E4 : Et par exemple, tu vois le temps d'enfermement en chambre à 13h30, moi je
668 peux prendre un patient en chambre et lui dire "*venez on se voit*".

669 *Ah d'accord.*

670 E4 : Le médecin pareil, la psychologue pareil, on peut voir les patients pendant le
671 temps de fermeture, notamment pour les patients qui supportent vraiment par
672 l'enfermement.

673 *Oui, d'accord.*

674 E4 : À 9h non, vu qu'on est en "staff" et que c'est le temps où ils prennent la douche
675 et tout, mais à 13h30 un peu. Et souvent ils me disent "*on peut se voir à 13h30 ?*" Ils
676 sont contents de ne pas être enfermés quoi.

677 *Ba oui, je me doute.*

678 E4 : Ou au contraire, il y en a qui aiment bien, justement ça fait 1h "off". Parce que du
679 coup ils sont tout le temps avec les autres patients.

680 *Oui c'est vrai aussi.*

681 E4 : Et donc il y en a qui sont quand même très très très malades, et d'autres qui
682 sont plus stables et donc du coup, il y en a où justement c'est le temps où ils
683 soufflent un peu, ils ne sont pas confrontés aux autres.

684 *Oui, parce qu'ils sont seuls du coup dans leur chambre, ça peut faire une*
685 *pause.*

686 E4 : Oui, ils sont seuls, ils ont la télé. La télé est devenue gratuite pour les patients.
687 Voilà. Ils ont les douches dans leur chambre. La salle de bain dans leur chambre.

688 *Question 15bis : D'accord. Est-ce que, dans la salle à manger par exemple, il*
689 *y a des... Je crois que vous avez parlé de jeux et de... Ping-pong ça doit être*
690 *dehors ça ?*

691 E4 : Oui. La table de ping-pong est dehors ou quand il pleut on peut la mettre dans la
692 salle du "psychomot" s'il ne l'utilise pas.

693 *Mais ça du coup c'est toujours à disposition ?*

694 E4 : Oui il suffit... Parce que du coup on ne la laisse pas tout le temps dehors s'il
695 pleut et tout, mais du coup s'ils veulent jouer on sort la table et ils jouent. Et ça ils
696 peuvent le faire de manière autonome. On n'a pas forcément besoin d'être là à côté
697 en train de les surveiller au ping-pong. Les jeux, pareil, ils peuvent dire "*je peux avoir*
698 *le jeu d'échecs ou je peux avoir le jeu de cartes ?*", tout ça donc on leur passe. Dans
699 la salle détente, il y a une télé du coup ils peuvent regarder la télé tous ensemble. Et
700 ils peuvent, par exemple s'il y a un match à 21h, ils peuvent... Parce que
701 normalement ils sont censés être en chambre à 22h, mais ils peuvent faire une
702 demande auprès de l'équipe de nuit, qui informe la pénitencière, que du coup ce
703 jour-là il y a cinq patients par exemple, qui regardent le match et qui sont ouverts.
704 Mais il faut que du coup les patients soient proactifs et le but c'est de leur dire "*mais*
705 *c'est à vous de demander à l'équipe de nuit, c'est à vous de faire les démarches*".

706 *Question 15ter : D'accord ok. C'est vraiment super. Et justement par rapport à*
707 *l'équipe pénitencière, est-ce que vous pour aller en atelier d'ergothérapie il*
708 *faut passer...*

709 E4 : Absolument pas.

710 *Pour sortir non plus ?*

711 E4 : Non non du coup, en fait l'administration pénitentiaire n'est pas du tout dans les
712 unités avec nous.

713 *Ah d'accord.*

714 E4 : Elles sont au rez-de-chaussée et en fait les unités c'est au 1er étage et la 3e
715 unité elle est au 2e étage, mais bon c'est celle qui est fermée pour l'instant. Et donc
716 du coup c'est au 1er étage, et donc ce qui fait que les surveillants en fait ils ne sont
717 jamais avec nous. Ils ne sont jamais avec nous, ils viennent juste à 13h30 le lundi
718 pour donner les cantines... Pour donner les cantines des patients, ou pareil sur le
719 temps de fermeture, s'il y a un courrier à donner au patient. Courrier et cantines ça,
720 c'est géré par l'administration pénitentiaire et donc du coup nous ce qu'on veut, c'est
721 que les patients voient le moins possible les surveillants.

722 *D'accord oui.*

723 E4 : Justement pour renvoyer qu'ici c'est l'hôpital et que ce n'est pas la prison, parce
724 que souvent les patients qu'on a, ils sont très persécutés par l'administration
725 pénitentiaire.

726 *Oui.*

727 E4 : Et ce sont des trucs où... Par exemple ils disent "je vais dans ma cellule", on leur
728 rappelle que c'est une chambre ici. Donc ça... Et les surveillants du coup, ils
729 interviennent uniquement quand il y a une agitation qu'on n'arrive pas à gérer. Donc
730 c'est ce qu'on appelle le "niveau 3". Et c'est souvent du coup pour mettre un patient
731 en chambre d'isolement et que nous on n'arrive pas à le faire, donc du coup ce sont
732 les surveillants qui sont appelés, qui montent en tenue de "tortue ninja" et qui
733 maîtrisent le patient quoi. Mais c'est très violent et donc du coup on essaie de le faire
734 le moins possible. Et quand c'est le cas, quand on fait un "niveau 3", on met les
735 autres patients dans leur chambre. On les enferme.

736 *Question 15quater : D'accord. Et parce que du coup, je sais que dans d'autres*
737 *UHSA il y a des... il peut y avoir des fouilles ou des... des... des vérifications*
738 *dans l'atelier... Là ce n'est pas le cas ?*

739 E4 : Oui, ben pas pour moi.

740 *D'accord.*

741 E4 : Moi non, les fouilles qu'il y a c'est uniquement quand ils vont au parloir, si un
742 patient a parloir du coup il descend en bas et donc du coup il y a les salles de parloir,
743 et donc là ce sont les surveillants qui gèrent les parloirs. Et après du coup il peut y
744 avoir une fouille. Donc il y a fouille au parloir et aussi quand par exemple ils ont un
745 rendez-vous chez le dentiste, dans un hôpital, du coup il y a une escorte pénitentiaire
746 qui est faite évidemment, et il y a aussi une fouille quand il revient à l'UHSA après
747 son rendez-vous. Mais c'est toujours en bas et ce n'est jamais dans... ce n'est jamais
748 dans l'unité.

749 *D'accord, c'est vraiment séparé en fait.*

750 E4 : C'est vraiment séparé, vraiment. Je les vois le matin quand ils me donnent la clé
751 de casier pour mettre mon téléphone et le soir.

752 *D'accord ok.*

753 E4 : Ou quand ils montent et que je les croise, mais vraiment c'est...

754 *Question 15quinquies : D'accord. Et du coup le parloir... Quand est-ce qu'ils*
755 *ont accès au parloir les patients-détenus ?*

756 E4 : C'est du mardi au samedi, parce que le lundi elle est cantine donc ce n'est pas
757 possible. Et il y a de 13h30 à 15h30. C'est 1h de parloir, ou 2h si c'est la famille, enfin
758 si les proches viennent de plus de 200 km, ils peuvent demander un double parloir
759 donc 2h. Donc ça et c'est 3 parloirs maximum par semaine. Et c'est le même
760 système que du coup, en maison d'arrêt c'est pareil. Dans les maisons centrales et
761 tout c'est 1 parloir par semaine je crois, mais dans les maisons d'arrêt c'est 3 parloirs
762 par semaine.

763 *D'accord, ok.*

764 E4 : Et c'est à la famille d'appeler, de prendre le créneau.

765 *Ah d'accord c'est à la famille de... Ah oui d'accord.*

766 E4 : C'est à la famille d'appeler le numéro du parloir et il faut qu'il y ait une
767 autorisation donnée pas l'administration pénitentiaire pour le... Que la personne
768 vienne voir le patient. Mais c'est à la famille d'appeler. Parce que du coup il faut que
769 la pénitentiaire vérifie qu'elle soit bien sur les listes acceptées quoi. Tout comme le
770 téléphone.

771 *Question 16 : D'accord. Eh bah écoutez je pense que j'ai posé toutes mes*
772 *questions. Est-ce que vous auriez des choses à rajouter ?*

773 E4 : Qu'est-ce que je peux te raconter ? Qu'est-ce que j'ai fait d'autre... On a mis en
774 place un projet beaux-arts. Du coup c'est un partenariat avec l'école des beaux-arts,
775 il y a un photographe qui est venu pendant 4 mois et demi.

776 *Waouh, d'accord.*

777 E4 : Donc du coup c'était une fois par semaine tous les jeudis, à peu près, parce qu'il
778 y a deux semaines où il est venu plusieurs fois fin bref. Pour du coup faire découvrir
779 la photo aux patients. Donc c'est vraiment l'accès à la culture pour les populations
780 qui sont très loin de ça. Donc on a fait ça, on a créé un livre photo et on a fait une
781 exposition à l'UHSA. Et on a fait un vernissage où il y a une cinquantaine de
782 personnes qui sont venus à l'UHSA pour voir l'exposition photo.

783 *D'accord ok, super !*

784 E4 : Donc moi j'essaie vraiment de faire ce genre de choses parce que je trouve ça
785 génial pour les patients de... Voilà. Donc on a fait ça qu'on va remettre en place
786 j'espère. Tu vois, d'avoir des intervenants extérieurs ça les humanise.

787 *Ah ben oui puis ça fait un lien avec un potentiel après.*

788 E4 : Exactement. Donc il y a eu ça, et c'est après que du coup qu'on a fait la sortie à
789 [ville], pour la photographie et avec le photographe d'ailleurs.

790 *D'accord, d'accord ok.*

791 E4 : Donc on a fait ça, cet été j'ai fait une semaine d'Olympiade au moment des Jeux
792 olympiques aussi. Donc en fait il suffit d'être motivé et investi et plein de choses
793 peuvent se faire en fait.

794 *Oui, c'est génial. C'est super.*

795 [...]

796 E4 : Après, avec tout ce qui se passe... C'est comme là du coup on avait des projets,
797 sauf que du coup... Je ne sais pas si tu as vu, mais le ministre de l'Intérieur, il a dit
798 *"plus aucune activité lucrative en prison"*.

799 *Oui...*

800 E4 : Donc du coup nous, on avait un projet [qui ne peut pas se faire].

801 [Fin de discussion]

ANNEXE IV

Tab. I : Tableau du codage des quatre entretiens réalisés.

THÈMES	Codes	Entretien n°1 (E1)	Entretien n°2 (E2)	Entretien n°3 (E3)	Entretien n°4 (E4)
Ergothérapeute	1. Parcours professionnel et posture clinique.	« j'ai eu mon diplôme [...] en 2007, ensuite je suis partie un an au Canada étudier les Arts Plastiques, je suis revenue et j'ai travaillé un an dans une clinique psychiatrique en hôpital de jour. » (Q1) « Je suis repartie environ un an pour voyager et je suis revenue pour travailler à l'hôpital psychiatrique en 2010. » (Q1) « J'ai d'abord travaillé dans un service d'intrahospitalier de secteur, enfin en majorité en "intra" et un petit peu au CATTP du même secteur. » (Q1) « Et depuis 2013, je suis à l'UHSA. » (Q1)	« Je suis ergothérapeute depuis 2020. J'ai, dès mon diplôme, j'ai toujours travaillé en psychiatrie adulte » (Q1) « J'avais un poste en intra à [ville]. Là je suis à l'UHSA depuis un an et demi » (Q1) « Ma pratique elle n'est pas vraiment basée que sur un type d'approche, que ça soit la réhabilitation ou psychodynamique ou l'utilisation de différents modèles conceptuels. En fait, j'avoue, je pioche un peu dans tout, sans que ma pratique soit vraiment basée sur une approche bien définie. » (Q1)	« mon diplôme, 2004 » (Q1) « J'ai travaillé en secteur, intra, extra, j'ai travaillé aussi en hôpital de jour spécialisé, donc plus dans le privé pour le coup. Spécialisé TCA. » (Q1) « Ensuite je suis retournée dans le secteur et ensuite je suis arrivée à UHSA. J'y ai été d'août 2021 à février 2025. Et là je ne suis plus à UHSA. » (Q1) « Moi je n'ai pas été formée aux modèles, mais je sais que j'utilise plutôt le modèle psychodynamique avec quand même des apports plus humanistes aussi, et au gré de la demande des patients. » (Q1)	« j'ai été diplômée en 2019, en "ergo" » (Q1) « j'ai fait un master de santé publique pendant 2 ans. Donc là, j'ai eu mon diplôme de master en 2021. J'ai fait mon stage de master, du coup, au SMPR de [ville]. » (Q1) « suite à mon master et à mon stage là-bas, le cadre "sup" m'a proposé le poste "d'ergo" à l'UHSA. Donc j'ai commencé à l'UHSA en novembre 2021. Ça fait 3 ans et demi que je suis là-bas. Et c'est mon premier poste » (Q1) « l'approche, c'est sur l'occupation » (Q1)

		« J'ai une orientation psychanalytique. » (Q1)		« Je sais qu'il faut qu'on rentre avec un chausse-pied dans un modèle, mais ça dépend beaucoup du profil de la demande du patient. » (Q1) « Donc ça peut m'arriver d'être sur des objectifs beaucoup plus "réhab" quand la demande est "réhab" » (Q1) « Mais je vais avoir une lecture, je pense, plus psychodynamique et humaniste » (Q1) « Je travaille aussi pas mal avec le transculturel mais ce n'est pas vraiment un modèle qui existe en "ergo" » (Q1)	
	4. Familiarité avec le concept d'équilibre occupationnel	[En réponse à la question 3] « Non, pas vraiment. Si vous pouviez me réexpliquer en deux mots. » (Q3) « j'avais une petite idée	« Bah si vous pouvez me le rappeler, enfin en tout cas pour voir si c'est... j'ai la même définition. » (Q3) « oui donc l'équilibre effectivement j'en ai aussi	[En réponse à la question 3] « Pas, pas tant je pense. Je ne pourrais pas donner... J'en ai une idée, mais je ne pourrais pas forcément en donner une explication claire. » (Q3)	[En réponse à la question 3] « Oui, j'ai été diplômée en 2009 et j'ai été diplômée de [ville]. Ils sont très axés sur... Sur ce concept. » (Q3) « C'est mon concept préféré

		quand vous parliez d'équilibre occupationnel, mais c'est vrai que c'est des termes que je n'ai pas du tout entendu à l'école, je pense qu'ils sont plus récents que ça. » (Q3) « pareil j'entends parler d'occupations significatives et signifiantes depuis quelque temps. » (Q3) « Donc oui, je me représente un peu ce que ça peut être. » (Q3) [En répondant à la question 4] « Je ne pense pas vraiment. J'entends qu'il est intéressant, mais je n'ai pas vraiment l'impression qu'il puisse s'appliquer dans la manière dont je reçois les patients, à ce qu'on fait à l'atelier. » (Q4) <i>« quand j'ai appris l'ergothérapie en psychiatrie, l'occupation</i>	cette définition et en fait, c'est surtout beaucoup l'équilibre en fonction des contraintes extérieures. » (Q3)		en ergo. Ah oui, c'est vraiment... C'est ce que je renvoie au patient en plus. » (Q3) « C'est vraiment permettre à la personne de faire des activités dans tous les domaines, que ce soit loisir, soins personnels et travail. Bon, en prison c'est un peu compliqué le terme travail, mais on y reviendra. Et donc c'est vraiment avoir un peu de toutes ces activités dans son panel d'occupation. » (Q3bis)
--	--	--	--	--	--

		<i>c'est vraiment l'activité. On ne parlait pas d'occupation, on parlait de médiation mais c'était vraiment le support à la relation. » (Q5)</i> <i>« Et finalement en psychiatrie, l'occupation en soi n'avait pas d'autre valeur que d'être le support à la médiation. » (Q5)</i>			
	5. Utilisation du concept d'équilibre occupationnel dans la pratique	« Je ne pense pas vraiment. J'entends qu'il est intéressant, mais je n'ai pas vraiment l'impression qu'il puisse s'appliquer dans la manière dont je reçois les patients, à ce qu'on fait à l'atelier. » (Q4) « On essaye de travailler à partir du désir du patient, je pense que la question de désir a quand même une place dans l'équilibre occupationnel tel que vous le décrivez. » (Q4) « Mais on ne reprend pas particulièrement des activités significatives ou	« Oui. » (Q4) « j'essaie qu'on échange ensemble sur entre ce qu'il aimait faire avant, visiblement ce qu'il fait de ses journées quand il est hospitalisé ou en détention » (Q4) « J'essaie de proposer au maximum soit l'activité qu'ils aiment faire, soit l'activité qui pourrait s'en rapprocher. » (Q4bis) « Si, là ce que j'ai pu faire, c'est que les patients [...] souhaitaient faire de la musique. [...] du coup, ce	« si je l'utilise sans le savoir ? Bah oui. » (Q4) « Je pense qu'en tant "qu'ergo" tout le monde l'utilise, mais pas forcément en le nommant. » (Q4) « forcément l'occupation, et la place de l'occupation, ça va prendre dès le début, dès la rencontre avec le patient ça va être le sujet. En ergothérapie. » (Q4) « on va quand même accompagner le retour, on va quand même questionner. Comment ils vont s'occuper. Pour ne pas	« Oui [...] en "ergo" en psychiatrie, c'est vraiment du coup trouver un média qui permet de travailler sur toutes les fonctions cognitives, relationnelles, émotionnelles, tout ça » (Q4) « je ne choisis jamais, enfin, presque jamais le média que les patients vont faire en fait. » (Q4) « je me questionne vraiment sur ce qu'il aimait faire avant, sur ce qu'il a envie de découvrir. Ça vient toujours de la personne. Après bien sûr je l'aide dans

		signifiantes du patient, dans le sens où l'on va faire à partir de ce que l'on a à l'atelier surtout, ce qui ne va pas être les activités du quotidien. » (Q4) « les activités du quotidien du patient, s'il vit en détention, sont particulièrement réduites, pas forcément choisies » (Q4) « les activités du quotidien à l'extérieur, ne sont pas forcément mises en place. » (Q4)	que j'ai fait, c'est que j'ai contacté une musicothérapeute et j'ai pu monter un groupe avec elle. » (Q4bis) « quand je le peux, j'essaye en tout cas, de pouvoir répondre à la demande ou aux besoins des patients. » (Q4bis) « c'est aussi important de proposer aux patients des activités qu'ils seront en mesure de pouvoir refaire soit en chambre, soit en détention » (Q13)	retomber dans le déséquilibre, justement, dans lequel ils étaient, avant » (Q4) « on va parler du retour en détention et de comment ils pourraient s'occuper » (Q4)	la réalisation des tâches et tout ça, mais je veux toujours que ça vienne du patient. » (Q4) « Je m'intéresse vraiment à ce qui est significatif pour la personne,[...] à ce qu'elle aime, à ce qu'elle n'aime pas, à ce qu'elle a envie de découvrir, à ce qu'elle est capable de faire, à ce qui lui manque, à ce qu'elle a envie de travailler. » (Q7bis)
Entre soins et cadre : structure et réalité des UHSA.	2. Description factuelle de l'UHSA et des hospitalisations	« l'UHSA c'est donc une structure, [...] c'est un service qui est dans l'hôpital. » (Q2) “Qui est rattaché, pour l'UHSA dans lequel je travaille, à la prison [nom].” (Q2) « Il reçoit des patients-détenus qui viennent des prisons [zone	« une UHSA, qui est une unité hospitalière spécialement aménagée, est [...] une unité d'hospitalisation, qui est dédiée uniquement, en fait, pour les détenus. » (Q2) « Donc vraiment l'UHSA, il ne peut y avoir que des détenus. » (Q2) « il y a toute une enceinte	« ce sont des unités hospitalières spécialement aménagées qui sont donc à même de recevoir des patients qui sont en détention, soit prévenus, soit détenus. » (Q2) « Moi je travaillais dans une UHSA qui est en [zone géographique] donc qui travaillait avec les prisons situées en [zone	« l'UHSA de [ville], c'est le niveau 3 de soins “psy” en milieu carcéral. [...] c'est un hôpital qui [...] est rattaché à la prison, mais c'est un lieu à part, en termes de géographie. [...] c'est donc une structure à part entière, à elle-même. » (Q2) « les patients viennent des prisons, pour venir faire ces soins à l'UHSA. Donc c'est

		géographique]. » (Q2) « c'est une structure qui accueille des hommes et des femmes, ce qui n'est pas le cas en détention » (Q2) « Il y a trois unités dans l'UHSA de [ville]. » (Q2) « on vient de changer de chef de pôle, donc dans l'organisation du service il y a des changements qui sont en train de se refaire. [...] ce qui s'annonce, c'est à nouveau de travailler avec des unités en séquentiel : avec une unité une de "crise", [...] une unité deux de psychiatrie générale [...] et une unité trois pour des patients plus stabilisés cliniquement » (Q2)	pénitentiaire. [...] quand on arrive dans la structure, on doit passer les contrôles des agents pénitentiaires. [...] le téléphone est interdit, les sacs sont fouillés [...] il faut avoir une autorisation d'entrée pour pouvoir franchir les sas. » (Q2) « Ce n'est pas nous qui avons le choix d'ouvrir ou non les portes. [...] il y a des caméras, on appuie sur un bouton et en fait ce sont les agents pénitentiaires qui nous ouvrent les portes. Donc, c'est important de le savoir puisque [...] de façon pratico-pratique quand on va chercher des patients ou tout déplacement, ça peut être très long.» (Q2) « l'UHSA dans laquelle je travaille, elle est structurée en 3 unités d'hospitalisation. [...] les unités d'entrée, ce sont des patients qui sont en crise. Et après on a une unité qui, on va dire, sera	géographique]. » (Q2) « C'est un hôpital, c'est un service de soins. Finalement assez classique, on retrouve les mêmes acteurs que dans un service de soins classique de secteur, mais il y a une coquille carcérale et une organisation carcérale. » (Q2) « il y a des agents de l'administration pénitentiaire qui sont autour de [...] l'unité de soins. Et puis qui sont parfois amenés à intervenir sur demande. Des soignants, ou pour faire des fouilles, ça c'est plus leur spécificité. » (Q2) « tous les soirs, il y avait un double contrôle des outils. » (Q2) « double contrôle, c'est-à-dire le contrôle de notre part à nous, les deux "ergos", et de la part de	de "l'hospi" complète. » (Q2) « une fois qu'ils vont mieux, soit ils retournent dans la prison, soit ils sont libérés » (Q2) « Il y a 3 unités de 20 lits. [...] une des unités n'a jamais été ouverte. » (Q2) « il y a des infirmiers, aides-soignants, psychiatres, et après il y a les "transversaux", donc tout ce qu'on appelle un peu le "paraméd". [...] il y a une ergo, moi, il y a un "psychomot", il y a une "diét" à [...] mi-temps, deux psychologues et deux assistants sociaux. Nous, on intervient sur les deux unités. » « l'UHSA, de [ville] en tout cas, ce sont les mêmes unités. [...] c'est en forme de carré, où sur les bords extérieurs ce sont les
--	--	--	--	--	---

			plus de consolidation. Ça veut dire que les patients, voilà, là sont stabilisés. » (Q2) « Donc en fait dans cette unité, il y a une psychomotricienne, il y a un éducateur sportif, une infirmière, deux assistantes sociales et deux psychologues. » (Q2) « C'est environ 6 semaines. Donc ça fait un mois et demi. En moyenne, ouais, en moyenne en général c'est à peu près ça. » (Q16bis) « Après, on a aussi des... Ce qu'on appelle des "séquentiels", c'est-à-dire des hospitalisations programmées, [...] personnes restent tant de temps en détention et tant de temps hospitalisé à l'UHSA » (Q16bis) « parfois ils sont renvoyés	l'administration pénitentiaire. Et on signait en fait un registre qui disait que, certains outils, qui étaient sous vitrine fermée, et d'autres dans l'atelier qui étaient répertoriés comme "à vérifier", étaient bien présents » (Q2) « il peut y avoir l'UPHP [...] mais moi je n'y allais pas. Donc en gros, moi j'intervenais vraiment que quand le patient était hospitalisé, il n'y avait pas la continuité du soin qu'on peut retrouver sur les secteurs avec les CATTP, les CMP, les hôpitaux de jour. » (Q2) « il y avait un contrôle du patient. Soit au détecteur de métaux, soit à la palpation, ce qui n'était pas sans poser de problème. Notamment quand c'était à la palpation... » (Q2)	chambres des patients et après il y a un patio au milieu, il y a nos salles d'activité, les bureaux des médecins, le bureau de la cadre » (Q8six) « ils sont enfermés en chambre de 22h à 7h la nuit. » (Q8sept)
--	--	--	--	--	--

			au bout d'une semaine » (Q16bis) « le plus souvent c'est quand même un peu long, parce qu'une des réalités, c'est que quand les patients arrivent. Ce pourquoi ils arrivent chez nous c'est que la plupart du temps ils ont arrêté leur traitement » (Q16bis) « le temps est en moyenne à peu près de 6 semaines, mais on peut avoir un "gap" énorme entre rester une semaine comme il y en a qui est restée 3 ans » (Q16bis)		
	7. Usage institutionnalisé des faits judiciaires dans le projet de soin.	-	-	« il y a des UHSA qui prennent ou des CMPR d'ailleurs, qui prennent le parti de dire : '<i>On ne doit rien savoir des raisons, des chefs d'accusations</i>'. Nous on travaille avec. Donc bah forcément, ça vient changer un peu le travail » (Q2) « Même si tous les	« Alors nous, avant, les assistantes sociales avaient la fiche pénale. Donc là où il y avait tout de détaillé : les motifs d'incarcération, la durée, enfin vraiment les procès-verbaux, tout » (Q8huit) « on a eu la visite du contrôleur des lieux de

				professionnels ne vont pas forcément être d'accord avec ça, donc il y a des professionnels qui n'abordent pas les faits. » (Q2) « après, c'est comment tu t'inscris toi en tant "qu'ergo" dans le projet de service aussi. Mais, dans le projet de service, il y avait le travail sur les faits. » (Q2)	privation de liberté, [...] Et en fait ils nous ont dit qu'on n'était pas censés avoir les motifs d'incarcération. » (Q8huit) « maintenant, je sais qu'on les a moins. Et que du coup si on veut avoir l'information, c'est le médecin qui doit faire la demande auprès de l'administration pénitentiaire en disant que c'est une information médicale. » (Q8huit)
	14. Perception du cadre carcéral comme relativement neutre ou facilitant	-	-	« franchement le fait que ce soit un lieu protégé, justement, pas de caméra, qu'il n'y ait pas de d'aller et venu de l'administration pénitentiaire, ça joue beaucoup sur le fait que, finalement, ton cadre il n'est pas tant changé que ça. » (Q9)	« hormis c'est le petit moment-là du coup 40 minutes le matin et 1 heure l'après-midi, hormis ces moments-là du coup, les patients peuvent déambuler, peuvent aller dans notre bureau, peuvent aller dehors... Enfin dans le patio. » (Q8six) « Il n'y a pas le même enfermement qu'en prison. » (Q8six)

					« l'administration pénitentiaire n'est pas du tout dans les unités avec nous. » (Q16ter) « les surveillants en fait ils ne sont jamais avec nous. [...] ils viennent juste à 13h30 le lundi pour donner les cantines [...] des patients, ou pareil sur le temps de fermeture, s'il y a un courrier à donner au patient. Courrier et cantines ça, c'est géré par l'administration pénitentiaire » (Q16ter) « nous ce qu'on veut, c'est que les patients voient le moins possible les surveillants. » (Q16ter) « les fouilles qu'il y a c'est uniquement quand ils vont au parloir, [...] ce sont les surveillants qui gèrent les parloirs. [...] et aussi quand par exemple ils ont un rendez-vous chez le dentiste, dans un hôpital, du
--	--	--	--	--	---

					coup il y a une escorte pénitentiaire qui est faite évidemment, et il y a aussi une fouille quand il revient à l'UHSA après son rendez-vous. Mais c'est toujours en bas et ce n'est jamais dans... ce n'est jamais dans l'unité. » (Q16ter)
Patients-détenus	3. Patientèle accueillie en UHSA	« La patientèle est plus jeune quand même. Globalement. » (Q2) « C'est une structure qui peut recevoir des patients à partir de l'âge où il peut être incarcéré. » (Q2) « les plus jeunes qu'on ait eu avaient 15 ans » (Q2) « les mineurs, il y a des accueils un peu différents pour eux mais ils sont, enfin voilà, c'est un seul service qui reçoit majeurs, mineurs, hommes et femmes. » (Q2) « c'est quand même généralement des gens qui	« la majorité de nos patients, ce sont des psychotiques. Ça c'est vraiment... Dans la quasi-totalité. Après, il peut y avoir des dépressions avec un risque suicidaire important » (Q2) « ça sera principalement psychotiques » (Q2) « on accueille à la fois hommes, femmes mélangés, c'est mixte. » (Q2) « on accueille aussi les mineurs à partir de 13 ans. » (Q2)	« des patients qui sont en détention, soit prévenus, soit détenus. » (Q2) « les patients qui étaient arrivés plus que mi-peine, qui étaient ce qu'on appelle "aménageables" » (Q2)	« les patients viennent des prisons, pour venir faire ces soins à l'UHSA. » (Q2) « Donc la patientèle c'est... [...] ils sont détenus et nous on accueille hommes, femmes et mineurs. » (Q2) « beaucoup de psychoses, on a la schizophrénie c'est la majorité, on a des troubles de l'humeur, bipolaire, quelques états dépressifs, ce n'est pas la majorité mais on en a quelques-uns. On a tous les troubles de la personnalité, borderline. C'est vraiment les 3 grandes pathologies. » (Q12)

		ont un niveau de vie... Qui sont très défavorisés socialement. » (Q2) « une plus grande partie des patients qu'on reçoit qui sont issus de l'immigration première ou deuxième génération » (Q2) « beaucoup moins de femmes aussi. » (Q2) « c'est une structure qui accueille des hommes et des femmes » (Q2) « la population qu'on reçoit en UHSA est représentative de la population incarcérée en France : beaucoup moins de femmes, des gens très jeunes issus de milieux défavorisés. » (Q2)	« ce n'est pas du tout adapté pour eux parce qu'ils sont mélangés au milieu des adultes, ce qui est... ce qui ne va absolument pas. [...] il faudrait que... Un accompagnement beaucoup plus spécifique et c'est quelque chose qu'on ne peut pas forcément leur offrir. » (Q2) « pour la plupart ils arrivent dans un état d'incurie » (Q5) « Les soins d'hygiène ne sont même pas là pour rythmer leur journée. » (Q5)		
	15. Maladie et situation du patient-détenu comme principal obstacle à la	« Je dirai quand même que le principal obstacle, c'est la raison pour laquelle les patients sont là, c'est leur maladie. » (Q9) « Après, c'est ce autour de	« les détenus, avec des troubles psychiatriques, sont en état de crise et qui nécessitent d'être hospitalisés à temps complet » (Q2)	« il y a un patient qui était très symptomatique, bref, à l'isolement parce que... [...] Et il lisait des mangas, et il n'avait pas le droit d'avoir de mangas dans sa chambre. » (Q6)	« Je pense que le plus compliqué c'est le déni des troubles. Parce que du coup une personne qui est atteinte de troubles "psy", souvent ils n'ont pas conscience de la maladie,

	mise en activité	quoi on va aussi essayer de travailler. » (Q9) « l'idée est quand même une réduction symptomatologique, une réduction de la souffrance, c'est ça les objectifs premiers de l'ergothérapie quand même. » (Q9) « Donc c'est par la mise en activité qu'on va y arriver [...] Et par le lien qui se crée à partir de là » (Q9)	« ils peuvent avoir les activités, mais... Mais franchement ils n'en ont pas tant que ça, tous ne participent pas, tous n'ont pas envie de participer. » (Q5) « Bien évidemment, il y a la clinique des patients. Après, ça, ça nous est arrivé, parfois, de faire un groupe, et que, en fait, cliniquement, aucun patient n'était en capacité d'être en groupe. » (Q9) « parce que le patient, cliniquement, n'est pas en mesure, soit entre-temps il est passé en isolement, soit... ou soit parce qu'ils n'ont pas envie. » (Q9) « ils sont au fond de leur lit, ils n'attendent qu'une chose, c'est en fait passer le temps pour pouvoir vite sortir et fumer, et [...] les mobiliser avant leur promenade, franchement, ça ne marche	« Il y a la contrainte médicale qui l'empêche d'avoir accès à l'occupation. » (Q6) « En plus des symptômes, on peut quand même... C'est aussi des gens qui sont très symptomatiques, que pour des gens qui sont très malades, forcément, l'équilibre est rompu aussi. Quand tu es très envahit par des hallucinations ou quand tu n'es pas disponible psychiquement pour ton occupation, ben tu la laisses de côté » (Q6) « Il y a quand même aussi la maladie qui joue un gros rôle dans la rupture de l'équilibre occupationnel. » (Q6) [En réponse à une question sur l'aspect motivationnel] « Bien sûr que tu as l'aboulie de la dépression, mais tu as aussi l'apragmatisme du	ils ne sont pas conscients qu'ils sont malades et donc du coup c'est ça le plus compliqué. » (Q6) « Un mauvais insight, ce qui fait qu'ils disent "<i>Mais je ne suis pas malade, je dois retourner en prison</i>". » (Q6) « il faut aussi et surtout que le patient soit stable. Parce que s'il est en pleine crise ce n'est clairement pas possible qu'il aille dehors. » (Q8sept) « il y avait un patient qui était bipolaire. [...] quand il était stable, il était fan de dessin [...] quand il était bien, vraiment je lui donnais le matériel et il était calme pendant 1 heure, mais alors quand il était en phase maniaque, il se levait, il prenait les trucs, il se rasseyait, il changeait de musique, il était hyper dispersé, il était désorganisé. [...] quand il
--	------------------	--	---	--	--

			pas du tout. » (Q9) « il y a aussi beaucoup de fois, ou ce pourquoi les séances ou les groupes ne se sont pas faits, c'est parce qu'en fait, les patients ne veulent pas. [...] la période hivernale, ils étaient au fond de leur lit, ils n'avaient absolument pas envie de faire des activités. » (Q9) « On n'insiste pas, parce que... Ils ne sont pas en capacité de pouvoir venir. » (Q9)	psychotique, de schizophrène, et puis à l'inverse tu vas avoir l'hypomanie qu'il faut juguler, du patient maniaque... [...] Ce n'est pas que de la motivation en soi quoi. » (Q6) « Si je sens que c'est un patient qui peut supporter le fait de ne rien faire, bon je vais peut-être redifférer. Si je sens que c'est un patient [...] avec de l'aboulie, des choses comme ça, je vais essayer de soutenir, essayer d'étayer un maximum pour faire émerger une demande. Si je sens que c'est un patient qui est plus dans quelque chose d'apragmatique, [...] bah à ce moment-là je vais proposer quelque chose. » (Q8ter) « ce patient dont je te parle qui était... Il l'est toujours, ça fait quatre mois qu'il est en isolement ce patient. »	était en phase dépressive, il disait "<i>non je dors, je ne viens pas</i>". » (Q15)
--	--	--	---	--	--

				(Q8qar) « Alors la clinique, l'hétéro ou l'auto-agressivité des patients, ça c'est... Je dirais ce qui est attaché aux patients c'est ça. » (Q9) « l'hétéro ou l'auto-agressivité, qui restent des contrindications aux prescriptions "d'ergo" » (Q9) « des patients qui vont être en jugement, en période de jugement, ils ne sont pas disponibles psychiquement parce qu'il y a un énorme enjeu pour eux.» (Q9)	
	24. Symbolique et significations affective des objets manquants	« Les patients me demandent un café. » (Q14) « nous on peut, à l'atelier, parler de la question du manque, parler de la question de l'accueil » (Q14) « il y a des patients qui vont faire une tasse à café en	« la correspondance qu'ils pourraient avoir avec leur proche. Et en fait, c'était qu'ils n'ont pas forcément accès au matériel. » (Q14) « les activités créatives, il y en a beaucoup qui s'en sont saisi pour justement pouvoir écrire ou offrir des choses à leur entourage » (Q14)	-	-

		évoquant ça » (Q14) « la cigarette et le café, ce sont des choses qui prennent de l'importance oui pour les patients. » (Q14) « On a un poste de musique avec des CD dans l'atelier d'ergothérapie, et ça c'est un objet précieux pour les patients. » (Q14) « Ils sont très contents de pouvoir écouter et de choisir la musique qu'ils écoutent. » (Q14)			
Équilibre occupationnel	6. Rupture ou désorganisation occupationnelle à l'arrivée en UHSA.	« quand les patients arrivent, ils sont très malades en général. » (Q5) « ce sont globalement des psychoses décompensées, schizophrénie ou paranoïa » (Q5) « ce sont des gens qui sont, en termes d'occupations, un peu déboussolés, qui ne font pas grand-chose à part délirer. » (Q5)	« ils adoraient faire certaines activités [...] par exemple je vais dire couture, du sport, mais par contre, là en détention, ils en ont plus envie. C'est une activité qu'ils n'ont pas envie de faire ici, dans le cadre de la détention. » (Q4bis) « Enfin on peut parler plutôt de déséquilibre » (Q5)	« ils vont décrire assez facilement, comment ils s'occupent quand ils sont en détention, et comment ils ne peuvent plus s'occuper de la même façon quand ils sont à l'UHSA. » (Q4) « en détention finalement, alors surtout pour ceux qui sont détenus, moins pour ceux qui sont prévenus, mais ils ont accès déjà parfois à un travail, ils ont	« Les patients s'ennuient, parce que du coup... Il y a quand même une activité par demi-journée, mais les patients ne font pas tous, et du coup il y a quand même l'ennui qui se fait sentir. » (Q14) « il y a des détenus qui sont "auxi" en prison, donc c'est le travail en prison. [...] ils demandent s'ils peuvent être "auxi" ici. Ce qui n'est

		« ce sont des gens qui sont très désinsérés socialement et qui sont très désinsérés de leurs occupations habituelles. » (Q5) « Il est rare qu'un patient qui arrive ait pu conserver des habitudes quotidiennes. » (Q5) « En général justement, c'est qu'il y a quelque chose qui ne va plus de ce côté-là non plus. » (Q5) « souvent, en détention, ce sont les surveillants qui vont donner l'alerte, dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas. [...] Et pour que les surveillants s'en rendent compte, c'est que justement le quotidien, les relations, il y a quelque chose qui les interpelle. » (Q5)	« ils vont rester la journée devant la télé » (Q5) « Ce n'est même pas forcément eux qui vont choisir de regarder telle ou telle émission parce qu'ils aiment, mais des fois parce que leur état clinique n'est même pas à ce niveau-là pour essayer de voir ce dont ils ont envie de regarder. » (Q5) « Mais je dirais que l'équilibre occupationnel en UHSA est très pauvre, et je parlerais plus de déséquilibre. » (Q5) « les patients quand ils viennent chez nous hospitalisés, disent que c'est la double peine... Parce qu'ils peuvent encore faire moins de choses qu'en détention. » (Q5) « On leur fait vivre des choses qui sont quand même très dures. » (Q5)	accès à des activités, ils ont parfois accès à une formation, ils ont de quoi se faire à manger, enfin... Ils arrivent comme ça à organiser leur vie, et quand ils sont hospitalisés, ça fait rupture. » (Q4) « Comme n'importe quelle hospitalisation pour n'importe quel patient en fait. Ça fait rupture » (Q4) « les patients en détention ils ne décident pas de grand-chose, quand ils sont, en hospitalisation c'est différent, mais quand ils sont en détention en prison [...] On leur enlève un petit peu leur identité. » (Q14) « Ils sont vachement uniformisés quoi, quand ils sont en détention. [...] à l'hôpital aussi, ils ont un peu tous les mêmes habits d'hôpital... [...] Je me souviens très bien que ça m'avait interpellé quand je	clairement pas possible, parce que du coup, l'hôpital n'est pas fait pour travailler [...] souvent, du coup, la salle "d'ergo," ils appellent ça "l'atelier". Parce que du coup c'est là où il y a les outils, ils ne travaillent pas dans le sens du coup de rémunération, mais c'est là où ça ressemble un semblant de travail, donc ils appellent ça "l'atelier" la salle "d'ergo". » (Q15bis)
--	--	--	---	---	--

				suis arrivée à l'UHSA. Je trouvais qu'ils étaient tous les mêmes. » (Q14) « on leur enlève leur identité, on leur enlève leur autonomie » (Q14)	
	11. Évaluation de l'équilibre occupationnel par observation et échanges.	« Oui, quand je rencontre les patients, que ce soit dans l'unité ou à l'atelier s'ils ont eu une prescription, je n'ai pas de fiche d'évaluation ou quoi que ce soit mais j'évalue quand même les capacités du patient à se mettre en activité, à faire des choix et cetera par l'observation. » (Q7) « Je ne dirai pas que j'oriente cette évaluation spécifiquement autour de l'activité, mais ça fait quand même vraiment partie de ce que je regarde puisque c'est ce que je leur propose de se mettre en activité. » (Q7) « Est-ce qu'ils sont capables de s'orienter vers	[Pour donner un exemple de l'utilisation du concept d'équilibre occupationnel] « avec le patient, à ce qu'il me définisse... Enfin, qu'il me raconte un peu ce qu'il aime faire, tout simplement. » (Q4) « je vais plutôt le faire de façon... Comment... Pas objectivée. » (Q7) « ça sera davantage dans l'échange que je vais pouvoir l'évaluer » (Q7) « Je peux évaluer sinon, l'échelle de l'ELADEB [...] comme il y a des pictogrammes, il n'y a pas forcément accès [...] à la lecture. [...] ça va beaucoup m'aider, en fait, pour pouvoir	« on peut en parler, mais je ne te dirais pas que c'est une évaluation en tant que telle. » (Q7) « moi en tout cas je vais avoir en tête quelque chose de ce côté-là. » (Q7) « [vous en parlez en entretien ?] Ouais... Enfin, au décours d'une séance, tu vois ? Je ne fais pas un entretien spécifique là-dessus mais si le patient commence à en parler, oui, on va en discuter. » (Q7)	« Non je ne fais aucun bilan à l'UHSA » (Q7) « Ce n'est que de l'observation et des entretiens, mais il n'y a pas de grille. Je ne fais pas le MCRO, je ne fais pas tout ça. » (Q7) [En réponse à la question 7bis portant sur l'évaluation de l'équilibre occupationnel] « Oui, enfin... En fait je le fais de manière inconsciente. » (Q7bis) « Sans évaluation pure et dure. » (Q7bis) « je suis un peu la référente des activités. Ce n'est pas officiel mais [...] ils savent que vraiment je suis en

		une activité ou une autre, est-ce qu'ils sont capables à partir de ce choix de réaliser quelque chose ou est-ce qu'ils sont complètement désorganisés. » (Q7) « De se repérer dans le temps, est-ce que ce qu'ils ont fait à l'atelier s'inscrit d'une séance sur l'autre. » (Q7) « Et puis quand même en général lors des premières rencontres on parle quand même, s'ils sont d'accord, de ce qui les animent, de ce qui les occupe à l'extérieur, des activités qu'ils aiment faire. » (Q7) « J'essaye, parce que parfois les patients n'ont pas trop idée de ce qu'ils pourraient faire à l'atelier ou pas très envie de parler de l'hôpital, donc on parle de l'ailleurs, de ce que peut être leur vie dans un autre lieu. » (Q7)	l'évaluer. » (Q7) « les patients n'ont pas forcément une capacité d'élaboration et d'expressions suffisante pour pouvoir me le dire spontanément. [...] des fois, [...] je ne vais pas pouvoir évaluer vraiment leur équilibre occupationnel parce que... Je n'ai pas accès à grand-chose. » (Q7) « je travaille aussi beaucoup avec les assistantes sociales. [...] parce que du coup, ça nous permet d'échanger, on n'a pas toujours les mêmes informations. » (Q7) « ce que je fais aussi avec les assistantes sociales, c'est la passation d'un bilan d'autonomie. [...] l'échelle IADL, que j'ai adaptée en fait à l'UHSA » (Q7) « Je peux intervenir aussi		permanence avec les patients et que je sais ce qu'ils aiment, je sais un peu leur panel occupationnel.» (Q7bis)
--	--	--	---	--	--

			pour... Ba justement, évaluer et voir avec la personne son équilibre occupationnel pour préparer le retour en détention » (Q8)		
Leviers et adaptations	18. Adaptation des interventions à l'état clinique et au rythme du patient	« Face à la contrainte que représente la maladie, ça va être d'adapter le cadre » (Q10) « l'atelier dessin-peinture [...] n'était pas axé [...] c'était vraiment de proposer un lieu que les patients puissent investir ou non » (Q10) « je décris ça parce que [...] j'ai essayé de penser le groupe au plus près de ce que les patients pouvaient faire à ce moment-là de l'hospitalisation. » (Q10) « à l'unité trois [...] j'avais proposé un atelier conte, [...] l'idée ça va être de se mettre en activité en groupe pour faire une fresque commune. » (Q10)	« quand c'est des patients qui nous disent non, en fait, avec ma collègue, on s'adapte et en fait on va demander à d'autres patients, d'autres unités. » (Q9) « je vais tenir compte de leur rythme de vie. » (Q10) « est-ce qu'ils sont plus du matin, est-ce qu'ils sont plus du début d'après-midi, fin d'après-midi » (Q10) « Si moi, je peux m'ajuster, m'adapter et les prendre au moment où eux ils sont plus à même de vouloir faire des activités, je m'adapte comme ça. » (Q10)	« en général moi je les laisse beaucoup amener les choses. Je ne vais pas questionner directement. » (Q4) « Ça dépend de ce que je sens au niveau clinique. » (Q8ter) « Ça se peut qu'il y ait des patients à qui je fais visiter l'atelier et puis, non, ils n'ont pas d'idées. [...] Si je sens que c'est un patient qui peut supporter le fait de ne rien faire, bon je vais peut-être redifférer. Si je sens que c'est un patient [...] avec de l'aboulie, des choses comme ça, je vais essayer de soutenir, essayer d'étayer un maximum pour faire émerger une demande. Si je sens que c'est un patient qui est plus dans	« il faut aussi et surtout que le patient soit stable. » (Q8sept) « il faut prévoir deux mois à l'avance que le patient sera toujours hospitalisé dans deux mois. » (Q8sept) « au contraire par exemple, les patients "mégalos", là par contre le but c'est un peu de les faire redescendre sur terre. Tu vois en fait je me base vraiment sur ce qu'il faut travailler et ce que le patient me dit » (Q12)

		« Ça demande aussi d'être en capacité d'être attentif à l'autre. » (Q10) « il y a des patients [...] je vais les voir à heure très fixe de manière très régulière, parce que ça les rassure » (Q10) « À l'inverse [...] il faut être là au moment où ils sont disponibles et pas à un autre moment. » (Q10) « un monsieur qui vient me demander de réduire les séances à une semaine sur deux [...] comme ça à chaque fois il peut me dire oui. » (Q10)		quelque chose d'apragmatique, [...] bah à ce moment-là je vais proposer quelque chose. » (Q8ter) « ça va vraiment beaucoup beaucoup dépendre de la clinique » (Q8ter) « cette question-là je trouve qu'elle est trop attachée à la clinique pour dégager une généralité. » (Q8ter) « ça fait partie aussi l'autonomie de dire non » (Q9) « ça m'est arrivé d'avoir des patients "limites", au niveau de l'hétéro ou de l'auto-agressivité, et dans ces cas-là je demandais à ma collègue [...] de rester dans le bureau » (Q10) « on s'adaptait, pour que la séance ait lieu, même si on n'était pas sûr du risque hétéro ou auto-agressif. Ça	
--	--	---	--	--	--

				m'est arrivé de faire des séances avec des collègues justement dans ce contexte-là, une fois dans ce contexte-là, la plupart du temps c'est un contexte de barrière de la langue. » (Q10)	
	19. Adaptation face aux contraintes institutionnelles	« Ça fait partie des choses qui sont un peu immuables » (Q10bis) « Il y a des choses qu'on peut essayer de faire entendre, et puis il y a des choses qui sont des règlements, et il faut savoir faire avec le règlement. » (Q10bis) « il y a des contraintes avec lesquelles justement ça nous invite à être plus créatifs. » (Q10bis) « on va devoir faire avec autre chose, inventer une autre manière » (Q10bis)	« il y en a qui adorent rapper, qui adoreraient pouvoir enregistrer, ba... ça par contre ce n'est pas possible. Par contre s'ils veulent qu'on écrive des textes, ensemble, et qu'on puisse rapper en trouvant des morceaux sur internet, ça c'est possible. » (Q4bis) « j'essaie, dès que je le peux, de pouvoir adapter mes activités, mes pratiques, pour que ça... Puisse convenir aux patients. Après, ce n'est pas toujours possible. » (Q4bis) « si moi je ne suis pas en mesure de pouvoir le faire, je fais appel à des collègues. J'essaie de	« On s'en débrouille un peu, du contexte, je pense. Il est là et on fait avec, on est dedans et on trouve des solutions. » (Q9) « on n'a jamais eu le droit d'avoir un marteau par exemple. On n'a jamais eu le droit d'avoir un marteau, ce n'est pas grave » (Q9) « l'administration pénitentiaire, pour le coup, fixait le nombre de patients à 6 et obligeait qu'on soit deux. [...] encore une fois ça va, ce n'est pas grave quoi. Moi, un groupe de 6, ça me suffit largement, je ne me suis jamais dit : <i>"Ah, j'aurais aimé que ce soit un groupe de 8 mais puisque je suis là</i>	« Donc moi au maximum, à chaque fois que je vois un patient, je lui demande quelle activité il voudrait faire la semaine d'après et j'essaie du coup de l'introduire et de l'inscrire aux activités, parce qu'on a une réunion clinique toutes les semaines, une par semaine, et c'est là qu'on fait le planning d'activité de la semaine pour le patient. » (Q5) « En vrai, j'ai des bonnes capacités d'adaptation en fait. » (Q10) « pour moi s'il n'y a pas de solution, c'est qu'il n'y a pas de problème. Donc j'arrive toujours à me "démerder". »

			m'entourer de personnes qui elles ont eu la formation pour » (Q4bis) « comment je l'adapte, ça va être au niveau des horaires de leur sortie pour aller en promenade. [...] que je puisse m'adapter à eux pour qu'ils n'aient pas à choisir entre venir en séance d'ergothérapie ou avoir leur sortie » (Q10) « je m'adapte aussi au temps de présence de mes autres collègues. » (Q10) « Parce qu'en fait, bien souvent, on a aussi des patients en commun. [...] si toi tu les prends tel jour, je ne vais pas lui proposer une séance le même jour. » (Q10) « on va essayer de se mettre d'accord avec mes autres collègues pour qu'ils puissent avoir une activité, par exemple, chaque jour. »	<i>ça ne se peut pas</i>”. Je ne me suis jamais dit ça. Puis s'il y a plus de patients qui veulent faire, tu feras deux groupes, ce n'est pas grave. » (Q9) [En réponse à la question 10] « la taille des groupes. Voilà un exemple concret, la taille des groupes. Voilà on s'adaptait. » (Q10) « Un patient qui [...] se persécute sur l'administration pénitentiaire, ok on s'adapte, on se verra dans l'unité. » (Q10) « Les outils qui ne sont pas permis, bah on en utilise d'autres [...] Moi je ne faisais pas trop de menuiserie par exemple. Parce que sans marteau et sans clous, c'est compliqué. » (Q10)	(Q10) « il suffit d'être motivé et investi et plein de choses peuvent se faire en fait. » (Q17)
--	--	--	--	---	---

			(Q10)		
	20. Relation thérapeutique	-	-	-	« comme moi je suis un peu le “bon objet” au travail, [...] les patients se confient “vachement” à moi et il y a vraiment le lien qui se crée. » (Q7bis) « Je commence souvent ma prise en charge “ergo” en individuel. Pour du coup justement établir la relation, qu’ils découvrent, qu’ils se saisissent de “l’ergo” » (Q8bis) « souvent [la première séance est] en individuel pour apprendre à se connaître et pour qu’ils se familiarisent avec “l’ergo” » (Q8bis) « je fais tout en coopération avec le patient tu vois, je ne suis pas au-dessus à lui dire “il faut faire ci, il faut faire ça”. C’est vraiment un processus à 2 ou à 3 si c’est des groupes » (Q10)

					« en fait je suis moi-même avec les patients et c'est comme ça que la relation se fait, que du coup on avance ensemble, quoi. Et je prends du temps à écouter ce qu'ils me disent et à écouter ce qu'ils veulent » (Q10)
	23. L'importance du sens, de la volonté et de l'investissement du patient-détenu.	« Je pense que c'est la manière dont le patient investit l'objet qu'il est en train de faire, la relation, mais l'activité en soit... » (Q13) « Il y a un patient qui va choisir un masque parce que le masque pour lui ça lui permet de se cacher [...] il y a un patient qui va choisir un masque parce que ça lui fait penser à Venise » (Q13)	« Je pense notamment là à une patiente, qui [...] lit énormément. Et donc en fait la lecture, les jeux cognitifs style mots fléchés, des mandalas, des choses comme ça, lui permettent d'avoir un bon équilibre occupationnel, en tout cas là en étant hospitalisée. Mais ce sont des activités qu'elle n'avait pas l'habitude de faire dans sa vie quotidienne avant l'incarcération, et où elle ne se projette pas non plus forcément à les continuer. Donc en fait l'équilibre occupationnel il est aussi important à prendre en compte dans le contexte vraiment, dans lequel il est.	« je ne sais pas si ça correspond vraiment à quelque chose de signifiant pour chacun, mais ils vont faire des jeux de société oui, ils vont faire un peu de sport aussi. » (Q5) « Est-ce que c'est de l'équilibre occupationnel, je n'en sais rien, tu vois ? Est-ce que c'est signifiant pour eux, je n'en sais rien ! C'est peut-être signifiant pour eux de s'occuper un peu et d'être en groupe, mais est-ce que l'activité en tant que tel » (Q5) « J'imagine aussi que c'est pour chercher de la signi... Enfin pour rendre l'activité	« vraiment moi à chaque fois que je vois un patient en séance je lui dis : "<i>Ah ba la semaine prochaine vous voulez être inscrit à quoi ?</i>". Et du coup je vois avec eux et justement ce qui me permet aussi de travailler , quand ils me disent une activité, je dis : "<i>Vous savez à quoi ça sert ? Ça permet de travailler ça, ça, ça</i>". » (Q5) « ça remet aussi un peu le soin et le fait que ce ne soit pas qu'occupationnel l'activité, que ce soit aussi thérapeutique. » (Q5) « je me serre toujours du levier motivationnel de la

			» (Q4) « ils s'en saisissent énormément. » (Q11) « Au début, ils disent “<i>Non, non, non, je n'ai pas envie ou je ne sais pas faire</i>”. Et puis en fait, ils prennent plaisir à tester, à innover. » (Q13) « ils sont libres de pouvoir... de pouvoir en dire quelque chose de leur création » (Q13)	signifiante aussi. » (Q6) « Ce n'est pas quelque chose qui est accessible comme ça, dans l'atelier, mais ok on va faire ça. Parce qu'en fait peu importe puisque l'idée c'est de créer du lien et de faire émerger une demande. » (Q8) « justement, pour qu'ils puissent se positionner en tant que sujet et qu'ils se sentent un peu plus autonomes dans leur quotidien. Donc en gros, j'essaie de suivre leurs envies. » (Q8) « dans la mesure où je vais partir de leurs demandes, j'imagine que leur demande fait partie d'un équilibre. » (Q8bis) « Tu vois, qu'ils n'ont pas des demandes pour rien. Que c'est forcément que ça a du sens pour eux. » (Q8bis)	personne parce que du coup si c'est quelque chose qu'il n'a pas envie de faire, c'est compliqué. » (Q6bis) « souvent ça vient du patient qui dit : “<i>Ah bah machin il peut venir avec moi</i>”. Et donc c'est comme ça que ça se fait. » (Q8bis) « avec un patient on a réparé le sac de frappe. On a tout recousu. On a mis 2 heures, mais on a réparé. Donc c'est un peu tout ça aussi qui est fait en “ergo”. [...] des choses qu'ils fabriquent eux, soit pour donner au parloir, soit pour garder, soit pour amener en détention, soit pour laisser dans le service. Ou alors des choses utiles pour le service. » (Q9) « je fais tout en coopération avec le patient tu vois, je ne suis pas au-dessus à lui dire “<i>il faut faire ci, il faut faire ça</i>”. C'est vraiment un
--	--	--	---	--	--

				« Sa volon... Enfin son envie. Parfois ça va prendre plus de temps parce que... J'ai une patiente qui m'a dit non pendant 9 semaines d'affilée, mais c'est comme ça, ce n'est pas grave. » (Q9) « ça fait partie aussi l'autonomie de dire non » (Q9) « il est venu faire un truc créatif en "ergo" qui avait du sens pour lui. » (Q12) « justement, on a ce rôle-là dans un atelier "d'ergo", on fait ce qu'on veut. Et si on veut placer le sujet en tant que sujet, tout seul, et bien selon ce dont il aura envie lui et de ce qu'il envie de créer etcetera, ba on a toute la latitude » (Q15bis)	processus à 2 ou à 3 si c'est des groupes » (Q10) « Tu vois en fait je me base vraiment sur ce qu'il faut travailler et ce que le patient me dit » (Q12) « La table de ping-pong est dehors ou quand il pleut on peut la mettre dans la salle du "psychomot" s'il ne l'utilise pas. [...] Les jeux, pareil, ils peuvent dire "<i>je peux avoir le jeu d'échecs ou je peux avoir le jeu de cartes ?</i>", tout ça donc on leur passe. » (Q16bis) « normalement ils sont censés être en chambre à 22h, mais ils peuvent faire une demande auprès de l'équipe de nuit, qui informe la pénitencier, que du coup ce jour-là il y a cinq patients par exemple, qui regardent le match et qui sont ouverts. Mais il faut que du coup les patients soient proactifs et le but c'est de leur dire
--	--	--	--	--	--

					<i>“mais c'est à vous de demander à l'équipe de nuit, c'est à vous de faire les démarches”. » (Q16bis)</i>
	27. Réactions positives des patients-détenus aux médiations créatives	-	« ce qui est très chouette, c'est que les patients s'en saisissent énormément. » (Q11) « Ils prennent plaisir dans l'activité, ce qui nous permet aussi d'énormément les valoriser » (Q11) « ce que tous les patients disent, c'est que ça fait du bien. » (Q11) « à un moment donné, que ça soit une seconde, dix minutes, ou pendant toute l'heure, ils ont réussi à prendre plaisir. » (Q11) « Ils ont réussi à s'évader. [...] ils ont un peu oublié l'enfermement, ils ont un peu oublié la maladie. » (Q11) « c'est aussi une façon	-	-

			qu'ils ont de revenir à la réalité. En fait, il y a aussi ça qu'ils nous disent c'est qu'en fait, ça les raccroche aussi à la réalité... » (Q11) « ça leur donne aussi envie d'être en lien avec les autres. [...] de créer des choses pour pouvoir les donner, les offrir, les envoyer à leur famille. » (Q11) « ils vont pouvoir verbaliser ou décrire leur production, mais il y en a qui vont pouvoir dire, ils vont dire : <i>"Oh, mais j'ai fait ça avant ? Ah mais c'était n'importe quoi, mais qu'est-ce que j'ai voulu dire ? Qu'est-ce que j'ai voulu faire ?"</i> » (Q13) « ils prennent plaisir à tester, à innover. » (Q13) « il y a plein de patients qui après nous disent : <i>"Bah, vous voyez ces activités, je ne les aurais jamais fait de</i>		
--	--	--	---	--	--

			<i>moi-même. Mais, bah en fait, je trouve ça, bah je trouve ça très bien, ça me fait du bien.» » (Q13)</i>		
	28. Leviers institutionnels favorisant l'engagement occupationnel	=	« on n'a pas forcément de freins, je dirais, de notre encadrement, enfin, dans le sens où, quand on propose des projets ou différentes médiations, on est très libres, vraiment, de pouvoir proposer. » (Q9) « on va essayer de se mettre d'accord avec mes autres collègues pour qu'ils puissent avoir une activité, par exemple, chaque jour. » (Q10)	« il y avait un médecin qui était très soutenant, un médecin-chef qui donnait sa place à 'l'ergo', dès le début de l'hospitalisation » (Q9)	« c'est un infirmier qui m'a dit : "<i>ah mais tu ne peux pas faire ça en "ergo" ?</i>". Donc du coup, hop j'ai fait ça avec plusieurs patients. » (Q8ter) « Ça a déjà été fait plusieurs fois. Il peut y avoir des permissions de sortie par exemple avec l'assistant social pour refaire la carte d'identité ou un papier administratif. » (Q8sept) « dans mes outils que moi j'ai du coup pour les médiations, j'ai la scie, j'ai des outils de ponçage, j'ai quand même des outils qu'on appelle dangereux. J'ai des cutters, j'ai des ciseaux. » (Q9bis)
	10. Utilisation des médiations	« Oui. » (Q11)	[en réponse à la question 11] « Absolument. » (Q11)	« ça va être des activités créatives, [...] de la couture, je faisais un atelier court-métrage [...] peinture,	« j'ai plusieurs médiations types que les patients peuvent faire, ça peut être de la peinture, ça peut être

	créatives dans la pratique		« s'il y a bien un groupe qui marche aussi énormément, c'est celui-ci » [le groupe de médiations créatives] (Q11) « bien sûr qu'il faut continuer les activités créatives » (Q11) « ça nous permet de les valoriser et du coup, c'est trop chouette. » (Q11) « C'est une façon aussi de pouvoir être en lien avec eux. Et pouvoir apprendre aussi à faire leur connaissance et à les rencontrer. [...] pour beaucoup ils ne verbalisent pas, ou très peu. Ou n'en ont pas envie, [...] leur création va parler d'elle-même, vraiment va parler d'eux. Et cliniquement, c'est très riche. [...] on va pouvoir avoir accès un peu à ce qui peut se passer psychiquement pour eux. » (Q11)	dessin, mosaïque, poterie » (Q8) [En réponse à la question 11] « Oui. » (Q11)	de l'argile, de la mosaïque, ça peut être de fabriquer des choses pour le service ou pour sa chambre. » (Q8) « par exemple il y a eu la confection de table pour la "cafet" » (Q8ter) « il y a un patient qui voulait faire par exemple la tour Eiffel en allumettes et bah du coup il y avait deux patients qui faisaient le projet ensemble. » (Q8ter) « le monsieur qui a fait sa table de chevet, du coup il y en a un autre qui voulait aussi en faire une, donc du coup le patient a formé l'autre patient. » (Q8ter) [En réponse à la question 11] « Ouais. » (Q11)
--	----------------------------	--	---	--	--

			« de voir dans leurs yeux les petites étoiles quand ils voient leur production accrochée, qu'ils se disent : <i>"Oh, mais j'ai été en capacité de pouvoir faire ça !" C'est trop chouette.</i> » (Q11) « on n'a pas accès à la même partie des patients. Moi, j'ai envie de dire que nous, on a plutôt accès à la partie saine. » (Q11) « ce qui est très chouette aussi, ce n'est pas tant de créer pour créer, c'est aussi de créer, et [...] amener la personne à pouvoir nous en parler » (Q13) « c'est les accompagner comme ça, les revaloriser, ah ouais... Les "renarciser" » (Q13) « c'est hyper valorisant d'avoir un vêtement sur soi et de se dire <i>"Oui, c'est moi</i>		
--	--	--	--	--	--

			qui l'ai fait" » (Q14)		
Freins et contraintes	8. Cadre institutionnel limitant l'accès aux occupations.	« à l'UHSA, une des choses qui va les restreindre, ça va être les restrictions institutionnelles essentiellement. » (Q6) « C'est un fonctionnement avec des horaires très définis, avec un accès à l'extérieur, comme en détention, qui sera sur des horaires. » (Q6) « C'est encore plus strict qu'en détention dans le sens où en détention, les détenus ont dans leur cellule de quoi se faire à manger, ils peuvent fumer quand ils veulent, boire un café quand ils veulent. » (Q6) « À l'hôpital, ils ont accès à leur chambre pour dormir, dans leur chambre ils n'ont pas grand-chose, certainement pas de quoi se faire un café » (Q6)	« Ce n'est pas nous qui avons le choix d'ouvrir ou non les portes. [...] il y a des caméras, on appuie sur un bouton et en fait ce sont les agents pénitentiaires qui nous ouvrent les portes. Donc, c'est important de le savoir puisque [...] de façon pratico-pratique quand on va chercher des patients ou tout déplacement, ça peut être très long. » (Q2) « il y a aussi beaucoup de contraintes. [...] de devoir trouver un équilibre entre tout ce qui n'est pas possible à faire en milieu carcéral. Et franchement, que les patients arrivent à trouver leur équilibre... franchement, c'est quand même très dur. » (Q3) « ils ne peuvent pas s'habiller comme ils le souhaitent. Il faut absolument que les vêtements soient au moins	« on n'a pas notre téléphone, etcetera... Bon voilà c'est sécurisé. » (Q2) « il fallait que je donne le nom du patient et à la sortie de l'atelier il y avait un contrôle du patient. Soit au détecteur de métaux, soit à la palpation, ce qui n'était pas sans poser de problème. En tout cas ça venait teinter quand même, quelque chose, comme leur rappeler aussi, leur statut. » (Q2) « on ne va pas facilement sortir, organiser des sorties culturelles ou thérapeutiques etcetera... Quand bien même, on a mis ça en place quand j'y étais, pour les patients qui étaient arrivés plus que mi-peine, qui était ce qu'on appelle "aménagementables" » (Q2) [en parlant des sorties] « c'était une énorme machine	« leur autonomie est très limitée et, par exemple, ils ne peuvent pas se faire à manger parce que c'est la nourriture de l'hôpital. » (Q5) « Le nettoyage des chambres c'est fait par des femmes de ménage. » (Q5) « il y a des activités qui sont proposées, sauf que du coup il y a un nombre de places limitées et tout le monde ne peut pas faire toutes les activités. » (Q5) « il y en a qui aimeraient bien faire telle activité mais cette semaine ce n'est pas possible parce qu'il y a d'autres patients inscrits 7 (Q5) « Après en termes d'institution en elle-même, les freins... Et je pense vraiment que c'est le fait que ce soit l'hôpital. Parce

		« même en salle commune ils ne peuvent pas se faire un café quand ils veulent parce que c'est le matin et à 16h pour la collation. » (Q6) « je trouve qu'à l'unité une les patients ont très peu le choix des activités qu'ils peuvent faire, c'est très restreint. » (Q6) « C'est moins le cas à l'unité trois, où en plus les patients vont mieux donc ils sont plus aptes à s'occuper et à faire des choix » (Q6) « il y a quand même beaucoup de choses qui sont imposées, même des groupes auxquels ils participent. » (Q6) « Les dernières années, l'ergothérapie pouvait être un soin accessible aux patients depuis les trois unités et là depuis lundi c'est terminé, ce n'est plus à l'unité une. » (Q6)	en dessous du genou, que les épaules soient couvertes, tout ce qui est capuche, casquette, c'est interdit. Ils n'ont pas le droit au bleu marine puisque c'est la couleur de la police et de la gendarmerie. Ils n'ont pas le droit au blanc parce que c'est la couleur des soignants ils n'ont pas le droit au marron-kaki parce que c'est la couleur des militaires [...] je prends l'exemple pour beaucoup de femmes. [...] tout ce côté justement du rôle de femme, de féminité, elles ne l'ont plus du tout. [...] elles aimeraient pouvoir, aussi, par exemple mettre des bijoux, se maquiller... Mais c'est interdit aussi. » (Q3) « il y en a qui adorent rapper, qui adoreraient pouvoir enregistrer, ba... ça par contre ce n'est pas possible. » (Q4bis) « elles vont être rythmées,	à mettre en place parce qu'il fallait l'accord du médecin, que le patient soit d'accord, l'accord du médecin, l'accord de la préfecture, l'accord des juges ! » (Q2) « ils vont décrire assez facilement, comment ils s'occupent quand ils sont en détention, et comment ils ne peuvent plus s'occuper de la même façon quand ils sont à l'UHSA. » (Q4) « en détention finalement, alors surtout pour ceux qui sont détenus, moins pour ceux qui sont prévenus, mais ils ont accès déjà parfois à un travail, ils ont accès à des activités, ils ont parfois accès à une formation, ils ont de quoi se faire à manger, enfin... Ils arrivent comme ça à organiser leur vie, et quand ils sont hospitalisés, ça fait rupture. » (Q4) « Ba en UHSA c'est	qu'en prison du coup ils ont... C'est très contradictoire ce que je vais dire, mais donc du coup ils peuvent cuisiner, ils peuvent entretenir leur linge, ils peuvent faire tout ça et donc du coup ça s'est limité. À l'UHSA. » (Q6bis) « Par exemple le sport je sais que du coup il y a 10 patients et il faut un infirmier de chaque unité, plus un "PAPED" [psychomotricien, assistant social, psychologue, ergothérapeute et diététicien] » (Q8six) « il faut être 3 pour être au sport là-haut. » (Q8six) « normalement je n'ai jamais le droit d'être toute seule en activité ni un infirmier, donc souvent c'est 2. » (Q8six) « ils sont enfermés en chambre de 22h à 7h la
--	--	---	--	--	---

		« les patients en situation de “crise”, entrant, qui vont le plus mal, n’ont plus accès à l’ergothérapie. » (Q6) « comment obtenir la compliance si le patient n’a le choix de rien. » (Q6) « J’ai essayé d’argumenter auprès de la cheffe de pôle [...] [mais] c’est un argument qui n’a pas porté. » (Q6)	par les besoins vitaux. Vraiment, franchement en fait, je dirais c’est ça. C’est rythmé par leurs besoins vitaux, c’est-à-dire qu’ils vont manger, avoir des temps de promenades, donc qui sont quand même très minces c’est deux heures par jour, et la prise des traitements. » (Q5) « ils peuvent avoir les activités, mais... Mais franchement ils n’en ont pas tant que ça, tous ne participent pas, tous n’ont pas envie de participer. » (Q5) « ils ne peuvent pas faire du sport comme ils le souhaiteraient alors qu’en détention ils peuvent » (Q5) « en détention ils peuvent cuisiner parce qu’ils ont droit à des plaques en cellule, ici ils n’ont pas le droit » (Q5)	compliqué... L’équilibre ne leur appartient pas tellement ! » (Q5) “tout est tellement ritualisé, dans une journée, par l’institution, que ce n’est pas leur équilibre occupationnel en fait. » (Q5) [En réponse à la question 6] « La contrainte ! Soit par les consignes qui les empêche d’avoir accès à ce dont ils ont besoin pour leurs occupations significatives, soit le rituel du quotidien qui rythme tout de manière très très très métronomique. » (Q6) « [Donc ce sont des contraintes institutionnelles ?] Oui. Et médicales ! Et médicales. » (Q6) « il y a un patient qui était très symptomatique, bref, à l’isolement parce que... [...] Et il lisait des mangas, et il n’avait pas le droit d’avoir de	nuit. Ensuite de 9h à 9h40 ils sont en chambre, c’est le temps de la relève. Moi j’arrive à 9h, je fais 9h-17h. » (Q8six) « à chaque sortie par contre il faut du coup passer en commission auprès des juges d’applications des peines. Il faut faire la demande et ça passe en commission et après le juge accepte ou refuse. » (Q8sept) « il faut que le patient soit “permissionnable”. Donc je crois que c’est à la moitié ou aux deux tiers de la peine. Donc les prévenus ne peuvent absolument pas sortir, ça c’est impossible. » (Q8sept) « Il faut prévoir deux mois à l’avance que le patient sera toujours hospitalisé dans deux mois. Parce que comme en UHSA, il y a quand même très peu de
--	--	--	--	--	---

			« ils ne peuvent pas sortir comme ils le souhaitent » (Q5) « ils sont quand même fermés 22h sur 24h en chambre » (Q5) « Ils ne peuvent pas fumer dans leur chambre » (Q5) « Ba leur difficulté principale, c'est que, ils n'ont aucune prise... aucun choix sur leur... le rythme qui leur est imposé. » (Q6) « comme ils disent, "<i>on a le choix de rien du tout</i>" » (Q6) « Tout leur est imposé, et... Et ils doivent composer avec ça. » (Q6) « on ne tient absolument pas compte ni de leur équilibre, ni de leur rythme de vie » (Q6) « le petit déjeuner il sera servi de telle heure à telle	mangas dans sa chambre. » (Q6) « ce patient dont je te parle qui était... Il l'est toujours, ça fait quatre mois qu'il est en isolement ce patient. » (Q8qar) « je ne vois pas trop en fait à quel moment je me suis dit : "<i>Ah mince</i>". À part pour les sorties, voilà, c'est tout. Les sorties thérapeutiques » (Q9) « l'administration pénitentiaire, pour le coup, fixait le nombre de patients à 6 et obligeait qu'on soit deux. » (Q9) « Moi je ne faisais pas trop de menuiserie par exemple. Parce que sans marteau et sans clous, c'est compliqué. » (Q10) « on peut se poser la question de si ça ne les annihile pas un peu. Ça ne	place pour un grand nombre de patients, enfin de détenus, il faut quand même prioriser. » (Q8sept) « on a des ordinateurs, [...] mais du coup le patient ne doit pas avoir accès seul à l'ordinateur. moi dans ma salle j'ai un ordinateur et pour le coup les patients peuvent, avec moi bien évidemment, mais soit mettre des musiques, soit faire des recherches si ils ont une question ou si ils veulent regarder un truc... Ce genre de choses. Mais il faut être très vigilant pour que du coup pour qu'ils ne fassent pas des recherches personnelles. » (Q9bis) « sur les 36 je pense que ma file active elle est de 30 tu vois. Donc ce qui fait que j'ai énormément de patients à voir, et les patients me disent: "<i>ah mais j'aimerais bien faire de "l'ergo" 2 fois, 3 fois par semaine</i>". » (Q14)
--	--	--	--	--	---

			heure, si tu ne l'as pas pris, c'est tant pis pour toi » (Q6) « Ils aimeraient, pour la plupart, faire plus d'activité, malheureusement, les soignants n'ont pas forcément le temps de pouvoir offrir ces temps-là d'activité. » (Q6) « Clairement, dans leur journée, le temps d'activité sera pauvre, [...] parfois ils ne vont avoir des activités que deux fois par semaine. » (Q6) « leurs difficultés, c'est [...] qu'ils n'ont pas vraiment de liberté de pouvoir organiser leur journée comme ils le souhaitent. » (Q6) « ils aimeraient faire du sport tous les matins, ba ouais, mais tous les matins ils ne pourront pas forcément faire du sport... » (Q6)	laisse plus de place en fait. » (Q15) « peut-être que par contre, [leur quotidien est] rempli de choses qui n'ont pas de sens pour eux. Ça oui. » (Q15) « ils doivent tous sortir en même temps. [...] à ce moment-là ils n'ont plus accès à leur chambre. » (Q16) « L'administration pénitentiaire sait qui mange à quelle place. [...] toujours assigné à la même place. » (Q16) [En parlant des visites au parloir] « Les gens qui veulent venir, ils font la demande en amont, le juge décide si c'est ok ou pas » (Q16)	« par exemple, ils demandent de faire du sport tous les jours, mais ce n'est clairement pas possible en termes d'organisation, de libérer deux soignants de chaque unité, de toutes les contraintes qu'il y a derrière » (Q14) « il sont réveillés à 7h-7h30, [...] le tour des traitements en chambre et ensuite il y a la distribution du petit déjeuner, donc de 7h30 à 8h30. Ensuite du coup ils ont le temps d'aller fumer la cigarette s'ils veulent, [...] Ensuite à 9h ils sont enfermés, donc là c'est le temps pour eux de prendre la douche, de se préparer. [...] après ils sont ouverts à 9h40, et c'est là que du coup il y a soit les activités c'est de 10h à 11h, soit les séances "ergo", "psychomot", soit les entretiens médicaux, soit les "consult" "diét", soit les
--	--	--	---	---	--

			« Là, l'UHSA, ils sont fermés en chambre. Donc ils sont seuls, et les seuls moments de... sociabilisation, ça va être pendant les temps de promenade. Donc deux heures par jour. » (Q6) [en parlant de la présence obligatoire d'un gradé pour certains les patients "DPS"] « C'est hyper chronophage quoi. Alors, soit on s'assoit sur le protocole, soit on veut vraiment maintenir le protocole, mais du coup c'est une difficulté à pouvoir accéder... Aux activités. » (Q6) « ne serait-ce que pour proposer une activité, en fait, c'est branlebas de combat, il faut prévenir, les gradés, les machins, fin... » (Q6) «[Donc du coup, ce sont plutôt des contraintes institutionnelles, finalement.]		“consult” assistants sociaux. » (Q16) « 11h30, c'est le traitement du midi qui commence. Donc là le patient est fermé à ce moment-là. [...] ensuite il y a le repas à midi, dans la salle à manger donc ils mangent tous ensemble. [...] On essaie un peu d'axer sur l'aspect communautaire. [...] ensuite du coup ils font ce qu'ils veulent pendant 1h, enfin ce qu'ils veulent... Ils peuvent aller dans le patio tout ça. » (Q16) « à 13h30 ils sont de nouveau en chambre pendant 1h, et après 14h30-17h c'est de nouveau entretien “psycho”, “ergo”, etcetera, activités. 17h30 traitements, 18h repas, [...] Ils font ce qu'ils veulent jusqu'à 22h. Traitement à 22h et après ils sont en chambre. » (Q16) « du mardi au samedi,
--	--	--	---	--	--

			Totalement ! Ah ouais, là pour l'instant... Là spontanément ce qui me vient c'est des contraintes institutionnelles oui. » (Q6) « franchement, les horaires des promenades, ça, c'est un frein [...] si les groupes ont lieu en même temps que les temps de promenade, clairement, enfin, on n'aura personne. » (Q9) « les autres freins qu'on peut avoir, c'est aussi de réussir à tous s'articuler, parce qu'entre les patients qui ont des parloirs, les patients qui ont des suivis "psy", les patients qui sont vus par le psychiatre, les patients qui ont un bain thérapeutique, les patients qui ont machin... Et en fait, on s'adapte tout le temps, tout le temps, tout le temps. » (Q9) « un autre point qui nous impacte énormément, c'est		parce que le lundi c'est cantine donc ce n'est pas possible. Et il y a de 13h30 à 15h30. C'est 1h de parloir, ou 2h si c'est la famille, enfin si les proches viennent de plus de 200 km, ils peuvent demander un double parloir donc 2h. Donc ça et c'est 3 parloirs maximum par semaine. » (Q16cinq)
--	--	--	--	--	---

			le moment où il y aura le tour médical. [...] il est assez changeant. [...] il est très différent en fonction des unités, et là, très clairement, si le tour médical a lieu pendant le groupe, on ne verra pas les patients. » (Q9) « [Donc en fait, c'est toujours plus institutionnel ou de par le budget, ou de par l'organisation, le rythme...] Oui » (Q9)		
	9. Contraintes matérielles et architecturales limitant les médiations	« on peut dire qu'il y a des obstacles architecturaux liés au contexte carcéral ou hospitalier. » (Q9) « Par exemple on n'a pas d'accès à l'extérieur, on ferait d'autres activités si on avait un accès à... » (Q9) « Ne serait-ce qu'aller faire des sorties à la bibliothèque si c'est quelque chose que le patient a investi énormément. » (Q9)	« le temps qu'on arrive jusqu'aux unités, qu'on aille chercher les patients chacun dans leur chambre, qu'on réunisse tous les patients, qu'on redescende après dans la salle d'activité. Honnêtement, ça prend au moins 20 minutes. » (Q9) « On peut être contraints par le budget. Ça c'est un peu le nerf de la guerre, c'est toujours une question d'argent. » (Q9)	« On va avoir quelques outils qui n'ont jamais été autorisés. » (Q9) « on n'a jamais eu le droit d'avoir un marteau par exemple. » (Q9) « Moi je ne faisais pas trop de menuiserie par exemple. Parce que sans marteau et sans clous, c'est compliqué » (Q10)	« C'est que le matériel s'épuise très vite. [...] la mosaïque, l'argile, le bois pour faire la menuiserie, tout ça, ça s'épuise assez vite. [...] Après on arrive toujours à rebondir, à trouver une alternative. » (Q9) « Ce n'est pas que c'est le manque de financement parce qu'en vrai, à chaque fois je fais une demande d'argent, de budget pour après faire des courses, je

		« un accès à une cuisine, pour faire de la cuisine avec un patient. Ce que je faisais dans le service où j'étais avant. » (Q9)	« Après, je vais peut-être dire les locaux... Est-ce que les locaux peuvent nous contraindre ? Ouais, des fois, ce n'est pas toujours optimal » (Q9) « on est au rez-de-chaussée, et leur zone d'hospitalisation est à l'étage. [...] pour recevoir les patients, on est obligés d'être deux professionnels, sinon on ne peut pas les recevoir par mesure de sécurité. Ce sont des difficultés aussi, parce qu'en fonction de la présence soignante, des vacances et tout ça, ça peut être une contrainte. » (Q9) « En fait, bien souvent, si on se retrouve tout seul, [...] il y a [...] parfois plein de séances que je dois soit décaler, soit reporter, parce qu'en fait, pendant une heure, je suis toute seule, et personne ne peut le		l'ai. Sauf que ça se fait, ça prend 2 ou 3 semaines quoi. » (Q9) « il y a de l'argent, mais du coup il faut faire les demandes et en fait c'est les temps d'attente qui sont un peu longs. [...] c'est les protocoles pour avoir les affaires. » (Q9)
--	--	---	--	--	---

			présent, et donc je ne peux pas recevoir de patient. » (Q9) « ça fait beaucoup de paramètres à prendre en considération pour pouvoir faire des activités.» (Q9)		
	16. Freins internes à l'équipe	« la cuisine [...] est une activité qui est investie par les infirmiers. D'une autre manière. » (Q9bis) « Il y a des sensibilités on va dire. [...] ils n'ont pas beaucoup investi des activités qu'on leur a proposé de faire en binôme, donc quand ils ont investi une activité, je leur laisse » (Q9bis) « Donc là tu vois, ce sont des choses que du coup je ne m'autorise pas trop à faire, mais ce n'est pas vraiment lié... Pour le coup la cuisine ce n'est pas forcément lié à l'architecture. » (Q9bis)	-	« lui il est en isolement, ce n'est pas pour rien qu'il est en isolement. Est-ce qu'on va lui permettre d'avoir un 'bouquin' ou est-ce qu'on va un peu le punir et qu'il s'emmerde un peu, <i>ça lui fera les pieds</i> » (Q8qar) « il y en a qui [...] mettraient ça plutôt du côté du plaisir et de l'occupation, donc plaisir : tu mérites ou tu ne mérites pas. En UHSA, il y a quand même cette question-là qui revient beaucoup. Le coercitif » (Q8qar) « on pourrait favoriser ça. Que tout le monde ait une attention portée sur l'équilibre occupationnel du	-

				patient. » (Q8qar) « Je pense qu'il y a des infirmiers ou des aides-soignants qui vont être très sensibles à ça et d'autres pas beaucoup. » (Q8qar) « je pense que ça dépend aussi de la considération de chacun pour les occupations, même en général [...] Je pense que ça dépend [...] De ce que chacun y met comme importance. Et quand on n'est pas "ergo", ben ce n'est pas réflexe. » (Q8qar) « Ils ont d'autres réflexes, qui sont tout aussi importants, ils vont peut-être être plus dans le "nursing" [...] Mais pas forcément dans l'occupation » (Q8qar)	
	17. Présence de l'administration pénitentiaire	« Tous les patients qui viennent à l'atelier d'ergothérapie [...] doivent systématiquement passer devant un surveillant	-	« à la sortie de l'atelier il y avait un contrôle du patient. Soit au détecteur de métaux, soit à la palpation, ce qui n'était pas sans	« souvent les patients qu'on a, ils sont très persécutés par l'administration pénitentiaire. » (Q16ter)

	comme frein à la participation	pénitentiaire » (Q10bis) « La palpation, pour un patient qui est un peu persécuté, [...] ça peut être hyper intrusif. » (Q10bis) « Il y a des patients qui ont décidé qu'ils ne voulaient plus venir à l'atelier à cause de ça. » (Q10bis) « Après, on adapte, je rencontre le patient dans l'unité, mais je ne peux pas du tout proposer la même chose. » (Q10bis)		poser de problème. Notamment quand c'était à la palpation... En tout cas ça venait teinter quand même, quelque chose, comme leur rappeler aussi, leur statut. » (Q2) « à part un ou deux patients qui étaient persécutés par l'administration pénitentiaire et ce qui faisait que c'était compliqué pour eux d'aller en 'ergo', parce que fallait passer par l'administration pénitentiaire. » (Q9) « Un patient qui [...] se persécute sur l'administration pénitentiaire » (Q10)	
	26. Emploi du temps quotidien structuré et contraint	« Un patient se lève aux alentours de... Je ne sais plus si c'est 7 ou 8h, je crois. » (Q16) « il y a le petit déjeuner en salle commune à 9h. » (Q16) « ensuite après le	« sa journée type... [...] on commence le matin. Donc, prise de traitement, le petit déjeuner, ensuite il aura un temps de promenade, donc de 30 minutes à une heure. Ensuite, retour en chambre. Prise de traitement le midi. Repas. Ensuite, autre temps de promenade l'après-midi,	« leur quotidien il est ultra structuré, justement. Il est trop structuré. Le quotidien à l'UHSA, [...] C'est tellement structuré que parfois, on peut se poser la question de si ça ne les annihile pas un peu. » (Q15) « Ils sont à la "queue	« par exemple le goûter il faut qu'ils ne soient que 4 patients. Donc 2 de chaque unité. Alors que le sport c'est 10 patients. Donc ce n'est pas le même nombre, donc du coup tous les patients comme ils sont beaucoup, on essaie de mettre 3-4 activités par

		petit-déjeuner il y a un temps en salle commune de 9h15 à 12h on va dire. » (Q16) « avant il y avait un accès libre à l'extérieur, depuis quelques semaines c'est un accès restreint à des heures limitées. » (Q16) « le déjeuner en salle commune à midi, à 13h il y a un retour en chambre obligatoire pour les patients de 13h à 14h. » (Q16) « À 14h il y a, suivant les unités, une première sortie possible et [...] de 15h à 18h il y a un temps en salle commune obligatoire » (Q16) « À 18h ils dînent et à 19h ils retournent en chambre. » (Q16)	30 minutes ou une heure. Prise de traitement le soir. Repas. Et voilà. » (Q16) “dans cette journée-là, peut s'insérer des participations à des groupes thérapeutiques. Peuvent s'insérer des séances individuelles que ça soit en psychomotricité, en sport, en ergothérapie, l'assistante sociale, psychologue ou voir le médecin.” (Q16) “ils peuvent avoir effectivement les parloirs” (Q16)	leu-leu”, [...] ils doivent se lever à telle heure, la promenade c'est à telle heure, ils marchent à la "queue leu-leu"... » (Q15) « Ils se lèvent à 9h. La télé est accessible à partir de 6 heures. [...] ils savent qu'ils doivent se préparer pour le matin. À 9h on les sort de chambre, il y a le petit-déjeuner, après il y a le temps en salle commune. En salle commune il y a la télé, il y a la PlayStation, il y a les jeux, il y a le sport dans la cour. Après il y a des activités quand ils en ont, après c'est le repas, après ce sont les médicaments [...] » (Q15) « il y a des télé dans toutes les chambres, les personnes elles sont enfermées dans leur chambre, ils sont un par chambre enfermé dans leur chambre tout le temps de la nuit, puis à 9 heures, à peu	patient. » (Q8qua) « Oui il y a des activités qui sont faites que par les infirmiers, parce qu'on ne peut pas tout faire, il y a des activités qui sont faites infirmiers-”ergo” ou infirmiers-”psychomot” ou infirmiers-psychologues. Ça mixe. Et ce qui est très riche du coup pour avoir une approche pluridisciplinaire. » (Q8cinq)
--	--	--	--	---	---

				près, on va les chercher. » (Q16) « Quand les portes sont ouvertes, ils doivent tous sortir en même temps. [...] à ce moment-là ils n'ont plus accès à leur chambre. » (Q16) « Ils vont déjeuner dans un réfectoire, donc ils sont placés. L'administration pénitentiaire sait qui mange à quelle place. » (Q16) « Ensuite ils vont dans la salle commune et ils ont accès à la cour, [...] jusqu'à 11h45. » (Q16) « À 11h45 ils doivent aller aux toilettes, en tout cas ceux qui en ont envie. Puis il y a les médicaments, puis le repas du midi, à nouveau dans le même réfectoire, toujours assigné à la même place. » (Q16) « à 13 heures il y a un autre	
--	--	--	--	---	--

				temps en chambre, qui est jusqu'à 14, 15, 16 heures selon l'organisation du service. » (Q16) « Ensuite ils ressortent de chambre pour... Jusqu'à 18 heures. À 18 heures ce sont à nouveau les médicaments ou le repas et à 19 heures ils sont en chambre, jusqu'à 9h00 le lendemain matin. » (Q16) « Il y a beaucoup de temps en chambre. » (Q16)	
La médiation comme levier de soin : pratiques ergothérapeutiques et retentissements cliniques.	12. Activités proposées selon les ressources et les envies du patient-détenu	« je dis toujours aux patients que si eux ont une idée d'une activité qu'ils aimeraient vraiment faire et qu'on n'a pas le matériel, faut quand même qu'ils puissent s'autoriser à le dire parce qu'à partir de là on peut peut-être essayer de faire quelque chose » (Q7) « on peut même exceptionnellement faire entrer du matériel. » (Q7)	« on l'a créé à la demande des patients, parce qu'il y avait beaucoup de patients qui... Qui souhaitaient vraiment travailler autour des instruments de musique, du chant, de l'écriture... » (Q8) « c'est vraiment... Très ouvert, fin vraiment, c'est-à-dire qu'en fonction de ce que les patients ont envie de faire, soit on peut partir sur de la peinture, soit	« justement en 'ergo' tout l'intérêt c'est de savoir ce dont ils ont envie, ce qui pourrait les intéresser, pour pouvoir ensuite les faire choisir quelque chose de signifiant. » (Q5) [En parlant des activités signifiantes en ergothérapie] « En gros on a cette carte à jouer là en "ergo" » (Q5) [En réponse à la question 8] « Tout ce qui veulent ! Nan	« Par exemple il y a un patient qui a voulu fabriquer une table de chevet en carton » (Q8) « je n'ai pas de limite de médiation, [...] si un patient a une idée, du coup ensemble on réfléchit à comment faire. » (Q8) « il y a un patient qui voulait faire par exemple la tour Eiffel en allumettes et bah du coup il y avait deux

		« Il y a des choses qu'on n'a pas mais qu'on peut faire entrer. D'autres qu'on n'a pas qu'on ne peut pas mais... » (Q7) « Il est arrivé aussi que des patients fassent des choses qui ne soient pas du tout ce qu'on fait d'habitude, mais on s'est débrouillés à partir de quelque chose qui leur tient vraiment à cœur. » (Q7)	on peut partir sur du dessin, on peut partir sur de l'écriture, on peut partir sur du... modelage » (Q8) « on change tout le temps en fonction de ce que les patients ont envie de faire » (Q8) « on a fait aussi des karaokés, parce que... Parce qu'ils avaient envie de karaoké » (Q8)	mais dans la limite des matériaux disponibles et des possibilités. Je... Vraiment moi je pars de ce dont ils ont envie, et après si besoin, il y a des compromis qui seront faits » (Q8) « je pars de ce dont ils ont envie ! Donc ça part de la visite de l'atelier pour repérer le matériel. » (Q8) « leurs envies vont s'inspirer soit d'une activité dont ils avaient l'habitude, d'un centre d'intérêt assez fort pour que... Ils l'aient encore même très malades, ou du matériel disponible qui leur donne envie de faire quelque chose » (Q8) « Ça se peut qu'il y ait des patients à qui je fais visiter l'atelier et puis, non, ils n'ont pas d'idées. Ba écoute je vais laisser ça comme ça et puis on verra la semaine prochaine [...] Je vais	patients qui faisaient le projet ensemble. » (Q8ter) « le monsieur qui a fait sa table de chevet, du coup il y en a un autre qui voulait aussi en faire une, donc du coup le patient a formé l'autre patient. » (Q8ter) [Après avoir parlé de l'envie des patients de venir plus régulièrement en ergothérapie] « j'essaie de faire une séance individuelle et après une séance collective, où du coup ils peuvent un peu plus se saisir. » (Q14)
--	--	--	--	--	---

				proposer une activité que moi j'appelle des "activités bouées". Des activités genre colorier un mandala, tu vois ? » (Q8ter) « Quand ils découvrent où ils redécouvrent une activité dont ils avaient envie ou dont ils avaient l'habitude, et qu'ils nous disent qu'ils vont continuer à en faire quand ils retourneront en détention, on est contents. » (Q14) « Ils disent que ça leur avait manqué et qu'ils sont contents de refaire ça, en tout cas ça leur fait du bien. » (Q14)	
	13. Diversité des activités, médiations et interventions .	« On a des séances individuelles ou de groupe. » (Q8) « Les groupes il y en a des ouverts, des fermés, des groupes qui se déroulent dans l'unité et d'autres à l'atelier. » (Q8)	« je vais en avoir un, qui est sur le thème de la musique [...] un temps de chant [...] un temps d'écoute [...] on va écouter cette musique et après, chacun est libre de créer. Soit d'écrire, soit de dessiner, de peindre, comme il veut » (Q8)	« Je faisais de la couture, je faisais un atelier court-métrage... Après c'était de façon très très classique : peinture, dessin, mosaïque, poterie » (Q8) « Et après tu ajoutes à ça ponctuellement les séances "d'ergo", les séances de	« de la peinture, [...] de l'argile, de la mosaïque, ça peut être de fabriquer des choses pour le service ou pour sa chambre. » (Q8) « Donc en fait je n'ai pas de limite de médiation » (Q8) « souvent ça vient du

		« Si je fais un groupe dans une unité je peux le mener seule, si je fais un groupe à l'atelier, si je reçois plus d'un patient à l'atelier, il faut qu'on soit deux pour le coanimer. » (Q8) « Actuellement je fais quand même un atelier de couture avec une collègue infirmière à l'atelier d'ergothérapie. » (Q8) « C'était un atelier dessin-peinture très ouvert, [...] Les patients sont libres de passer, ça dure 1h15, faire des aller-retours, faire quelque chose s'ils le souhaitent ou juste regarder. » (Q8) « Sinon, en médiation à l'atelier, on a de la couture, [...] du cuir, [...] de la couture sur cuir ou des objets en cuir, peinture, dessin, mosaïque, modelage, on a un ordinateur qui n'est pas relié à internet pour des	« un autre groupe qui est atelier créatif [...] en fonction de ce que les patients ont envie de faire, soit on peut partir sur de la peinture, soit on peut partir sur du dessin, on peut partir sur de l'écriture, on peut partir sur du... modelage » (Q8) « l'autre groupe que je mets en place, c'est le groupe jeux de société [...] Soit on va être sur un jeu plutôt, on va dire, réflexif, soit ça va être un jeu d'ambiance [...] on va ajuster » (Q8) « pendant les fêtes, notamment de fin d'année, on a mis en place des groupes qui sortent [...] de ce qu'on peut leur proposer habituellement. Donc là, typiquement c'était, tout ce qui va être de créer la "déco". Voilà, pour décorer dans les unités. » (Q8) « On avait aussi fait un groupe [...]	"psychomot", les séances de psychothérapie, les entretiens médicaux, les entretiens infirmiers, quand tu en as et les entretiens avec l'assistante sociale. Tu ajoutes à ça le panel classique pluriprofessionnel d'un hôpital psychiatrique quoi. » (Q16)	patient qui dit : "Ah bah machin il peut venir avec moi". Et donc c'est comme ça que ça se fait. Donc je fais de l'individuel, comme du groupe. Vraiment c'est 50%. » (Q8bis) « Ça peut être chaque patient à son projet, donc chacun fait ce qu'il fait, ou alors un projet à plusieurs. » (Q8ter) « c'est vraiment soit des trucs utiles pour le service, soit des trucs de déco, soit... » (Q8ter) « Les trucs plus simples pour décorer, par exemple, le service au moment de la fête de la musique. » (Q8ter) « Moi je m'occupe aussi du sport à l'UHSA. Donc en activité, il y a donc le sport, le tchoukball c'est un sport aussi pour gérer l'impulsivité, parce que du
--	--	--	---	---	--

		raisons pénitenciaires mais sur lequel les patients écrivent et impriment des textes, [...] il y a pas mal de patients qui font de la peinture sur t-shirt ou sur des sacs en tissus. » (Q8) « il y a des choses régulières dans la semaine comme un accès au parloir [...] le lundi, mercredi, vendredi et dimanche. » (Q16) « il peut y avoir des visites des avocats, du SPIP, [...] Ou du culte. » (Q16) « des professeurs qui viennent le jeudi après-midi qui proposent des cours de français, de langues étrangères, de math et d'histoire. » (Q16) « il y a une dame qui vient tous les lundis matin pour faire de la thérapie animale, souvent c'est avec un chien. » (Q16)	“correspondance”, c'est-à-dire que, on leur proposait d'écrire une lettre, une carte, et après [...] elles étaient destinées à les offrir à chaque patient. C'est-à-dire que chaque patient a reçu une carte » (Q8) « on a fait aussi des karaokés [...] de blind-test » (Q8) « tous les étés, [...] on organise des olympiades, donc il y a cinq épreuves, à la fois physiques et aussi plus [...] intellectuelles » (Q8) « ce qu'on peut faire aussi c'est organiser des concerts. On va faire venir des intervenants extérieurs, pour leur offrir ponctuellement des temps de concert. » (Q8) « j'aurai tout ce qui est suivi individuel. [...] parce que la		coup la maladie psychique peut aussi avoir des conséquences sur l'agressivité, l'impulsivité. » (Q8qua) « Il y a la cuisine thérapeutique. » (Q8qua) « Il y a des activités plus axées sur la stimulation cognitive donc ça peut être des jeux de société, ça peut être une activité musicale où du coup il faut élaborer sur la musique et sur ses goûts. » (Q8qua) « Il y a aussi une activité où c'est un jeu de société avec un plateau et donc du coup le but c'est de parler, d'améliorer les habiletés relationnelles, parler de soi aussi parce que ça aussi c'est très compliqué pour les patients. » (Q8qua) « Il y a l'activité goûter qui est faite, donc là ils cuisinent un gâteau pour
--	--	---	--	--	--

		« Il y a des intervenants extérieurs qui viennent ponctuellement » (Q16) « J'ai une collègue, psychomotricienne, actuellement en mi-temps mais ça devrait passer en temps plein psychomotricienne. » (Q16) « Il y a aussi les assistantes sociales, les psychologues et puis les infirmiers, surtout de l'unité trois, proposent des groupes. » (Q16) « Éducation thérapeutique, autour de la maladie, un groupe qui s'appelle "Michael's game" aussi. » (Q16) « Plus les entretiens médicaux etcetera. » (Q16)	personne, pour l'instant n'est pas en capacité d'être en groupe » (Q8) « Je peux intervenir aussi pour [...] évaluer et voir avec la personne son équilibre occupationnel pour préparer le retour en détention. » (Q8) « je peux avoir aussi des [...] suivis où là on sera davantage sur de la réhabilitation psychosociale. » (Q8) « [vous avez toutes sortes d'activités créatives.] Oui, voilà, c'est ça. » (Q8)		tout le monde. » (Q8qua) « Il y a l'activité gym douce et zen, donc là c'est un peu du sport doux et de la relaxation. » (Q8qua) « Jardinage, la boxe, l'écriture » (Q8qua) « En fait par demi-journée il y a une activité. » (Q8qua) « Plus après du coup il y a le suivi "ergo" et "psychomot" en plus. » (Q8qua) « nous on a mis en place, quand je suis arrivée à l'UHSA, l'assistant social et la psychologue notamment, on a mis en place le projet de sortie culturelle. » (Q8sept) « Ça s'appelle "sortie culturelle" et j'ai eu la chance d'en faire et c'est incroyable. » (Q8sept)
--	--	--	--	--	--

					« La table de ping-pong est dehors ou quand il pleut on peut la mettre dans la salle du “psychomot” s’il ne l’utilise pas. [...] Les jeux, pareil, ils peuvent dire “<i>je peux avoir le jeu d’échecs ou je peux avoir le jeu de cartes ?</i>”, tout ça donc on leur passe. » (Q16bis) « Dans la salle détente, il y a une télé du coup ils peuvent regarder la télé tous ensemble. [...] normalement ils sont censés être en chambre à 22h, mais ils peuvent faire une demande auprès de l’équipe de nuit, qui informe la pénitenciaire, que du coup ce jour-là il y a cinq patients par exemple, qui regardent le match et qui sont ouverts. Mais il faut que du coup les patients soient proactifs et le but c’est de leur dire “<i>mais c’est à vous de demander à l’équipe de nuit, c’est à vous de faire les démarches</i>”. » (Q16bis)
--	--	--	--	--	---

					« On a mis en place un projet beaux-arts. Du coup c'est un partenariat avec l'école des beaux-arts, il y a un photographe qui est venu pendant 4 mois et demi. » (Q17) « on a fait un vernissage où il y a une cinquantaine de personnes qui sont venues à l'UHSA pour voir l'exposition photo. » (Q17) « cet été j'ai fait une semaine d'Olympiade au moment des Jeux olympiques aussi. » (Q17)
Impacts des médiations créatives	21. Difficulté d'attribuer les effets uniquement à l'ergothérapie.	« Après c'est difficile de dire ce qui est lié à l'ergothérapie spécifiquement parce que le patient il vient en ergothérapie, mais au cours d'une hospitalisation où il voit différents intervenants, il va dans différents espaces de parole, il a un traitement. » (Q12)	« au fur et à mesure, avec les traitements, la stabilisation, ils vont plus comprendre en fait ce qu'ils ont créé, ce qu'ils avaient envie de créer aussi. » (Q12)	« Tu sais je crois qu'on doit travailler avec le fait qu'on ne saura jamais mesurer notre impact. » (Q12) « Je trouve ça très compliqué d'isoler, de dire : <i>“ce patient a fait ça donc il va mieux”</i> ou <i>“ce patient a fait ça donc il y a eu un changement”</i>. » (Q12)	« Déjà je pense que c'est quand même un travail pluridisciplinaire, parce que du coup il y a aussi les infirmiers et les psychiatres, tout ça qui permettent aux patients d'aller mieux, mais moi aussi du coup et le “psychomot” aussi. » (Q12)

				« En fait on est vraiment une pierre à l'édifice de son suivi global » (Q12) « qu'est-ce qu'on en sait en fait ? Si c'est parce qu'il a changé de traitement ou si c'est parce qu'il a eu une discussion avec un infirmière qui l'a aidée ou si c'est parce qu'il est venu faire un truc créatif en "ergo" qui avait du sens pour lui » (Q12) « Qu'est-ce qu'il se passe exactement et comment le mesurer, ou en être sûr, moi je n'en sais rien du tout. » (Q12) « On est quand même sur des domaines où les mesures d'impact elles ne sont pas... Elles sont difficiles à connaître. » (Q12) « L'état général du patient est perceptible, la clinique	
--	--	--	--	--	--

				observable est perceptible, mais le facteur d'amélioration n'est pas forcément facile à isoler. » (Q12) « On a un impact, on peut en faire la supposition, sinon peut-être que la fonction publique arrêterait de payer des “ergos”, on a présumé [...] Mais va savoir. Je ne sais pas. » (Q12) « On travaille tous ensemble et on ne sait pas qui a un effet direct sur le patient. » (Q12) « Les seuls qui ont cette capacité de dire quelque chose, c'est ceux qui... Ce sont les médicaments. » (Q12) [En parlant de l'impact de l'ergothérapie] « Voilà. On peut se dire que oui, mais on ne sait pas. » (Q17)	
	22. Évolution	« il y a quand même des	« ils voient leur production	« On peut se dire : “après la	« En fait “l'ergo”, ça les

	observable des productions et de la relation à l'objet comme indicateur de changement.	séances où il se passe des choses, moi je vois, parfois je fais même remarquer au patient l'évolution qu'il y a dans leur production entre le moment où ils sont arrivés à l'atelier et puis les dernières productions qu'ils font. » (Q12) « Je pense à un patient notamment qui, quand il est arrivé a fait une espèce de truc informe en terre [...] on l'a cuit et ça a cassé. [...] c'était censé être un téléphone mais ça ne l'a même pas... [...] Il a dit "bon ba c'est du pain" et il l'a peint en rose. Et aujourd'hui ce monsieur il fait des tableaux qui représentent des têtes de lions hyper précises » (Q12)	accrochée, qu'ils se disent : <i>"Oh, mais j'ai été en capacité de pouvoir faire ça !"</i> » (Q11)	<i>création d'un objet, le patient il semble et il me dit en plus, qu'il en est satisfait, qu'il est content, qu'il va l'offrir en parlant à ses parents, qu'il va le mettre dans sa chambre".</i> » (Q12) « Tu sens, tu peux mesurer comme ça une sorte d'investissement de l'objet. » (Q12) « forcément, à travers une activité créative, ba forcément tu t'exprimes en tant que sujet » (Q14) « Parce que tu mets de toi dans une activité créative. » (Q14)	valorise énormément. Parce que du coup souvent en détention ils ne font plus rien, ils se sous-estiment, ils se dévalorisent. » (Q12) « au début ils disent <i>"ah mais je ne sais pas faire tout ça, je ne suis pas créatif"</i>, je ne suis pas ci, je ne suis pas ça... Ils se dévalorisent énormément. Et en fait je leur dis : <i>"Mais c'est pas grave on essaye"</i>, je dis <i>"ça se passe entre vous et moi, personne n'est au courant. Regardez, il y a une poubelle, si ça ne vous plaît pas on jette. Mais on essaye."</i> [...] Et à 95% du temps les patients ils disent : <i>"ah ouais mais en fait c'est moi qui ai fait ça"</i>. Et du coup ça valorise énormément. » (Q12) « ils repartent de la salle avec ce qu'ils ont fait, ils adorent montrer aux autres patients ou aux soignants ce qu'ils ont fait. » (Q12)
--	---	---	---	---	--

	25. Médiation créative comme levier de structuration psychique et de compensation	« je pense que oui. Je pense que la manière de se mettre en activité, [...] va lui faire travailler justement autour de la manière de se réorganiser, de s'orienter, de construire quelque chose qui tienne etcetera. » (Q15) « C'est que ça ne soit pas juste l'activité pour l'activité, c'est que justement l'activité permette de se situer un peu ailleurs. » (Q15) « Je pense à un monsieur qui était logorrhéique [...] il a fait de la peinture, et il a choisi de peindre du blanc, sur une feuille blanche. » (Q15bis) « à partir de ce qu'il avait peint, son discours s'est arrêté et il a dit quelque chose en lien avec ce qu'il avait peint. » (Q15bis) « Le discours entre-temps était un peu reparti, mais quand il se mettait en	« leur création va parler d'elle-même, [...] on va pouvoir avoir accès un peu à ce qui peut se passer psychiquement pour eux. » (Q11) « ça les raccroche aussi à la réalité... » (Q11) « les activités créatives, il y en a beaucoup qui s'en sont saisi pour justement pouvoir écrire ou offrir des choses à leur entourage » (Q14) « l'entretien de leurs vêtements. Et passer notamment par la couture ou la broderie. Parce qu'en fait, il y a beaucoup de vêtements qu'ils ne peuvent plus mettre parce qu'ils sont trop grands, parce qu'il y a des trous » (Q14) [En réponse à la question 15] « Mais totalement. Ah oui. » (Q15) « dans toute activité	« Ça structure leur quotidien si, d'être passé par une activité créative leur a permis de trouver plus d'autonomie et plus d'identité » (Q15)	« parce que je pense aussi que quand ils sont en activité, que ce soit avec moi ou dans d'autres activités du coup, il y a moins de pensées qui font immersion dans leur psychisme mais donc du coup ça les aide à aller mieux. » (Q14) [En réponse à la question 15] « Complètement. Et d'ailleurs je le vois complètement en séance si le patient il va bien ou pas. Parce que s'il est complètement désorganisé je sais qu'il ne va pas bien, s'il est complètement logorrhéique je sais qu'il ne va pas bien... Du coup je travaille ça en séance. » (Q15)
--	--	---	--	--	--

		activité ça s'arrêtait. » (Q15bis) « il a fait un sapin. Et il l'a peint en vert. » (Q15bis) « c'était la première fois qu'il me voyait en fait ce monsieur. » (Q15bis) « Ce monsieur progressivement allait mieux » (Q15bis)	créative, quelle qu'elle soit, il y a forcément des étapes à suivre. Il y a forcément une bonne utilisation du matériel à avoir, un respect aussi de celui-ci. » (Q15) « <i>"Il faut les faire dans un ordre, sinon ça ne marche pas."</i> » (Q15) « <i>"vous allez vous confronter au matériel, mais c'est lui qui va gagner, en fait"</i> » (Q15) « <i>"dans la vie de tous les jours, ça va être ça aussi. [...] si vous ne respectez pas les propriétés, les règles de là où vous vivez, forcément, ça ne "matchera" pas."</i> » (Q15) « c'est ce qui permet aussi aux patients, je trouve, d'avoir une autre image des activités créatives. [...] parce que eux, ils ne font pas forcément le lien de l'activité créative et du lien avec la		
--	--	---	--	--	--

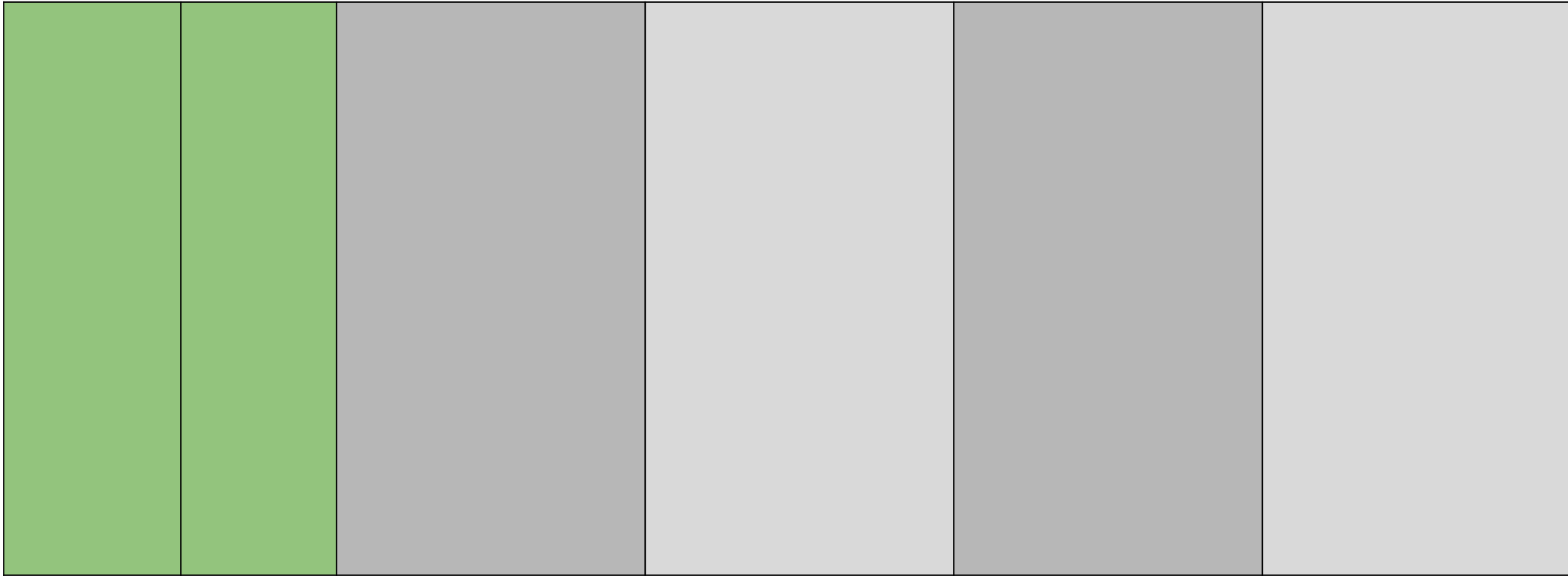
			vie de tous les jours » (Q15)		
	29. Changement s liés aux médiations créatives	-	[En réponse à la question 12] « Oh ! Mais oui ! » (Q12) « si on prend la clinique des patients, ça va être aussi de... de voir une organisation, [...] de retrouver, en fait, une organisation, de retrouver un plan, en fait, on va dire, un plan d'intervention. » (Q13) « au tout début, le patient ça va être n'importe quoi, [...] il va travailler de façon peu soignée » (Q13) « au fur et à mesure, on se rend compte que, [...] la façon dont il utilise le matériel est beaucoup plus adaptée, et sa production. » (Q13) « Beaucoup de confiance en soi, de revalorisation aussi. [...] le côté créatif pour ça, ce n'est pas magique, mais presque »	« la même médecin, elle me croise hier, elle me dit : <i>“Ça lui fait beaucoup de bien ce qu'elle fait madame machin avec toi”</i>. Peut-être » (Q12) [En parlant de témoignages sur l'impact de l'ergothérapie] « Alors si, parfois, mais c'est tellement isolé qu'on s'en souvient toute une vie. » (Q12) « il y a un patient qui m'interpelle et qui me dit... En plus il se souvenait de mon prénom, et là il me dit : <i>“Vous vous souvenez, j'avais fait tel truc avec vous !”</i> [...] Et lui se souvenait de ce qu'il avait fait, de la musique qu'il a écoutée quand on l'a fait, donc un truc hyper précis quoi. Et avec un grand sourire, trois ans, quatre ans plus tard. » (Q17)	-

			(Q13)		
--	--	--	-------	--	--

	30. Impact des médiations créatives sur l'identité et les rôles	-	-	« forcément, à travers une activité créative, ba forcément tu t'exprimes en tant que sujet » (Q14) « Parce que tu mets de toi dans une activité créative. » (Q14) « Ils sont dans un manque de place de sujet et d'autonomie, ça c'est sûr. D'identité, d'autonomie et voilà.” (Q14) « il y a pas mal de patients qui vont un peu, alors je ne sais pas si c'est un hasard ou pas mais il y a pleins de patients qui font des drapeaux par exemple. Énormément de patients qui vont faire le drapeau de leur pays ou qui vont écrire leur nom. Vraiment très fort du côté de l'identité » (Q14) « J'avais eu envie de faire un groupe spécial autour de l'identité. » (Q14)	« [Donc en fait c'est un changement vraiment dans la vision de... La perception de soi.] Oui. C'est ça que je remarque le plus et c'est ça que je travaille le plus en fait avec eux. » (Q12) « je leur dis : “vous voyez, là ça ne va pas, comparé à la semaine dernière où vous étiez comme ça, est-ce que vous voyez que là...””, et du coup ça permet aussi de faire travailler justement sur la représentation de la maladie et des répercussions fonctionnelles. » (Q15)
--	---	---	---	--	--

				« c'est un truc dont je parle beaucoup avec les patients : d'où ils viennent, qu'ils me parlent de leur pays » (Q14) « les patients en détention ils ne décident pas de grand-chose, quand ils sont, en hospitalisation c'est différent, mais quand ils sont en détention en prison [...] On leur enlève un petit peu leur identité. » (Q14) « Parce que tu ne peux pas travailler l'autonomie si tu ne places pas le sujet en tant que... le patient pardon, en tant que sujet » (Q15bis) « Dans le développement de la personnalité ou de l'autonomie, à un moment donné, tu es obligé de faire avec le fait que le patient est un sujet unique... Avec des besoins uniques » (Q15bis) « Diversifier, personnaliser aussi tu vois ? Encore une	
--	--	--	--	---	--

				fois, moi je pense vraiment qu'en détention il y a aussi un énorme souci de ce côté-là. » (Q15bis) « On a l'impression qu'on leur retire leur... Qui ils sont quoi. » (Q15bis) « Tu sais, les besoins uniques, [...] On ne veut pas de ça en détention. [...] dans les lieux de soins [...] Très contraint et très enfermé comme l'UHSA ou l'UMD, c'est compliqué. C'est compliqué de maintenir quelque chose du côté de la suggestion, c'est très compliqué. » (Q15bis) « justement, on a ce rôle-là dans un atelier "d'ergo", on fait ce qu'on veut. Et si on veut placer le sujet en tant que sujet, tout seul, et bien selon ce dont il aura envie lui et de ce qu'il envie de créer etcetera, ba on a toute la latitude » (Q15bis)	
--	--	--	--	---	--



Résumé

Équilibre occupationnel et détention : l'apport de l'ergothérapie en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA).

L'équilibre occupationnel représente un enjeu central pour les patients-détenus souffrant de troubles psychiatriques, notamment lors de leur séjour en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). Ce mémoire explore le rôle que peut jouer l'ergothérapie dans le soutien de cet équilibre au sein de ce contexte particulier. La recherche s'appuie sur quatre entretiens semi-directifs menés auprès d'ergothérapeutes exerçant en UHSA. L'analyse qualitative met en lumière l'importance de la posture clinique de l'ergothérapeute, fondée sur l'écoute, l'adaptation et la reconnaissance du patient comme sujet. Elle souligne également le rôle structurant des médiations proposées, notamment les médiations créatives, qui favorisent l'expression, la revalorisation de soi et l'engagement dans des occupations signifiantes. Ces effets, variables selon les situations, dépendent de multiples facteurs cliniques et institutionnels. L'ensemble de ces éléments met en évidence la contribution spécifique de l'ergothérapie au sein du parcours de soins des patients-détenus en UHSA.

Mots-clefs : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée - ergothérapie - troubles psychiatriques - patients-détenus - équilibre occupationnel.

Abstract

Occupational Balance and Incarceration: The Contribution of Occupational therapy in secure psychiatric units (UHSA).

Occupational balance is a key issue for incarcerated patients suffering from psychiatric disorders, particularly during their stay in Secure Psychiatric Units (UHSA). This thesis explores the role occupational therapy can play in supporting this balance within such a specific context. The research is based on four semi-structured interviews conducted with occupational therapists working in different UHSAs. The qualitative analysis highlights the importance of the therapist's clinical posture, grounded in listening, adaptability, and the recognition of the patient as a subject. It also emphasizes the structuring role of the activities offered, especially creative mediations, which foster self-expression, self-esteem, and engagement in meaningful occupations. These effects, which vary from case to case, depend on multiple clinical and institutional factors. Taken together, these findings underline the specific contribution of occupational therapy within the care pathway of incarcerated patients in UHSA.

Keywords : UHSA - occupational therapy - psychiatric disorders - incarcerated patients - occupational balance.