



Institut de Formation en Ergothérapie de Paris ADERE

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

Situé à 52 rue Vitruve 20^e Arrondissement

Le rôle de l'ergothérapeute en unité de soins psychiatriques en milieu
carcéral dans la prise en soin des personnes présentant un épisode
dépressif caractérisé à l'arrivée en détention afin de favoriser la
participation occupationnelle.



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

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame NOTREDAME Cécile

ROMERO Julia

Session Juin 2026

Note au lecteur : *« 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 Cécile NOTREDAME, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement, tous ses conseils et sa bienveillance durant cette année, qui m'ont permis de mener à bien de ce travail dans les meilleures conditions.

Je remercie également les ergothérapeutes rencontrés en stage, ainsi que ceux ayant participé à mon étude, pour tous leurs échanges, leur disponibilité et le partage de leur expérience. Cela m'a permis de progresser, de cheminer et d'évoluer professionnellement.

Merci également à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie ADERE pour leur soutien et leur engagement tout au long de ces trois années.

Enfin, je tenais à remercier ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur présence qui m'ont porté jusqu'au bout de ce travail.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

RESUME

Le rôle de l'ergothérapeute en unité de soins psychiatriques en milieu carcéral dans la prise en soin des personnes présentant un épisode dépressif à l'arrivée en détention, afin de favoriser leur participation occupationnelle.

Mots clés : Ergothérapie - Unité de soins psychiatriques - Milieu carcéral- Episode dépressif caractérisé - Participation occupationnelle

Introduction : L'entrée en prison, de par la perte de repères, l'isolement et les contraintes propres au milieu carcéral, constitue une rupture importante pouvant entraîner chez certains détenus une souffrance psychique et favoriser l'apparition d'un épisode dépressif caractérisé. Dans ce contexte, l'ergothérapeute intervenant en unité de soins psychiatriques occupe une place spécifique dans la prise en soin de cette population grâce à son approche centrée sur le lien entre l'occupation et la santé. **Objectif :** L'objectif de ce mémoire est de comprendre comment l'ergothérapeute peut s'inscrire spécifiquement dans la prise en soin des patients détenus présentant un épisode dépressif caractérisé à leur arrivée en détention. Il s'agit également d'explorer comment il peut contribuer à réduire les symptômes dépressifs, notamment en favorisant la participation occupationnelle à travers des médiations significantes et significatives pour la personne. Ce mémoire vise également à identifier quels sont les objectifs à travers la prise en soin en ergothérapie ainsi que les modalités d'interventions associées, mobilisées par les ergothérapeutes. **Méthode :** Une méthode qualitative a été choisie pour tenter de répondre à ce questionnement. Elle a été effectuée à travers des entretiens semi-directifs. Quatre ergothérapeutes diplômés d'Etat et exerçant auprès de cette population dans ce milieu spécifique ont été interrogées afin de recueillir leurs différentes expériences. **Résultat :** Les résultats de l'enquête montrent que l'ergothérapeute joue un rôle essentiel et spécifique dans l'accompagnement de cette population, notamment à travers l'utilisation de médiations créatives dans le cadre de prises en soin individuelles ou groupales. Le groupe thérapeutique en ergothérapie de par sa dynamique, favorise davantage une reprise de la participation occupationnelle chez les patients et contribue à la diminution des symptômes dépressifs. Il convient cependant de comprendre que le travail en groupe n'est accessible qu'à certains profils de patients, car parfois, ils nécessitent un accompagnement seulement individuel.

ABSTRACT

The role of occupational therapists in psychiatric care units in prison in caring for people with a depressive episode upon arrival in prison to promote their occupational participation.

Keywords : Occupational therapy – Psychiatric care unit – Prison environment – Major depressive episode – Occupational participation

Introduction : Entering prison, due to the loss of personal bearings, isolation, and constraints specific to the prison environment, represents a significant break that can lead some inmates to experience psychological distress and contribute to the onset of a major depressive episode. In this context, occupational therapists working in psychiatric care units hold a specific role in supporting this population through an approach focused on the relationship between occupation and health. **Objective :** The objectif of this thesis is to understand how occupational therapists can be involved in the care specifically of incarcerated patients presenting with a major depressive episode upon their entry into prison. It is also a question of exploring how they can help reduce depressive symptoms, particularly by promoting occupational participation through meaningful and purposeful activities for the person. This work also aims to identify the objectives of occupational therapy interventions and the intervention methods used by occupational therapists. **Method :** A qualitative method was conducted to answer this question. Using semi-structured interviews. Four occupational therapists working with this population in this specific environment were interviewed in order to gather their different experiences. **Résultat :** The results of the survey show that occupational therapists play an essential role in supporting this population, particularly through the use of creative therapeutic in the context of individual or group care. It appears that the therapeutic group in occupational therapy, through its dynamic, more strongly promotes the resumption of occupational participation among patients and contributes to the reduction of depressive symptoms. However, it should be noted that group work is only accessible to certain profiles of patients, with some requiring exclusively individual support.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I/ CADRE CONTEXTUEL.....	3
Situation de départ.....	3
Question de recherche.....	4
 II/ CADRE CONCEPTUEL.....	 5
A. Le système carcéral et la santé mentale à l'arrivée en prison.....	5
1. Contexte et organisation du milieu carcéral.....	5
a) Les différents types d'établissement pénitenciers.....	5
b) Objectifs et missions de la détention.....	7
c) Les différents établissements de soin en prison.....	8
2. La santé mentale en prison.....	10
a) Facteurs aggravant à l'arrivée.....	10
b) Conséquences psychiques liée à la privation de liberté.....	11
c) Prévalence des troubles psychiques à l'arrivée.....	13
3. Enjeux occupationnels et privation en milieu carcéral.....	15
a) Equilibre et déséquilibre occupationnel	15
b) Participation occupationnelle.....	17
c) Privation occupationnelle.....	18
 B. L'épisode dépressif caractérisé (EDC).....	 19
1. Comprendre l'épisode dépressifs caractérisé : définition et cadre clinique.....	19
a) Définition de la dépression.....	19
b) Symptômes clinique et critères diagnostic de l'EDC.....	20

2. Spécificités en milieu carcéral.....	24
a) Manifestations clinique et impact fonctionnel	24
b) Parcours type d'un patient souffrant d'un EDC à l'arrivée en détention.....	26

C. L'intervention de l'ergothérapeute dans une structure de soin psychiatrique en milieu carcéral afin de favoriser la participation occupationnelle.....28

1. Définition et principe de l'ergothérapie.....	28
a) Définition de l'ergothérapie.....	28
b) Spécificité de la pratique en unité de soin psychiatrique en milieu carcéral.....	29
2. Les modalités de prise en soin de l'ergothérapeute.....	31
a) La prise en soin individuelle en ergothérapie.....	31
b) Le groupe thérapeutique en ergothérapie.....	32
c) Les objectifs thérapeutiques communs de ces deux prises en soin pour une personne souffrant d'un EDC afin de favoriser la participation occupationnelle.....	33
d) Apport spécifique de la dimension groupale afin de favoriser la participation occupationnelle en ergothérapie.....	34
3. La prise en soin pluridisciplinaire en structure de soin psychiatrique en milieu carcéral.....	36
a) Définition de la pluridisciplinarité dans le parcours de soin.....	36
b) Apport de la pluridisciplinarité.....	37

III/ METHODOLOGIE D'ENQUÊTE.....40

a) Hypothèse.....	40
b) Objectif de l'enquête.....	40
c) Choix de l'outils d'enquête.....	41
d) Argumentation du choix effectué.....	42
e) Modalités.....	43

f) Choix de la population d'enquête.....	43
g) Passation des entretiens.....	44
h) Limite de l'outils.....	44
i) Prise de contact	45
j) Mise en place des entretiens	45
 IV/ RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS.....	46
a) Présentation des professionnels interrogés.....	46
b) Le milieu carcéral et ses conséquences psychiques : l'EDC.....	47
c) Les modalités de prise en soin en ergothérapie (individuelles et groupales).....	48
d) L'apport du groupe thérapeutique en ergothérapie.....	52
e) La participation occupationnelle : les moyens et les effets observés.....	54
f) La place spécifique de l'ergothérapeute dans la prise en soins.....	58
 V/ DISCUSSION.....	60
1. Rencontre entre la théorie et la pratique.....	60
a) Synthèse générale.....	60
b) Vérification de l'hypothèse.....	65
 2. Analyse critique de la recherche : Biais et Limites.....	66
 VI/ CONCLUSION.....	67
 VII/ APPORTS ET OUVERTURE.....	68
Apports.....	68
Ouverture.....	68
 VIII/ BIBLIOGRAPHIE.....	69
 IX/ ANNEXES.....	I
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	I
Annexes I DSM-5 Relatif à l'EDC.....	II

Annexe II Modèle Occupationnel de l'Occupation Humaine en ergothérapie (MOH)...	IV
Annexe III Formulaire de consentement.....	V
Annexe IV Guide d'entretien.....	VI
Annexe V Retranscription mot à mot de l'entretien avec un des ergothérapeutes.....	IX
Annexe VI : Mail de contact envoyé aux ergothérapeutes.....	XXIV

Liste des abréviations

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CATTP / CATTG : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel / Centre d'Activités Thérapeutiques et de Temps de Groupe

CPIP : Conseiller Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

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

DSP : Dispositif de Soins Psychiatriques

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

HDJ : Hôpital de Jour

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UMD : Unité pour Malades Difficiles

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire

INTRODUCTION

Selon le Ministère de la Justice (2025), le nombre de personnes détenues dans les prisons françaises a atteint 86 229 au 1er décembre 2025, ce qui est qualifié de « niveau record » (Ministère de la Justice, 2025).

Ce chiffre est en constante augmentation, on constate, environ sur un an, une augmentation de 5400 détenus supplémentaire, témoignant d'une surpopulation carcérale notable. Le nombre de personnes incarcérées ne cesse d'augmenter alors que les capacités d'accueil des établissements pénitentiaires sont limitées (Ministère de la Justice, 2025).

En effet, les prisons françaises disposent d'une capacité totale de 63 613 places alors que la population carcérale dépasse largement ce nombre. La densité moyenne des établissements atteint ainsi 135,6 %, et pour pallier le manque de lits, 6 440 matelas sont installés directement au sol. La situation est particulièrement préoccupante dans les maisons d'arrêt, où la surpopulation dépasse 200 % dans une dizaine d'établissements. Par exemple, à La Roche-sur-Yon (Vendée) la surpopulation carcérale atteint 241 % (Ministère de la Justice, 2025). De ce fait, certains détenus se retrouvent à « vivre à trois, 22 heures sur 24, dans des cellules de 9 m², dans des conditions souvent très précaires » (OIP, 2016).

Cette situation met en évidence la pression constante liée à la proximité entre tous en détention, et plus particulièrement en cellule. Cela pouvant provoquer de l'irritabilité, des tensions et renforcer ce sentiment d'enfermement. Effectivement, pour certains détenus, cela rend plus ou moins difficile l'adaptation psychologique dans ce nouvel environnement et peut fragiliser davantage leur santé mentale.

De plus, le milieu carcéral, les nombreuses contraintes et restrictions associées peuvent également limiter l'accès et la participation à des occupations significatives et significatives. Ce qui peut placer certains détenus dans une situation de privation occupationnelle, c'est-à-dire, dans l'impossibilité de s'engager dans des activités contribuant à leur bien-être et à leur équilibre au quotidien. Cette absence d'occupations est susceptible d'accentuer davantage les symptômes dépressifs (Riou & Le Roux, 2017).

C'est pourquoi, les unités de soins en santé mentale telles que les Services Médico-Psychologique Régional (SMPR) et les Unités Hospitalières Spécialement Aménagée (UHSA)

ont une place importante en milieu carcéral pour les personnes détenues présentant des troubles d'ordre psychiques ou psychiatriques. Ces unités sont composées d'une équipe pluridisciplinaire de santé. Elles permettent de dépister les troubles psychiques à l'arrivée en détention, d'orienter les personnes détenues selon leurs besoins et d'assurer une prise en soin comparable à celle proposée en milieu libre, de manière individuelle ou groupale (Couley, 2025).

Dans ce contexte, je me suis ainsi intéressé à l'intervention de l'ergothérapeute au sein de cette équipe pluridisciplinaire et plus particulièrement à la manière dont il peut contribuer à la prise en soin des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé à l'arrivée en détention. Selon l'ANFE (2018), « l'être humain est un être occupationnel qui, pour se maintenir en santé, doit s'engager dans une variété d'activités afin de s'accomplir et de s'épanouir » (ANFE, 2018).

L'ergothérapeute, par son approche centrée sur l'activité, l'occupation et la santé, apparaît être un professionnel qui s'inscrit dans la prise en soin des personnes dépressives en contribuant à leur bien-être à travers des activités signifiantes et significatives dans l'objectif de favoriser leur participation occupationnelle et ainsi de lutter contre les symptômes dépressifs (ANFE, 2022).

L'objectif de ce mémoire est d'identifier le rôle de l'ergothérapeute ainsi que la manière dont celui-ci intervient dans ce contexte.

Dans un premier temps, nous analyserons la situation à l'origine de ce sujet ainsi que la question de recherche qui en découle. Dans un second temps, nous développerons le cadre conceptuel, structuré en trois grandes parties, retraçant dans un premier temps le système carcéral et la santé mentale à l'entrée en prison, puis l'une des conséquences psychiques de l'incarcération sur laquelle ce travail se concentre, à savoir l'épisode dépressif caractérisé (EDC). Enfin, la dernière partie du cadre conceptuel portera sur l'intervention de l'ergothérapeute en structure de soins psychiatriques en milieu carcéral, dans l'objectif de favoriser la participation occupationnelle. Nous présenterons ensuite la démarche méthodologique de ce mémoire à travers la phase expérimentale, reposant sur l'analyse d'entretiens menés auprès d'ergothérapeutes en poste et directement concernés par notre objet d'étude. Nous exposerons ensuite la discussion, qui confrontera les apports théoriques aux données recueillies sur le terrain, tout en mettant en évidence les biais et les limites de la recherche. Enfin, nous présenterons les apports de ce travail ainsi que ses perspectives d'ouverture, avant de conclure notre étude.

I/ CADRE CONTEXTUEL

a) Situation de départ

Lors de mon stage en hôpital de jour en psychiatrie, j'ai eu l'occasion d'échanger avec certains patients qui abordaient spontanément leur expérience d'hospitalisation sous contrainte en service intra-hospitalier.

Ces discussions mettaient en évidence la difficulté de vivre une perte soudaine de liberté, de repères ainsi que la difficulté d'adaptation au respect de règles internes.

Beaucoup exprimaient un profond mal-être lié aux conditions de l'hospitalisation marqué notamment par l'impossibilité d'organiser leur quotidien comme ils le souhaitaient, de choisir leurs occupations, ou de poursuivre et maintenir des habitudes de vie qu'ils exerçaient en amont. Pour certains, cette expérience avait été particulièrement marquante voire traumatisante, et représente un sujet sensible à aborder. Les échanges avec ces patients, aujourd'hui suivis en hôpital de jour mais ayant connu une hospitalisation sous contrainte, m'ont amenée à réfléchir aux répercussions d'une perte de liberté et de son impact sur la santé mentale.

J'ai donc commencé à m'interroger plus largement sur les effets du changement brutal d'environnement, de la contrainte et du déséquilibre occupationnel chez les personnes privées de liberté. Cela m'a progressivement amenée à m'intéresser au milieu carcéral où ces éléments sont également présents mais souvent avec une intensité et une durée plus importante. J'ai tout d'abord opté pour la question de recherche suivante : En quoi l'intervention de l'ergothérapeute peut-elle contribuer à prévenir les chocs carcéraux liés au déséquilibre occupationnel chez les nouveaux détenus ?

Je souhaitais plutôt m'orienter sur la prévention et comment l'ergothérapeute pourrait intervenir en amont pour prévenir ces chocs carcéraux et le développement de pathologies psychiatriques à l'arrivée en détention. Cela m'a amenée à me concentrer sur le déséquilibre occupationnel en milieu carcéral et à explorer les moyens de mettre en place des actions préventives à ce sujet dès l'arrivée en prison. Cependant, au fil de mes recherches et de l'entretien semi directif que j'ai mené avec une ergothérapeute exerçant au sein d'une unité de soins psychiatriques en milieu carcéral, j'ai constaté que le sujet s'avérait complexe notamment en raison de l'absence de suivi ergothérapeutique dans ce contexte. J'ai finalement choisi de recentrer ma réflexion

sur l'une des conséquences potentielles liées à l'entrée en détention, à savoir l'épisode dépressif caractérisé, et sur les modalités d'interventions utilisées par l'ergothérapeute dans le cadre d'une prise en soin en structures de soins psychiatriques en milieu carcéral afin de favoriser la participation occupationnelle de la personne détenue.

b) Question de départ

Ainsi, je suis arrivée à la question de recherche suivante : *Comment l'ergothérapeute intervient-il en structure de soin psychiatrique en milieu carcéral auprès des détenus présentant un épisode dépressif caractérisé à l'arrivée en détention afin de favoriser leur participation occupationnelle ?*

II/ CADRE CONCEPTUEL

A. LE SYSTEME CARCERAL ET LA SANTE MENTALE A L'ARRIVEE EN PRISON

1. Contexte et organisation du milieu carcéral

a) Les différents types d'établissements pénitentiaires

En France, la prise en soins des personnes détenues placées sous main de justice est assurée par l'administration pénitentiaire, dont le rôle principal est de garantir la sécurité des établissements et des personnes présentes (Ministère de la Justice 2024).

Selon le Ministère de la Justice (2024), il existe 186 établissements pénitentiaires qui accueillent environ 77 800 personnes incarcérées.

Les personnes sont placées en milieu ouvert ou fermé, selon la nature de la peine ou la décision de justice. De ce fait, selon le Ministère de la Justice (2024), le suivi des personnes détenues en milieu ouvert peut être ordonné par une juridiction dans trois cas :

- Avant le jugement : « dans le cadre d'un contrôle judiciaire, assorti ou non d'un placement sous surveillance électronique. » (Ministère de la Justice, 2024).
- Au moment du jugement : « le juge peut prononcer des peines complémentaires ou des peines alternatives à l'incarcération » (Ministère de la Justice, 2024).
- Après le jugement : « les personnes condamnées à une peine d'emprisonnement peuvent être autorisées par le juge de l'application des peines à effectuer tout ou partie de leur peine en dehors de l'établissement pénitentiaire. » (Ministère de la Justice, 2024).

Les établissements fermés se répartissent en deux grandes catégories :

1. Les établissements destinés aux peines courtes et aux détenus en attente de jugement :

- Les maisons d'arrêt (82) ont pour mission d'accueillir « les prévenus et les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine ne dépasse pas deux ans » (Ministère de la Justice, 2024).
- #### 2. Les établissements pénitentiaires destinés aux peines plus longues et aux détenus présentant des profils spécifiques :

- Les centres de détention (25) qui accueillent « les détenus condamnés à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion » (Ministère de la Justice, 2024).
- Les maisons centrales (6) quant à elles, « accueillent les détenus condamnés à une longue peine ou qui représentent un risque particulier » (Ministère de la Justice, 2024).
- Les centres de semi-liberté (9) et structures d'accompagnement vers la sortie sont des centres et quartiers de semi-liberté qui accueillent « les détenus dont la peine d'emprisonnement a été aménagée et ceux qui bénéficient d'une mesure de semi-liberté ou d'un placement extérieur » (Ministère de la Justice, 2024).

La France compte également 59 centres pénitentiaires mixtes. C'est-à-dire qu'ils comprennent plusieurs quartiers avec différents régimes de détention. Par exemple un établissement pour peine longue (maison centrale) et un établissement pour peine courte (maison d'arrêt).

De plus, il y a 6 établissements pénitentiaires qui sont spécifiquement destinés aux mineurs, accueillant des jeunes détenus âgés de 13 à 18 ans.

Les chiffres relatifs à ces établissements sont issus de l'Observatoire international des prisons (OIP, 2020).

Les personnes sont des détenus, définis comme « des personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire ». (Article D50 du code de procédure pénale, 1998).

Nous distinguons parmi les détenus : les condamnés et les prévenus.

- Les condamnés sont les personnes « ayant fait l'objet d'une décision ayant acquis le caractère définitif. » (Article D50 du code de procédure pénale, 1998).
- Les prévenus sont « tous les détenus qui sont sous le coup de poursuites pénales et n'ont pas fait l'objet d'une condamnation définitive » (Article D50 du code de procédure pénale, 1998).

Un détenu condamné est donc une personne ayant reçu une sanction judiciaire définitive et purgeant sa peine dans un établissement pénitentiaire.

Les prévenus, quant à eux, sont des personnes en attente de jugement qui sont placées en détention provisoire mais pas encore condamnées à l'instant T.

b) Objectifs et missions de la détention

La Direction de l'administration pénitentiaire a une double mission. Elle assure la surveillance des personnes confiées par l'autorité judiciaire et contribue au maintien de la sécurité publique, tout en jouant un rôle de prévention de la récidive notamment par l'action des personnels d'insertion et de probation (Ministère de la Justice, 2024). Le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) relève de l'administration pénitentiaire et intervient auprès des personnes détenues en milieu fermé tout en assurant leur suivi en milieu ouvert après leur libération. Les personnels du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), appelés conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP), ont pour mission principale de prévenir la récidive, de veiller au respect des obligations prononcées par l'autorité judiciaire et d'éclairer la prise de décision judiciaire. Ils évaluent les besoins et les facteurs de risque des personnes suivies, mettent en place un accompagnement personnalisé favorisant leur réinsertion, mobilisent les partenariats locaux et proposent des actions visant à maintenir le lien social, notamment par des activités éducatives, culturelles ou sportives (Ministère de la Justice, 2019). Conformément à l'article D572 du Code de procédure pénale, le SPIP est un service déconcentré de l'administration pénitentiaire chargé de l'exécution des missions d'insertion et de probation dans chaque département (France, 2007).

Conformément à l'article 707 du Code de procédure pénale (2020), «Le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions » (Code de procédure pénale, 2020)

Pour atteindre cet objectif, l'administration pénitentiaire met en place divers dispositifs et partenariats visant à proposer aux détenus des mesures concrètes d'accompagnement, telles que la formation professionnalisante, l'accès à l'emploi, le suivi médical ou l'hébergement, afin de faciliter leur réintégration dans la société (Direction de l'administration pénitentiaire, 2020).

c) Les différents établissements de soins en détention

L'accès aux soins pour toutes les personnes, y compris les personnes détenues, repose sur le principe fondamental d'égalité défini par le Code de la santé publique. Conformément à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique (France, 2021) l'accès équitable à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en soin, ainsi que la tarification réglementée des soins est garanti à tout patient. Ce principe constitue la base de l'organisation des soins en milieu pénitentiaire. Il justifie l'existence de structures de santé spécifiques et adaptées aux besoins des personnes détenues. Ces dispositions rappellent que les personnes incarcérées doivent avoir accès aux soins dans des conditions similaires à celles de la population générale malgré les contraintes propres au milieu carcéral.

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 permet de comprendre l'organisation actuelle des soins en prison. Elle a transféré la responsabilité des soins du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé. De plus, elle a instauré les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans chaque établissement pénitentiaire, rattachées à un établissement de santé de référence. La réorganisation du dispositif d'offre de soins en santé mentale en milieu pénitentiaire avait pour objectif de « permettre aux personnes détenues d'accéder à une offre de soins correspondant à leurs "besoins" et de "définir" au sein de chaque région une offre de soins psychiatriques graduée et lisible » (Loi n° 94-43, 1994). Cette action s'inscrivait dans la perspective « d'améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée » (Loi n° 94-43, 1994).

Dans ce cadre, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 a structuré l'accompagnement en santé mentale des personnes détenues. Il est organisé autour de trois différents niveaux de prise en soin (Ministère de la Santé et des Sports & Ministère de la Justice, 2010).

- Niveau 1 : « Développer une offre de proximité dans les établissements pénitentiaires » (Ministère de la Santé et des Sports & Ministère de la Justice, 2010).

Au sein des établissements pénitentiaires, des consultations et des prises en soin de groupe en psychiatrie sont assurées.

Ces soins reposent notamment sur les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) qui sont au nombre de 175 unités, incluant les anciennes unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). Elles sont rattachées à un établissement hospitalier.

Les USMP ont été créées pour :

- > Des soins de premier niveau et des soins ambulatoires
- > Des entretiens individuels et des activités thérapeutiques de groupe, organisées dans le cadre des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
- > Des actions d'éducation et de prévention pour la santé
- > La mise en place de la continuité des soins à la sortie de prison
- > La prise en soin des conduites addictives (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, CSAPA)

- Niveau 2 : « Clarifier les missions d'hôpital de jour et des chambres d'hébergement » (Ministère de la Santé et des Sports & Ministère de la Justice, 2010).

Au niveau régional, certains établissements pénitentiaires proposent des hospitalisations à temps partiel assurées par les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) au sein de la détention, au nombre de 26 unités.

Ces établissements sont rattachés à un établissement hospitalier habilité en psychiatrie. Pour chaque région, au moins un SMPR est aménagé dans un établissement pénitentiaire comme le précise l'article R.3221-5 du Code de la santé publique (Article R3221-5 du Code de la santé publique, 2016).

- Niveau 3 : « Améliorer la prise en soin des personnes hospitalisées dans des établissements de santé autorisés en psychiatrie » (Ministère de la Santé et des Sports & Ministère de la Justice, 2010).

Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) au nombre de 9 en France, accueillent les personnes détenues ayant des besoins psychiatriques importants en

hospitalisations à temps complet, avec ou sans consentement. Les UHSA se situent au sein des établissements hospitaliers, extraits de la détention.

Il existe également les unités pour malades difficiles (UMD) pour les hospitalisations sans consentement selon la gravité ou la dangerosité psychiatrique des patients.

Enfin, il existe des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Au nombre de 8 unités, elles sont destinées aux personnes détenues nécessitant des soins somatiques dont la durée d'hospitalisation dépasse 48 heures ou réclamant la proximité d'un plateau technique très spécialisé.

2. La santé mentale en détention

a) Facteurs aggravants à l'arrivée en détention

Selon la F2RSM Psy (2024), étant la fédération régionale de recherche en psychiatrie, le choc carcéral se définit comme « l'état de stupeur et d'effroi que suscite l'entrée en prison » (F2RSM Psy, 2024).

Il correspond donc à l'ensemble des conséquences et des répercussions psychiques individuelles qui affectent la santé mentale des personnes détenues dès leur arrivée. Celui-ci peut être particulièrement marqué chez les primo-incarcérés qui n'ont jamais été confrontés auparavant à l'univers carcéral, ce qui rend l'adaptation encore plus difficile.

Ce choc apparaît au moment du passage brutal de l'extérieur de la prison vers l'intérieur, lorsque la personne incarcérée prend pleinement conscience de sa situation. À ce premier bouleversement s'ajoutent d'autres changements importants notamment liés au nouvel environnement et aux nouveaux rythmes de la vie en détention. L'isolement soudain, la privation de liberté, la rupture des repères habituels ainsi que les violences psychiques ou physiques pouvant survenir en détention. L'ensemble de ces éléments renforce la vulnérabilité des personnes incarcérées. En effet, ils rendent l'arrivée en prison particulièrement difficile et peuvent affecter la santé mentale à différents degrés. Comme le souligne la F2RSM Psy (2024) « la privation de liberté elle-même peut, bien sûr, avoir des conséquences psychologiques et psychiatriques » (F2RSM Psy, 2024).

La vie en détention est souvent marquée par un sentiment de manque et s'accompagne également de nombreuses sources de fragilisation matérielles et relationnelles. Les nouveaux arrivants font face à la privation de nombreux éléments qui structuraient leur quotidien, à l'extérieur, comme les confiscations leurs effets personnels, les substances consommées habituellement, l'ensemble des liens familiaux, sociaux ou amicaux, ou encore de leur intimité, et qui leur impose une promiscuité avec les co-détenus (OIP, 2018).

La rupture avec l'entourage est accentuée par le cadre institutionnel car les surveillants appellent les personnes détenues par leur nom de famille afin de maintenir une distance professionnelle et d'éviter toute forme de proximité, cela pouvant amplifier le sentiment d'inadaptation à la vie carcérale. (F2RSM Psy, 2024).

Après avoir évoqué les facteurs aggravants présents dès l'arrivée en détention, nous allons maintenant nous intéresser aux conséquences psychiques liées à la privation de liberté.

b) Conséquences psychiques liées à la privation de liberté

Les conséquences de la privation de liberté sur la santé mentale sont multiples et variées, touchant à la fois le comportement, l'humeur et le bien-être des personnes détenues. En détention, on observe une « surreprésentation de la maladie mentale par rapport à la population générale » (Sautereau & Giret, 2013), ce qui traduit l'impact significatif de l'environnement carcéral sur la santé mentale. De plus, les personnes présentant des troubles psychiques ou psychiatriques sont plus exposées au risque d'incarcération car les symptômes liés à leurs pathologies peuvent parfois provoquer des comportements entraînant des sanctions pénales. Cela participe à leur surreprésentation en milieu carcéral. En effet, ces nombreux troubles observés en prison ne sont pas uniquement liés à l'incarcération. Ils sont souvent présents avant l'entrée en détention et témoignent de vulnérabilités préexistantes chez les personnes concernées (Laurencin, 2015).

Cela peut provoquer des répercussions psychiques dont l'intensité varie selon le vécu de chaque détenu. Ces manifestations se traduisent par des signes comportementaux très divers, allant « d'une grande nervosité, d'une démarche mal assurée, d'un regard vif et alerte, de mouvements incessants » jusqu'à « un état de somnolence et de grande fatigue » (F2RSM Psy, 2024). Elles reflètent les difficultés d'adaptation à un environnement nouveau et contraignant, où les

facteurs aggravants cités ci-dessus pèsent fortement sur l'équilibre et la santé mentale. Ces réactions peuvent également évoluer vers d'autres troubles si le mal-être s'intensifie.

Parmi celles-ci, on retrouve notamment les conduites addictives. Le risque de développer des troubles ou des maladies psychiques est renforcé par la consommation de drogues et d'alcool, très courante en détention (OIP, 2018).

De plus, en France, « 80 % des détenus consomment du tabac, contre 30,4 % en population générale en 2019 » (Picot-Ngo et al., 2023). Ces comportements apparaissent souvent comme une conséquence du stress et de l'anxiété liés à l'enfermement et générés par l'incarcération ainsi que l'ennui et l'inactivité, illustrant comment la prison peut provoquer ou accentuer des troubles psychiques et/ou psychiatriques (Picot-Ngo et al., 2023).

En plus de ces réactions, le choc carcéral peut entraîner des conséquences psychiques beaucoup plus importantes. Elles peuvent aller de l'apparition d'angoisses intenses et importantes à des états dépressifs sévères, et voir même, conduire à une décompensation psychotique. La dégradation de la santé mentale peut alors se manifester par des comportements à risque. Par exemple, des idées noires ou des tentatives de suicide, ce qui souligne la gravité de la situation (OIP, 2018). Par conséquent, il est important de prendre en compte ces conséquences afin d'assurer la sécurité des détenus.

Comme l'explique Christine-Dominique Bataillard, psychiatre intervenant en structure de soin psychiatrique en milieu pénitentiaire au sein de différents types d'établissements (maisons centrales, centres de détention et centres pénitentiaires), (OIP, 2018), « la prison ne crée pas à proprement parler de maladie mentale mais elle favorise, chez des personnes vulnérables, l'éclosion de pathologies qui, dans un autre environnement, ne se seraient sans doute pas exprimées » (OIP, 2018). Les contraintes liées à l'enfermement peuvent ainsi déclencher ou accentuer des troubles psychiques pouvant conduire à des pathologies psychiatriques plus sévères, fréquentes en détention.

c) Prévalence des troubles psychiques à l'arrivée en détention

Pour appuyer ces propos, une étude a été menée en 2004 pour le Ministère de la Santé et le Ministère de la Justice portant sur la prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral. Cette étude a été réalisée et conduite par la direction de l'administration pénitentiaire ainsi que par la direction générale de la santé en France métropolitaine dans 23 établissements pénitentiaires auprès de 1000 personnes détenus, majoritairement des hommes d'une quarantaine d'années, incarcérés en moyenne depuis plus d'un an (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Les résultats de cette étude mettent en évidence une prévalence élevée des troubles psychiatriques chez les personnes détenues. On y retrouve notamment une forte proportion de troubles anxieux (56%), ainsi que des troubles thymiques (47%) et des troubles dépressifs (39%).

En comparaison, dans la population générale, la dépression est l'un des troubles le plus répandu avec « 15 à 20 % de la population qui traversera un épisode dépressif au cours de sa vie » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2025). Les troubles anxieux ont une prévalence annuelle chez la population générale adulte variant entre « 9,8 % et 15% » (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2025). Le risque suicidaire concernait environ 40 % des détenus, atteignant 62 % chez les femmes.

Ces chiffres regroupent différents indicateurs de risque tels que les pensées suicidaires, les tentatives passées ou les comportements auto-agressifs. Dans la population générale adulte (18-79 ans), les données de Santé publique France (2025) indiquent que 5,2 % des individus ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, tandis que 0,4 % ont rapporté une tentative de suicide sur la même période, et 5,4 % ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie.

Ces chiffres mettent en évidence un écart important entre la population carcérale et la population générale. Cela souligne une surreprésentation non négligeable de conduite suicidaire en milieu carcéral.

Les troubles bipolaires concernent 2 % à 5 % des personnes détenues, soit un taux supérieur à celui observé dans la population générale, où la prévalence sur la vie entière est estimée à environ 2 % (Fovet et al., 2015).

Les troubles psychotiques sont quant à eux, représentés au nombre de 24 % environ chez les personnes détenues alors que dans la population générale, selon Menir (2025), « en France, les troubles psychotiques affectent approximativement 1 % de la population générale » (Menir, 2025). Ce qui accentue l'écart notable entre la population carcérale et générale, soulignant une forte vulnérabilité psychiatrique en détention.

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (2024), la consommation de substances en milieu carcéral est « environ 2,5 fois plus élevée chez les détenus que dans la population générale des hommes non incarcérés » (Observatoire français des drogues et des tendances addictives 2024). La prévalence est donc encore nettement plus élevée pour les consommations de substances en détention que dans la population générale.

Les données de cette enquête soulignent la forte prévalence des troubles psychiatriques en prison. « Au total, 8 détenus sur 10 présentaient au moins un trouble psychiatrique, la majorité des personnes cumulant en réalité plusieurs troubles » (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Une seconde étude a été réalisée entre mars 2014 et mars 2017 par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy, 2017). Celle-ci s'est déroulée dans une dizaine de maisons d'arrêt dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais menée par des professionnels des services de santé mentale intervenant en détention SMPR (Service Médico-psychologique régional) et DSP (Dispositif de Soins Psychiatriques).

L'objectif était d'évaluer la santé mentale et les différents troubles psychiques de 655 détenus hommes d'une trentaine d'années à leur entrée en détention dans les établissements pénitentiaires de cette région (Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006).

Les résultats les plus fréquents de cette étude ont montré que parmi les personnes entrant en détention, 27,5 % présentaient des épisodes dépressifs au cours de ces deux dernières semaines,

26 % souffraient de dépendance aux drogues, et 25,9 % étaient affectées par une anxiété généralisée. De plus, à leur entrée en détention, 15,1 % des personnes détenues présentaient un risque suicidaire moyen à élevé. (F2RSM Psy, 2017)

En conclusion, cette étude a comparé et cherché à mesurer le niveau d'atteinte psychique chez les personnes détenues majeures entrant en détention afin de le comparer à celui d'une population non incarcérée. Il en ressort que l'étude « confirme le haut niveau de morbidité et la forte comorbidité psychiatrique, ainsi que les niveaux élevés de troubles mentaux chez les personnes entrant en prison » (F2RSM Psy, 2017). En comparaison à la population générale non incarcérée ces troubles sont significativement plus fréquents (F2RSM Psy, 2017).

Cela peut en ce sens, impacter de façon importante leur quotidien en détention.

3 Enjeux occupationnels et privation en milieu carcéral

a) Équilibre et Déséquilibre occupationnel en prison

Du fait de l'incarcération et des contraintes qu'elle impose sur le plan environnemental et psychique, les personnes détenues perdent en grande partie la capacité de réaliser les activités et les occupations qui structuraient leur quotidien avant l'entrée en prison.

On parle d'équilibre occupationnel lorsque les activités sont réparties de façon adaptée aux besoins et aux capacités de la personne. Selon l'ergothérapeute M. Rousset (2023), il est défini comme « la juste répartition et proportion dans nos occupations, contribuant ainsi à notre état de bien-être, de stabilité et d'harmonie » (Rousset, 2023).

Quant aux occupations, elles constituent nos activités quotidiennes et désignent « toutes les choses que fait une personne au cours de la journée et qui sont importantes pour elle, qu'il s'agisse d'activités, de tâches ou de rôles qu'elle veut ou doit accomplir dans sa vie. » (Rousset, 2023). Par exemple, se nourrir, travailler, pratiquer une activité sportive ou bien encore réaliser nos loisirs quotidiens sont des occupations qui structurent nos journées. Le croisement de ces occupations est essentiel pour notre bien-être. Lorsque nous parvenons à organiser nos journées selon nos envies et nos besoins, nous favorisons notre épanouissement.

L'équilibre occupationnel est « individuel et subjectif, c'est-à-dire propre à chacun » (Rousset, 2023). En d'autres termes, la perception de cet équilibre varie d'une personne à l'autre. L'équilibre perçu par un individu ne sera pas nécessairement le même que celui ressenti par ses proches ou ses pairs.

Selon Rousset (2023), l'ergothérapie distingue 7 grands groupes d'occupations.

- Les occupations liées au soin personnel (se laver, s'habiller, prendre soin de son apparence)
- Les occupations de loisirs (jouer, dessiner, sorties)
- Les occupations physiques (pratiquer un sport)
- Les occupations productives (travailler, aller à l'école, cuisiner, faire le ménage)
- Les occupations reposantes (lire, dormir, avoir des temps calmes)
- Les occupations mentales (stimuler et développer ses capacités cognitives)
- Les occupations socio-familiales (appeler et visiter ses proches, sa famille)

De ce fait, en milieu carcéral, l'équilibre occupationnel est souvent impacté. En effet, les personnes détenues ne peuvent plus exercer librement les occupations qui ont un sens pour elles ou qui répondent à leurs besoins personnels. Cette restriction limite leurs possibilités de participation occupationnelle et compromet ainsi le maintien d'un équilibre satisfaisant pour leur bien-être physique et psychique. Les personnes détenues sont impactées ainsi par ce qu'on appelle le déséquilibre occupationnel.

Selon Christiansen et al. (2011, cité par Gauthier, 2018), le déséquilibre occupationnel « consiste pour une personne en l'incapacité de gérer ses occupations de façon à ce qu'elles soient personnellement enrichissantes et répondent aux exigences de ses rôles, ce qui impacte sa santé et sa qualité de vie » (Christiansen et al., 2011). Il est important de noter que la perception de notre équilibre occupationnel évolue tout au long de la vie. En effet, différents facteurs peuvent le modifier. Il n'est donc pas constant. L'équilibre occupationnel d'une personne à 10 ans n'est pas le même qu'à 50 ans.

Comme le souligne Rousset (2023), « cet équilibre est dynamique et en constante évolution, influencé par de multiples éléments qui viennent le transformer » (Rousset, 2023). Il est en effet, particulièrement vulnérable en milieu carcéral car il peut être impacté du fait de cet environnement. Environnement pouvant être d'ordre humain, physique, culturel ou bien institutionnel.

b) Participation occupationnelle en détention

La participation occupationnelle est un concept central en ergothérapie et en sciences de l'occupation. Elle est définie comme « le fait de s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne » (Kielhofner, 2008). Cette définition montre que les occupations sont toujours liées à un certain environnement et que leur signification dépend en grande partie de celui-ci.

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) élaboré et conceptualisé par Kielhofner nous permet de comprendre pourquoi et comment une personne s'engage dans ses activités quotidiennes. Selon ce modèle, la participation dépend de plusieurs composantes (Doussin, 2020) :

- La personne : volition (valeurs, centres d'intérêt et motivations), habitude (habitudes et organisation quotidienne), capacité de performances
- L'agir : participation occupationnelle, rendement occupationnel, habiletés
- Les conséquences de l'agir : se traduit par le degré d'adaptation de la personne
- L'environnement : physique, social et occupationnel qui peut soutenir ou limiter l'engagement dans les occupations.

Les deux notions importantes de la participation occupationnelle sont le « *faire* » et la « *signification* ». Elle met en évidence que la personne s'engage dans des activités grâce à sa motivation, ses valeurs, ses capacités et ses habitudes quotidiennes. La participation ne se limite pas à la réalisation d'activités mais inclut également l'expérience subjective vécue par la personne durant l'activité, c'est-à-dire le sens, l'importance et la valeur que la personne lui

donne (Kielhofner, 2008, p.101-102). Ainsi, deux individus engagés dans une même activité peuvent vivre des expériences différentes. Cette participation occupationnelle joue un rôle crucial au niveau du bien être psychique de la personne contribuant ainsi à une meilleure santé globale.

Cependant, dans certains contextes comme en milieu carcéral cette participation occupationnelle est limitée. Les règles strictes, le manque de choix ou d'activités ainsi que les contraintes institutionnelles restreignent l'accès à des occupations pouvant être à la fois signifiantes en offrant un espace de symbolisation et de mise en forme de l'expérience subjective, et significatives en lien avec l'histoire, les valeurs, l'identité de la personne. Même si une personne détenue est motivée ou possède les capacités nécessaires pour s'engager dans certaines activités, l'environnement carcéral peut restreindre cette participation ce qui va avoir des conséquences négatives sur le moral et la santé mentale des détenus. Cela renvoie à une forme d'injustice occupationnelle. La justice occupationnelle est définie comme « le droit de chaque individu de pouvoir répondre à ses besoins fondamentaux et d'avoir les mêmes opportunités et chances dans la vie d'atteindre son potentiel, mais spécifique à la participation de l'individu dans diverses occupations signifiantes et significatives » (Wilcock & Townsend, 2009, cité par CAOT, 2025). Dans ce contexte, les contraintes propres au milieu carcéral limitent le droit et l'accès aux occupations. Cela nous conduit à nous s'intéresser à la privation occupationnelle, l'une des conséquences de l'injustice occupationnelle.

c) Privation occupationnelle

Selon Riou et Le Roux (2017), la privation occupationnelle se définit comme étant « le manque d'engagements occupationnels d'une personne, causé par des facteurs personnels et environnementaux » (Riou & Le Roux, 2017).

Cela correspond à une situation dans laquelle une personne est empêchée de s'engager dans des occupations qui ont du sens pour elle et contribuent à son bien-être, ce qui peut compromettre son épanouissement personnel. Ce phénomène peut résulter de facteurs externes, tels que l'environnement ou les contraintes institutionnelles, qui limitent l'accès aux activités et perturbent l'équilibre et l'organisation de son quotidien. Ainsi, « une personne privée de sa

possibilité d’agir sur son environnement peut facilement glisser dans un véritable chaos intérieur » (Riou & Le Roux, 2017). De plus, plusieurs travaux menés dans ce contexte soulignent les conséquences importantes de cette privation occupationnelle sur la santé mentale des personnes détenues. En effet, des études réalisées auprès de détenus présentant des troubles psychiques ont mis en évidence que l’absence d’engagement dans des occupations significatives et significatives en milieu carcéral constitue un facteur aggravant de souffrance psychique. Ces recherches montrent notamment que la privation occupationnelle peut entraîner l’apparition de symptômes dépressifs mais également favoriser des états de désorientation et des comportements agressifs (Riou & Le Roux, 2017).

Ainsi, toutes ces conséquences liées à l’incarcération peuvent fragiliser la participation occupationnelle et le bien-être psychique contribuant ainsi à accroître le risque d’un épisode dépressif caractérisé à l’arrivée en détention.

B. L’EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE (EDC)

1 Comprendre l’EDC : définition et cadre clinique

a) Définition de la dépression

La dépression, classée dans la catégorie des troubles dépressifs du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) regroupe plusieurs formes cliniques (American Psychiatric Association, 2013). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est une classification des troubles psychiques et psychiatriques publié par l’association américaine de psychiatrie.

Il s’agit d’un trouble mental fréquent affectant une proportion importante de la population mondiale. En effet, selon l’Organisation mondiale de la Santé (2025), les données internationales estiment que 5,7 % des adultes en souffrent. La dépression se distingue de façon significative des variations dites « *classiques* » de l’humeur. Elle correspond à « une humeur dépressive ou d’une perte durable de la capacité à éprouver du plaisir ou de l’intérêt » (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Cette perturbation n’est pas sans conséquence car elle peut impacter fortement les différents aspects de la vie quotidienne.

Comme le souligne l'Organisation mondiale de la Santé (2025), la dépression peut avoir une incidence sur tous les aspects de la vie, y compris les relations avec la famille, les amis et plus généralement avec l'entourage. Elle peut également « être la conséquence ou l'origine de problèmes scolaires ou professionnels » (Organisation mondiale de la Santé, 2025). Autrement dit, le trouble ne se limite pas à la tristesse mais engendre des répercussions globales sur le fonctionnement social, professionnel et personnel d'un individu.

Dans le DSM-5, la catégorie des troubles dépressifs regroupe plusieurs formes cliniques, parmi lesquelles on retrouve l'épisode dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant ou encore d'autres termes (American Psychiatric Association, 2013).

b) Symptômes cliniques et critères diagnostics de l'EDC

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est une forme spécifique de dépression faisant partie de la catégorie des troubles dépressifs et étant diagnostiqué cliniquement selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Dans le DSM-5, une distinction est faite entre l'EDC et le trouble dépressif caractérisé (ou trouble dépressif majeur).

L'EDC est défini par un ensemble symptômes, cité ci-dessous, nécessaires pour qu'il soit reconnu. Ils est reconnu par des critères précis de symptômes, notamment en terme de sévérité, de durée et de retentissement fonctionnel sur le quotidien.

Le trouble dépressif caractérisé (ou trouble dépressif majeur), quant à lui, correspond au diagnostic posé lorsqu'une personne présente un ou plusieurs EDC. Pour que le diagnostic d'un EDC, la personne doit présenter au moins 5 des 9 des symptômes ci-dessous, et ce pendant 2 semaines au minimum ou plus.

Ces manifestations doivent être présentes presque chaque jour avec une intensité marquée ayant un retentissement significatif sur le fonctionnement quotidien (Haute Autorité de Santé, 2017). Sauf exception « des modifications de poids et de l'idéation suicidaire » (American Psychiatric Association, 2013).

Parmi ces symptômes, la présence d'une humeur dépressive ou d'une perte d'intérêt (aboulie) ou de plaisir (anhédonie) est indispensable au diagnostic.

- « Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres). » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement). » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade). » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres). » (Américan Psychiatric Association, 2013). Cela peut également être observé par les professionnels de santé lors d'un entretien clinique.
- « Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. » (Américan Psychiatric Association, 2013).

De plus, l'épisode doit représenter une modification importante de l'humeur de la personne par rapport à son état habituel, observable par elle-même ou par son entourage et qui ne peut être liée aux effets d'une substance ou à une autre affection médicale (American Psychiatric Association, 2013). L'American Psychiatric Association (2013), répertorie dans le DSM- 5, pour l'EDC, 3 niveaux de sévérité : léger, moyen et grave.

La Haute Autorité de Santé (2017) en s'appuyant sur les critères diagnostics du DSM-5, propose un tableau permettant de classer un EDC selon différents niveaux.

Pour un épisode qualifié de léger, la personne présente « Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic » (Américan Psychiatric Association, 2013). Le retentissement sur le fonctionnement reste limité même s'il nécessite des efforts pour la personne « Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire » (Haute Autorité de Santé, 2017). Autrement dit, la personne parvient encore à maintenir ses activités, cependant, celles-ci deviennent plus coûteuses en énergie, en volonté et sont fatigantes ou moins spontanées.

Le niveau dit modéré correspond à une situation plus intermédiaire. Il requiert que « Le nombre des symptômes soit compris entre “léger” et “grave” » (Américan Psychiatric Association, 2013), ce qui implique une intensité symptomatique plus marquée que dans la forme légère mais tout de même moins importante que dans la forme sévère. Le fonctionnement et les habitudes quotidiennes de la personne sont réellement impactés sans pour autant atteindre cette incapacité observée dans la forme sévère « Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère » (Haute Autorité de Santé, 2017).

Par conséquent, un épisode est qualifié de sévère lorsque « Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic » (Américan Psychiatric Association, 2013). Les conséquences deviennent alors plus importantes et invalidantes. « Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres » (Américan Psychiatric Association, 2013).

Par exemple on observe des difficultés considérables voire une incapacité à mener à bien « le travail, les activités familiales et sociales » (Américan Psychiatric Association, 2013). À ce stade, la dépression affecte fortement la capacité pour la personne à réaliser ses tâches quotidiennes et de maintenir ses interactions sociales, ce qui contribuera davantage à accentuer son état psychique (Haute Autorité de Santé, 2017).

Selon la Haute Autorité de Santé (2017), il est important et essentiel de ne pas confondre l'EDC avec d'autres diagnostic pouvant présenter des symptômes similaires.

En effet, plusieurs diagnostics différentiels doivent être envisagés afin de s'assurer que les symptômes ne sont pas dus à une autre cause et engendrer par conséquent une erreur de diagnostic.

Ils incluent :

- « d'autres troubles psychiatriques » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « l'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de certains médicaments, ainsi que la polymédication chez le sujet âgé » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « l'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives (incluant le sevrage du tabac) » (Américan Psychiatric Association, 2013).
- « d'autres maladies somatiques, notamment : hypothyroïdie, maladies neurodégénératives. » (Américan Psychiatric Association, 2013).

Le DSM-5 précise également deux critères d'exclusion diagnostique supplémentaires. Premièrement, il est important de s'assurer que la personne ne présente pas un trouble relatif à la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques. En effet, ces troubles peuvent présenter des manifestations similaires (baisse d'énergie, retrait social, anhédonie) ...

Deuxièmement, le diagnostic de l'EDC ne peut pas être posé si la personne a déjà eu un épisode maniaque ou hypomaniaque car cela serait la conséquence d'un trouble bipolaire. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas lorsque les manifestations maniaques ou hypomaniaques sont induites par une substance, traitement médicamenteux et qui ne relèvent donc pas d'un trouble bipolaire (American Psychiatric Association, 2013).

2. Spécificité en milieu carcéral

a) Manifestations cliniques et impacts fonctionnels en milieu carcéral

Par son contexte et son environnement, le milieu carcéral induit fréquemment l'apparition d'EDC. Les symptômes émotionnels, comportementaux, cognitifs et somatiques de ce trouble vont affecter de manière significative les personnes détenues. En effet, selon Menir (2025), «70 % des premiers épisodes surviennent dans les six mois suivant un stress majeur » (Menir, 2025). Cela montre que les facteurs de stress liés à l'incarcération constituent un risque important pour le développement d'un EDC.

Parmi les diverses manifestations observables, les détenus dépressifs peuvent adopter un comportement de retrait progressif par rapport aux autres, un isolement social, avec évitement notamment lors des promenades, et parfois, ne s'y rendant pas. Cet isolement peut s'accompagner d'une diminution notable de l'engagement dans les activités quotidiennes, l'alimentation et les soins personnels.

De plus, la personne peut, par exemple, ne plus effectuer plus les gestes d'hygiène habituels. En ce sens, cela peut provoquer certaines remarques de la part notamment de ses co-détenus ou d'autres personnes. Cela risquerait d'aggraver son humeur dépressive et d'accentuer, là encore, ses difficultés. Selon Locamin (2025), cette négligence corporelle chez les personnes dépressives peut être expliquée par plusieurs facteurs. Sur le plan psychologique, la dépression entraîne souvent un sentiment de dévalorisation de soi et de ses compétences, une présence de désespoir, ce qui réduit la motivation pour la personne à prendre soin d'elle. L'isolement, quant à lui, et la détérioration des interactions sociales empêchent la personne de trouver la motivation nécessaire pour prendre soin d'elle-même et ainsi intensifier les symptômes dépressifs et donc renforcer « le cycle de la dépression » (Locamin, 2025).

A cela, peut également s'ajouter des répercussions physiques observables telle que la fatigue intense et permanente pouvant se traduire par des cernes marqués ou des bâillements fréquents, résulte souvent de troubles du sommeil. On peut constater également des modifications de l'appétit qui peuvent entraîner des variations de poids. Ces signes physiques sont facilement visibles et donc constatés par les professionnels de santé, les proches ou encore les surveillants (Locamin, 2025).

Au niveau cognitif, les EDC entraînent des répercussions mnésiques, au niveau de la concentration et de l'attention. Menir (2025) souligne que « lire un livre, suivre une conversation ou accomplir des tâches simples devient difficile » (Menir, 2025). Ceci illustre la manière dont ces troubles cognitifs peuvent entraver la réalisation des occupations et activités de la vie quotidienne.

La difficulté de cette participation aux occupations porteuses de sens peut être d'autant plus impactante chez les personnes détenues souffrant d'un EDC en raison de l'anhédonie. En effet, les activités auparavant appréciées ne procurent plus de plaisir, ce qui entraîne une diminution importante de l'intérêt et de la motivation à s'engager et participer à des activités proposées en milieu carcéral, qu'il s'agisse des activités thérapeutiques en ergothérapie ou des activités occupationnelles accessibles à l'ensemble des personnes détenues organisées au sein de la détention. Cette perte d'intérêt peut être qualifiée selon Menir (2025) de « premier signe d'alerte, avant même l'apparition de la tristesse » (Menir, 2025).

Dans un environnement déjà contraint et peu stimulant, l'anhédonie peut ainsi favoriser une diminution de la participation occupationnelle impactant considérablement la souffrance psychique d'une personne présentant un EDC.

Après avoir présenté les manifestations cliniques et les répercussions fonctionnelles en milieu carcéral, nous allons maintenant nous intéresser plus concrètement au parcours de prise en soin d'un patient souffrant d'un EDC dès son arrivée en prison. Cela nous permet également de comprendre quelle est la place spécifique de façon progressif des différents professionnels de santé, et en particulier, celle de l'ergothérapeute dans le parcours de soin pour cette population.

b) Parcours type d'un patient souffrant d'un EDC en milieu carcéral à l'arrivée en détention

Dès leur arrivée au quartier des arrivants, tous les détenus sont pris en charge par un professionnel de santé relevant du service médical de la prison. Selon l'organisation de l'établissement, il peut s'agir de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) ou directement du service médico-psychologique régional (SMPR) (Annuaire Prisons, 2025). Ces unités de soins en milieu pénitentiaire sont des extensions des établissements de santé auxquels elles sont rattachées et doivent respecter les mêmes normes et règles que les services hospitaliers (Ministère de la Justice & Ministère chargé de la Santé, 2025).

Ce premier rendez-vous obligatoire a pour objectif de réaliser un dépistage global afin d'identifier d'éventuels troubles psychiques, psychiatriques, addictologiques ou suicidaires (Ministère de la Justice & Ministère chargé de la Santé, 2025). Le dépistage précoce facilite l'orientation, si nécessaire, vers un plan de soins individualisé par exemple vers le SMPR lorsqu'un détenu présente une pathologie psychiatrique ou nécessite un suivi spécialisé, par exemple pour un EDC.

Le suivi au SMPR peut être initié de trois manières les plus courantes :

Premièrement, par l'orientation d'un professionnel, effectué lors de l'entretien d'arrivée en fonction des nécessités.

Deuxièmement, en dehors de cette orientation professionnelle, un détenu peut s'il le souhaite, exprimer sa demande de rencontre avec un médecin psychiatre. Cette démarche est volontaire, et aucune hospitalisation ou obligation de soin ne peut lui être imposée (Annuaire Prisons, 2025).

Enfin, une personne détenue peut également bénéficier d'une consultation psychiatrique au SMPR avec un médecin psychiatre suite à un signalement effectué par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt du détenu, préoccupée par son état psychique ou son comportement. À l'issue de cette consultation, le médecin peut décider de mettre en place un suivi ambulatoire pluridisciplinaire ou une hospitalisation de jour, avec le consentement du détenu (Ministère de la Justice & Ministère chargé de la Santé, 2025).

Le suivi peut alors s'effectuer autour d'une prise en soins pluridisciplinaire selon les objectifs thérapeutiques, avec différents professionnels de l'équipe de santé associant « des consultations psychiatriques, suivi infirmier, entretiens psychologiques et ateliers thérapeutiques » (Ministère de la Justice & Ministère chargé de la Santé, 2025), afin de limiter l'impact des symptômes dépressifs liés à l'EDC et agir sur l'amélioration du quotidien en détention. Par exemple, des séances thérapeutiques en ergothérapie peuvent être proposées aux patients détenus dépressifs afin d'en limiter ces effets (Annuaire Prisons, 2025).

Cependant, lorsque l'état psychiatrique d'un patient est jugé trop sévère, une hospitalisation à temps complet dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) peut être envisagée, avec ou sans consentement, afin de stabiliser le patient (Ministère de la Justice, 2024). Selon le médecin psychiatre Toutilou (2018) « les soins sont centrés non seulement sur la pathologie mais aussi sur la compatibilité de leur maladie avec la réalité de la vie carcérale » (Toutilou, 2018).

En ce sens, la personne détenue est extraite de la détention pour être hospitalisée dans ces unités.

Ainsi, un détenu présentant un EDC peut être dépisté dès le premier entretien, formuler lui-même une demande de suivi ou faire l'objet d'un signalement par le personnel pénitentiaire ou autres professionnels. Il bénéficie alors d'un suivi adapté au SMPR ou en UHSA avec différents professionnels de santé, dont les ergothérapeutes pouvant s'inscrire dans cette prise en soin, et notamment dans l'objectif de soutenir et favoriser la participation occupationnelle.

C. L'INTERVENTION DE L'ERGOTHEPEUTE DANS UNE STRUCTURE DE SOIN PSYCHIATRIQUE EN MILIEU CARCERAL

1. Définition et principe de l'ergothérapie

a) Définition de l'ergothérapie

Le mot « *ergothérapeute* » trouve son origine dans la langue grecque issue du mot « *ergon* » signifiant « *activité* », et « *thérapia* » signifiant « *soin* ». Cela permet de comprendre que c'est par l'activité que l'ergothérapeute va agir sur la santé et le bien-être de la personne (Charret & Thiébaud Samson, 2017). Cette origine étymologique met en évidence le fondement de l'ergothérapie telle qu'elle est définie aujourd'hui. En effet, selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » (ANFE, 2022).

Selon l'ergothérapeute Aline Doussin (2020), « l'être humain est un être occupationnel qui, pour se maintenir en santé, doit s'engager dans une variété d'activités afin de s'accomplir et de s'épanouir » (Doussin, 2020).

L'ergothérapeute intervient dans des champs d'exercice variés. Ils peuvent être sanitaires, médico-social et social. Il collabore également avec de nombreux professionnels tels que des médecins, des paramédicaux, des travailleurs sociaux et d'autres encore. Il exerce avec des populations de tous âges (enfants, adultes, personnes âgées) et avec une grande diversité de pathologies, ce qui lui permet d'adapter son intervention selon le contexte et les besoins spécifiques des patients, avec des difficultés d'ordre « physique, sensoriel et/ou psychologique » (Delaisse, Bodin, Charret, Hernandez & Morel-Bracq, 2022). Sa pratique prend en compte la personne, ses environnements et ses occupations. À travers l'évaluation des capacités, des difficultés, des besoins et des ressources, l'ergothérapeute vise à favoriser l'autonomie et le bien-être en trouvant « des solutions pour relever le défi du quotidien, faire disparaître les barrières et vous permettre d'agir, de retrouver votre rôle social et ainsi de mener une vie satisfaisante » (ANFE, 2022). L'ergothérapeute va donc participer à « prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap » (ANFE, 2022).

Après avoir présenté la définition générale de l'ergothérapie, nous nous intéresserons plus spécifiquement à sa pratique dans une unité de soins psychiatrique en milieu carcéral.

b) Spécificités de la pratique en unité psychiatrique en milieu carcéral pour les personnes présentant un EDC

Dans une structure de soin psychiatrique, en milieu carcéral, l'ergothérapeute va jouer un rôle spécifique dans la prise en soin et l'accompagnement des personnes présentant un EDC, et ce, afin de favoriser et soutenir leur participation occupationnelle.

L'ergothérapeute intervient auprès des patients qui lui sont adressés par le psychiatre du service sous prescription conformément au Code de la santé publique qui stipule que les ergothérapeutes exercent sur prescription médicale (France, Code de la santé publique, art. L4331-1, 2021). La prise en soin débute par un entretien individuel visant à évaluer la demande, les besoins et la pertinence du suivi. Cette phase d'évaluation permet d'orienter la suite de l'accompagnement. À partir de celle-ci, l'ergothérapeute identifie et peut proposer des médiations thérapeutiques susceptibles de mobiliser les fonctions altérées de la personne, en cohérence avec les objectifs de l'accompagnement des symptômes de l'EDC. Différentes propositions de médiations sont alors présentées au patient, afin qu'il puisse choisir celles qui suscitent le plus d'intérêt pour lui, permettant ainsi à l'ergothérapeute d'évaluer et d'observer ses capacités ou incapacités (Cerbai & Roch, 2023).

Comme le soulignent Riou et Le Roux (2017) « la possibilité de mise en activité permet de placer dès le départ la personne au centre de ses soins, considérée en tant que sujet désirant, capable de penser et d'agir par elle-même » (Riou & Le Roux, 2017). Ce lien entre l'activité et les centres d'intérêt du patient « permet aussi d'accroître le potentiel thérapeutique de l'activité, puisque l'intérêt de la personne la motive à fournir davantage d'efforts pour la réussir » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021).

L'intervention ergothérapique se poursuit par la phase d'intervention qui comprend l'élaboration d'un diagnostic ergothérapique, d'un plan d'intervention personnalisé, ainsi que par des réévaluations régulières permettant d'ajuster la prise en soin (Ministère des Solidarités et de la Santé & ANFE, 2021). Ce cadre peut toutefois être adapté selon les spécificités institutionnelles, les ressources disponibles et le profil des patients.

L'ergothérapeute peut proposer ensuite des interventions individuelles et/ou groupales à travers ces médiations thérapeutiques, afin de lutter contre les symptômes de l'EDC. Celles-ci peuvent être créatives (dessins/peinture, terre, bois, jeux de société, écriture et autres). Elles peuvent inciter la personne à exprimer ses sentiments sur ce qu'elle a produit ou lui permettre d'apprendre à surmonter les obstacles et les moments de découragement (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021). Le fait de réaliser une production, qu'elle soit terminée pendant la séance ou bien après plusieurs séances permet de réhausser l'estime de soi pour la personne qui avait perdu confiance en ses capacités (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021).

Les médiations permettent donc de favoriser des formes d'expression autres que la parole au premier plan et « d'établir, dans une relation duelle, un élément qui, faisant tiers, médiatisera cette relation » (Rosset, 2012). Elles participent ainsi à la mise en place progressive d'une prise en soin adaptée à travers « des activités qui ont du sens » (Cerbai & Roch, 2023) et qui vise à « extérioriser leurs souffrances internes » et reprendre confiance en soi et ses capacités (Cerbai & Roch, 2023).

L'efficacité de ces interventions repose sur leur adéquation avec la volition des patients, c'est-à-dire leurs intérêts, leurs valeurs et leur sentiment d'efficacité personnelle afin de soutenir leur participation occupationnelle et leur envie de faire dans la durée. Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2021), « quand on aime ce que l'on fait et qu'une activité nous passionne, on ne compte pas ses efforts pour la mener à bien. Même si c'est difficile, on la poursuit, parce qu'elle est agréable et qu'on y attache une grande importance » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021)

Ainsi, il apparaît pertinent de détailler à présent, de façon spécifique, les modalités d'intervention de l'ergothérapeute, à travers les approches individuelles puis groupales en ergothérapie pour les personnes présentant un EDC, dans cet objectif de favoriser leur participation occupationnelle.

2. Les différentes modalités d'intervention en ergothérapie

a) La prise en soin individuelle en ergothérapie

L'intervention individuelle en ergothérapie constitue une modalité de prise en soin particulière dans l'accompagnement des personnes présentant un EDC. Elle s'effectue à travers des médiations souvent communes à celles du groupe. Cependant, elle permet une approche centrée sur la personne, en tenant compte de son histoire, de ses besoins, de ses demandes, de ses capacités et de ses difficultés, cela dans un cadre thérapeutique individualisé et sécurisant favorisant l'expression des émotions (Launois, 2024). L'activité devient alors un support médiateur entre le patient et l'ergothérapeute facilitant ainsi l'expression par l'activité, en particulier lorsque la verbalisation est difficile.

De plus, en comparaison avec l'intervention groupale, l'accompagnement individuel offre un cadre plus confidentiel, dans lequel la parole peut être davantage libre et approfondie. En effet, certaines dimensions du vécu personnel ne peuvent pas toujours être exprimées en groupe, en raison de la présence des autres participants, de leur regard ou du respect de l'intimité. Comme le souligne Launois (2024), « tout ne peut être dit en groupe » (Launois, 2024), ce qui renvoie à la nécessité de préserver un espace d'intimité et de confidentialité selon le besoin des différents patients présentant cet EDC.

Dans ce contexte, l'intervention individuelle offre cet espace privilégié favorisant l'alliance thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute. Cette relation de confiance est fondamentale, pour initier de nouveau une participation occupationnelle progressive dans l'activité et cette dynamique s'inscrit pleinement dans les objectifs de l'ergothérapeute, visant à soutenir la participation occupationnelle et à redonner du pouvoir d'agir à la personne (ANFE, 2022).

b) Le groupe thérapeutique en ergothérapie

Le groupe thérapeutique en ergothérapie réunit plusieurs patients autour de médiations et d'activités signifiantes et significatives spécifiquement choisies pour eux en fonction des objectifs thérapeutiques à travailler et des différents intérêts des patients.

Il peut être animé par un ou plusieurs ergothérapeutes et être également accompagné par un autre professionnel de l'équipe pluridisciplinaire pour co-animer. Cette perspective permet d'apporter des regards complémentaires sur la prise en soin des patients, l'un pouvant intervenir directement auprès du groupe tandis que l'autre peut se consacrer davantage à l'observation et à l'analyse des dynamiques groupales (Launois, 2024). Le groupe thérapeutique permet d'utiliser l'activité comme médiation favorisant l'expression, l'expérimentation et les interactions entre les membres via cette dynamique groupale. C'est aussi un espace d'observation, dans lequel on distingue « deux façons d'en être l'observateur : à l'extérieur ou à l'intérieur » du groupe (Laxenaire & Bittolo, 2014).

L'ergothérapeute y adapte les activités en fonction des objectifs thérapeutiques, des capacités et des difficultés des participants. Ce groupe est ici un outil thérapeutique qui s'inscrit dans la prise en soin du patient. Il existe différents types de groupes thérapeutiques en ergothérapie. Certains sont davantage centrés vers des médiations créatives, vers la stimulation cognitive, l'expression ou la parole, d'autres groupes sont à thématique spécifique, conçus et pensés en fonction des objectifs à travailler avec les patients (Launois, 2015).

Le groupe est défini par les composantes suivantes :

Dimension temporelle : fréquences des séances, durée du groupe, sessions, temps de présentation, d'échanges, d'explications

Les formes :

1. Groupe fermé (se déroule sur une durée déterminée avec les mêmes patients, aucune sortie ou nouvelle entrée possible).
2. Groupe ouvert (liberté totale d'entrée et/ou de sortir du groupe pendant les séances).

3. Groupe semi-ouvert (possibilité d'intégrer le groupe au début des premières séances ou de le quitter avant les dernières séances mais de rester la totalité du temps prévu). Un groupe peut être homogène ou hétérogène (au niveau des pathologies, de l'âge, de l'ancienneté du suivi) (Marc & Bonnal, 2014).

La taille : nombre de participants au groupe. « Le nombre "idéal" se situe entre 6 et 8 personnes » (Launois, 2015). En effet, cela permet des interactions et une dynamique de groupe tout en permettant que le ou les ergothérapeutes puissent observer, accompagner et être attentif à l'ensemble des patients.

Environnement : salle d'ergothérapie ou bien une salle dédiée selon le groupe proposé. Lieu idéalement calme, lumineux, qui va permettre de favoriser l'engagement et la participation des patients en séance.

Matériel : à définir selon la médiation proposée

Cadre : sécurisant, contenant, structuré avec des règles et des repères clairs, favorisant la confiance et la création. Comme le souligne Launois (2024) « Un cadre thérapeutique sert à permettre l'existence d'une thérapie d'une façon sécurisée, contenant et confidentielle. Il fixe les limites, les règles, les conditions d'engagement mutuel, la durée éventuelle du soin, les horaires, le lieu du soin... » (Launois, 2024).

c) Les objectifs thérapeutiques communs aux interventions individuelles et groupales en ergothérapie dans la prise en soin de l'EDC afin de favoriser la participation occupationnelle

Les interventions individuelles et groupales poursuivent des objectifs thérapeutiques communs visant à favoriser la participation occupationnelle et à lutter contre les symptômes dépressifs.

Comme mentionné précédemment, l'EDC s'accompagne fréquemment d'un désengagement dans les activités du quotidien du fait de ces symptômes. L'ergothérapeute cherche ainsi à favoriser le réinvestissement progressif dans le faire et l'agir à travers des activités significatives et adaptées aux intérêts de la personne. Comme l'indiquent Cerbai et Roch (2023), l'un des différents leviers d'action de l'ergothérapeute consiste à « favoriser l'engagement occupationnel et à aider la personne à trouver un sens dans les activités afin d'atteindre un bien-

être et une satisfaction personnelle » (Cerbai & Roch, 2023). Cela contribue ainsi à la réactivation du plaisir et de l'intérêt de faire quelque chose, participant ainsi à l'amélioration du bien-être pour la personne (Cerbai & Roch, 2023).

Un autre objectif thérapeutique concerne le maintien et la stimulation des capacités cognitives, souvent altérées dans l'EDC. Les médiations proposées peuvent solliciter différentes fonctions exécutives, mnésiques ou encore les capacités cognitives contribuant ainsi à leur stimulation et à leur maintien (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021).

Enfin, ces accompagnements vont également permettre de restaurer l'estime de soi et le sentiment d'efficacité d'une personne en termes de compétences et d'aptitudes par exemple, fréquemment diminués dans l'EDC. Le fait d'être satisfait de ses productions en séance va permettre à la personne progressivement de se revaloriser, revaloriser ses capacités et soutenir ce processus de re-narcissisation (Launois, 2024).

Qu'elle soit individuelle ou groupale, la prise en soin en ergothérapie a comme objectif, ici, le soutien de la participation occupationnelle et l'engagement dans la durée et la continuité. Cela s'effectue en mobilisant les capacités de la personne et en s'appuyant sur des médiations adaptées et adaptées aux intérêts du patient. Elle contribue ainsi à la restructuration de l'habitation, en favorisant progressivement de rythmes et des routines dans le quotidien de la personne.

d) Apports spécifiques de la dimension groupale en ergothérapie

Si les objectifs thérapeutiques sont communs aux modalités individuelles et groupales, le groupe présente des apports spécifiques supplémentaires, liés à la dynamique groupale.

Le groupe offre un espace de socialisation et de développement des habiletés de communication et d'interaction grâce à la médiation, qui agit comme une dimension tierce entre les participants, quelque soit la médiation (Launois, 2015). Les participants sont amenés à échanger, coopérer et interagir ce qui soutient les habiletés d'interaction et de communication, dans un contexte où l'isolement et le repli sur soi est fréquent chez les patients présentant un EDC, le groupe contribue à une réduction de cet isolement social.

Ainsi, la participation à des séances de groupes est parfois un des rares moments de socialisation sécurisée possible. En détention, les détenus sont rarement seuls, ils sont même les uns sur les autres, mais dans un environnement pas suffisamment sécurisé du point de vue des relations sociales. Cela constitue « une première façon d'être ensemble, plusieurs individus côte à côte » (Launois, 2015). Dans ce cadre, les échanges au sein du groupe favorisent la coopération, le respect des différences, la confrontation de ses mécanismes de pensées et l'acceptation des autres tout en contribuant à la régulation émotionnelle (Cerbai & Roch, 2023). Le groupe thérapeutique permet ainsi « d'être en groupe, dans un même lieu et dans un même temps, afin de favoriser une interaction potentielle, le lien relationnel et une re-socialisation » (Launois, 2015). De plus, il permet une expérimentation de la place dans le collectif offrant au patient la possibilité de se situer par rapport aux autres, d'ajuster ses comportements et de s'inscrire dans une dynamique relationnelle (Marc & Bonnal, 2014), souvent altérée par la présence des symptômes dépressifs de l'EDC. Par ailleurs, cette dynamique de groupe, à travers le soutien des pairs et l'effet d'entraînement, participe au maintien et au renforcement de la motivation. Ces éléments vont ainsi contribuer au réengagement progressif dans le « *faire* », et plus largement, ils vont venir soutenir et favoriser la participation occupationnelle.

Le groupe contribue également à un processus de renarcissisation des patients, mais via la dynamique groupale et la présence des autres (Launois, 2024). Il travaille cet objectif de restauration de l'estime de soi et de ses compétences de façon progressive, notamment à travers la valorisation par les pairs des productions réalisées en séance dans une dynamique « d'être et faire ensemble », favorisant le « co-crée » (Launois, 2024).

En effet, la présence des autres patients apporte un regard extérieur qui, dans une prise en soin individuelle, ne peut être mobilisé que par le soignant, ici, l'ergothérapeute. Les productions réalisées en séance de groupe ne sont donc pas seulement valorisées par l'ergothérapeute, mais aussi par les autres membres, de par leurs retours, leurs encouragements et leurs échanges. Ils permettent à chacun de mieux percevoir ses capacités au regard de celles des autres et ainsi mesurer et nuancer l'image négative qu'ils peuvent avoir d'eux même du fait des symptômes dépressifs. Cette dynamique soutient également le processus de symbolisation qui, selon Fays et Launois (2024), permet d'exprimer des éléments intrapsychiques et de les mettre en mots via une médiation signifiante et ainsi favoriser la participation occupationnelle et le faire ensemble de façon motivante.

La stimulation cognitive en groupe est favorisée par la dynamique collective. Le fait d'être plusieurs, permet de confronter des idées et des points de vue variés, tout en soutenant la recherche commune de stratégies et de solutions à travers différentes médiations. Les différents objectifs thérapeutiques sont travaillés à travers ces activités et sollicitent diverses fonctions cognitives, exécutives et mnésiques (Cerbai & Roch, 2023). Par exemple, les jeux de société mobilisent ces capacités, la cuisine thérapeutique fait appel à l'attention, à la concentration, à la mémoire (mémorisation des étapes), ainsi qu'à l'organisation, la planification et la répartition des tâches entre chaque membre du groupe (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021).

Ainsi, la diversité des échanges et la coopération entre les participants au sein du groupe s'avèrent particulièrement bénéfiques et stimulent davantage au niveau cognitif.

De ce fait, l'intervention groupale en ergothérapie semble particulièrement pertinente dans l'accompagnement des personnes présentant un EDC, en mobilisant la personne dans un cadre stimulant, favorisant l'investissement dans des activités signifiantes et significatives. Elle contribue notamment à soutenir la participation occupationnelle, le réengagement dans l'agir et le processus de rétablissement de façon progressive pour le transférer par la suite dans ses activités de la vie quotidienne.

Il est cependant important de rappeler que l'ergothérapeute n'intervient pas seul dans la prise en soin de cette population, et des patients en général. Il agit au sein d'une équipe pluridisciplinaire où la complémentarité des compétences et des apports de chaque professionnel de santé sont primordiaux pour soutenir le rétablissement global du patient.

3. La prise en soin pluridisciplinaire en structure de soin pour des personnes présentant un EDC en milieu carcéral

a) Définition de la pluridisciplinarité dans le parcours de soin

La prise en soin dans une unité psychiatrique en milieu carcéral s'organise le plus souvent autour d'une équipe pluridisciplinaire. Cette notion de pluridisciplinarité « implique une co-disciplinarité, c'est-à-dire la co-existence et la mise en commun des savoirs, expériences et compétences des différents professionnels de santé » (Cliniques, 2012). Cette équipe réunit

plusieurs professionnels de santé aux champs d'expertise et qualifications variées, qui travaillent ensemble de manière coordonnée afin de concevoir et réaliser un projet de soins commun, garantissant une prise en soin optimale et la plus complète possible. Pour cela, il est nécessaire que chaque professionnel connaisse le rôle et les compétences des autres membres de l'équipe afin que leurs actions soient complémentaires et répondent efficacement aux besoins du patient (IRSS, 2025).

En pratique, les unités de soins en milieu carcéral (SMPR, UHSA), accueillant des populations psychiatriques détenues, sont constituées d'équipes pluriprofessionnelles. Celles-ci regroupent notamment des médecins psychiatres, des psychologues, des infirmiers diplômés d'Etat, des aides-soignants, des assistants sociaux, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des cadres de santé, permettant d'assurer la prévention, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques des personnes détenues (GHU Paris psychiatrie & neurosciences, 2025).

Après avoir présenté la définition d'une équipe pluridisciplinaire en santé mentale ainsi que sa composition, nous allons nous intéresser à la collaboration entre tous les professionnels pour mieux comprendre comment chacun contribue concrètement l'accompagnement des personnes détenues présentant un EDC.

b) Apport de la pluridisciplinarité dans une structure de soin en santé mentale en milieu carcéral

La pluridisciplinarité dans une structure de soin en santé mentale, ici en milieu carcéral, permet avant tout d'assurer un accompagnement complet et efficace aux patients souffrant de troubles psychiques, grâce à l'implication coordonnée de plusieurs professionnels qui travaillent ensemble pour répondre aux différents besoins médicaux, psychologiques et sociaux des patients (Durand & Fleury, 2021). Cette coordination, ainsi que la communication et le partage d'informations entre l'ensemble des professionnels de santé qui suivent les patients, notamment lors des réunions d'équipe est nécessaire. Elles permettent aux différents professionnels de suivre l'évolution du patient, de transmettre leurs observations et de définir ensemble les objectifs thérapeutiques à atteindre (Haute Autorité de Santé, 2018). De plus, le fait de disposer d'un dossier patient informatisé permet à l'ensemble des professionnels de le consulter et de se tenir ainsi informés des évolutions, des nouveautés et des avancées dans les différentes prises

en soin. Cet accès rapide permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et d'assurer la continuité et la traçabilité des prises en soin (Torki, 2022).

Par exemple, pour la prise en soin d'une personne présentant un EDC, le médecin psychiatre interviendra sur la prescription et le suivi de la médication avec l'infirmier diplômé d'état, le psychologue pourra proposer un accompagnement psychothérapeutique et l'ergothérapeute mettra en place des activités thérapeutiques visant à stimuler la motivation, la socialisation, les capacités cognitives du patient et la participation occupationnelle dans le quotidien de la personne (Haute Autorité de Santé, 2018). Cela dans le but commun de réduire les symptômes de l'EDC et de favoriser son rétablissement.

C'est pourquoi, dans une équipe pluridisciplinaire de santé, « tous les membres de l'équipe ont leur importance puisqu'ils interviennent à des niveaux différents de la prise en charge du malade » (IFSI-IFAS Saverne, 2022). Il est également important de « pouvoir considérer comme des ressources les modes d'approche différents du sien » (Sanson, 2006), afin de bénéficier de la diversité des méthodes et des savoirs au sein de l'équipe. Chaque membre de l'équipe s'appuie sur les autres, ce qui rend la collaboration essentielle au bon déroulement et à l'efficacité de l'accompagnement. Cette coordination crée un environnement sécurisant et structurant, renforçant la confiance du patient envers l'équipe soignante et son sentiment d'être pris en charge de manière globale. Ainsi, cela favorise davantage son engagement actif dans ses propres soins et une meilleure adhésion.

La prise en soin de façon pluridisciplinaire est plus qu'importante pour prendre en soin les patients et notamment, ici, les personnes souffrant d'un EDC. En effet, l'ergothérapeute n'intervient pas de manière isolée mais dans une équipe afin de garantir un accompagnement complet pour les patients.

Ainsi, ce cadre conceptuel met en évidence l'impact du milieu carcéral sur la santé mentale des personnes détenues dès l'arrivée en détention, notamment par la survenue d'un EDC ainsi que ses répercussions sur la participation occupationnelle. Il nous permet également de comprendre comment l'ergothérapeute, de par sa formation, s'inscrit dans le parcours de soin de la personne détenue présentant un EDC au sein d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée et peut l'accompagner de façon individuels et/ou groupales dans l'objectif de soutenir et favoriser la

participation occupationnelle afin de lutter contre les symptômes dépressifs. Il convient ainsi de nous intéresser concrètement aux modalités d'intervention ergothérapeutiques pour cette population, directement auprès des ergothérapeutes en poste. Cela justifie le recours à une démarche méthodologique qualitative permettant d'explorer cette pratique en situation réelle, et ce, à travers la phase expérimentale.

III/ METHODOLOGIE D'ENQUETE

Ce travail s'inscrit dans une démarche de recherche visant à explorer les perceptions et les pratiques des ergothérapeutes intervenant dans une structure de soin psychiatrique en milieu carcéral concernant la prise en soin des personnes souffrant d'épisodes dépressifs caractérisés à leur arrivée en détention afin de favoriser leur participation occupationnelle.

Cette partie présente la méthodologie employée pour répondre à la question de recherche :
Comment l'ergothérapeute intervient-il en structure de soin psychiatrique en milieu carcéral auprès des détenus présentant un épisode dépressif caractérisé à l'arrivée en détention afin de favoriser leur participation occupationnelle ?

Elle est composée de l'hypothèse de recherche, du choix méthodologique, de la population interrogée, les modalités de passation des entretiens ainsi que les considérations éthiques. Elle présente également les méthodes de recueil et d'analyse des résultats, ainsi que la discussion, la conclusion, et pour terminer, les apports et perspectives d'ouverture de l'étude.

a) Hypothèse

Au vu des apports théoriques développés précédemment, l'intervention de l'ergothérapeute par la mise en place de groupes thérapeutiques en ergothérapie pourrait constituer une modalité pertinente dans la prise en soin des personnes présentant un EDC à leur arrivée en détention. Cette modalité pourrait favoriser leur participation occupationnelle, et le maintien de leurs occupations signifiantes et significatives notamment à travers les spécificités liées à la dynamique groupale.

b) Objectif de l'enquête

L'objectif principal de cette enquête est d'explorer les différentes modalités d'intervention des ergothérapeutes dans la prise en soin des personnes présentant un EDC à l'arrivée en détention en structure de soin psychiatrique en milieu carcéral. Il s'agit également de comprendre quels sont les objectifs associés et les stratégies qu'ils mobilisent concrètement pour favoriser le

processus de rétablissement des patients et les effets constatés, voire exprimés, par les patients afin de stimuler et favoriser leur participation occupationnelle.

c) Choix de l'outil d'enquête

L'entretien semi-directif est une méthode de collecte de données utilisée dans une démarche qualitative et interprétative. Il repose sur un échange entre le chercheur et la personne interrogée, dans un climat d'écoute et de confiance. Cet entretien permet de recueillir un discours détaillé à partir d'un guide préparé à l'avance, tout en laissant une certaine liberté de parole à l'interviewé (Imbert, 2010).

Pour mener à bien cette recherche et répondre à notre problématique, nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi directif composé d'une quinzaine de questions ouvertes. Il paraît davantage intéressant de pouvoir utiliser cet outil afin de recueillir un maximum d'informations nécessaires pour obtenir des réponses nuancées ainsi qu'une liberté d'expression plus grande pour l'ergothérapeute interrogé.

L'entretien a été structuré en trois parties distinctes :

La première porte sur le parcours professionnel de l'ergothérapeute ainsi que son exercice dans une structure de soins psychiatrique en milieu carcéral. Ces questions introductives ont une double fonction. D'une part, elles permettent de recueillir des données contextuelles (ancienneté de l'ergothérapeute interrogé, type de structures, expériences dans le domaine) qui sont susceptibles d'influencer les réponses, les représentations, les différentes pratiques professionnelles et donc de permettre l'analyse comparative de ces différents entretiens. D'autre part, elles favorisent l'instauration d'un climat de confiance en début d'échange, en invitant l'interlocuteur à s'exprimer son parcours et son expérience avant d'aborder des éléments nécessitant une réflexion plus approfondie (Tétreault, 2014).

Dans la deuxième partie on s'intéresse au suivi et la prise en soin des personnes présentant un EDC à leur arrivée en prison.

Enfin, la troisième partie aborde la place spécifique de l'ergothérapeute dans ce contexte, les effets du suivi ergothérapique et des différentes interventions proposées pour le patient.

Elle vise à mettre en évidence comment ces accompagnements peuvent favoriser la participation occupationnelle et encourager l'engagement dans des activités porteuses de sens, nécessaires à son bien-être afin de diminuer les symptômes dépressifs.

d) Argumentation du choix effectué

Le choix de l'entretien semi-directif comme outil méthodologique permet de recueillir des réflexions et réponses approfondies de la part de l'ergothérapeute interrogé. L'élaboration d'un guide d'entretien, composé de questions définies en amont, permet d'avoir un fil conducteur garantissant une adéquation des réponses avec la thématique du mémoire et de maintenir les objectifs de l'entretien sans s'en éloigner. Le cadre de cet entretien semi-directif est assez souple et flexible afin de favoriser des réponses plutôt ouvertes, laissant à la personne interrogée la possibilité de développer librement ou d'approfondir certains points qu'elle juge pertinents. Grâce aux différentes relances, l'entretien semi directif permet d'aborder des éléments imprévus mais significatifs, ce qui n'aurait pas été possible avec un questionnaire classique.

Cela nous permet d'obtenir de la part de tous les ergothérapeutes interrogés des réponses riches et nuancées. Comme le souligne Tétreault (2014), l'entretien semi-directif permet « de poser des questions de manière à établir des liens entre les différents sujets et à approfondir davantage certains éléments énoncés par le participant » (Tétreault, 2014).

Nous avons choisi de ne pas restreindre la recherche à une tranche d'âge spécifique, que ce soit pour les détenus ou bien les professionnels, afin de maximiser les possibilités d'obtenir des réponses en nombre important et diverses. Cela permet également de comparer et d'analyser les différentes pratiques et approches selon les profils des professionnels. L'objectif de ces entretiens semi-directifs est donc de recueillir un maximum d'informations grâce aux différents professionnels interrogés, en s'appuyant sur leur expérience et leur pratique, en lien avec la thématique du mémoire.

C'est pourquoi l'entretien semi directif a été retenu pour cette étude.

e) Modalités

Les entretiens seront réalisés à distance par visioconférence ou par téléphone selon la possibilité et la préférence des ergothérapeutes interrogés dans l'objectif de faciliter la participation aux entretiens malgré les éventuelles contraintes professionnelles et personnelles.

Ce choix s'explique également par les difficultés d'accès aux établissements pénitentiaires trop complexe, ne permettant pas de réaliser les entretiens en présentiel.

f) Choix de la population d'enquête

Pour cette enquête, il semble pertinent de nous entretenir avec des ergothérapeutes exerçant dans une unité de soins psychiatrique en milieu carcéral ou ayant une expérience passée. Ce choix s'explique par la volonté de recueillir le point de vue de professionnels directement impliqués dans la prise en soin des personnes détenues souffrant d'un EDC à leur arrivée en prison. Leurs expériences et leurs connaissances cliniques permettent d'obtenir une vision concrète des pratiques mises en place autour de cela.

Le choix des participants aux entretiens semi-directifs a été défini grâce à des critères d'inclusion et de non inclusion notés ci-dessous.

<i>Critères d'Inclusion</i>	<i>Critères de non inclusion</i>
• Les personnes interrogées devront être ergothérapeutes titulaires du Diplôme d'État d'ergothérapie. • Les ergothérapeutes devront travailler ou avoir travaillé en tant qu'ergothérapeutes dans une structure de soins psychiatriques en milieu carcéral.	• Les ergothérapeutes en suspension d'exercice ou d'une mesure disciplinaire en cours. • Les ergothérapeutes ne souhaitant pas répondre à l'ensemble des questions de l'entretien.

• Les ergothérapeutes devront avoir accompagné des personnes détenues présentant un épisode dépressif caractérisé dans le cadre de leur pratique. • Les ergothérapeutes devront avoir signé au préalable le consentement pour participer à l'étude et autoriser l'enregistrement audio des entretiens	
--	--

Les personnes pouvant être interrogées devront, par conséquent, répondre à ces critères.

g) Passation des entretiens

Préalablement à la passation des entretiens, le consentement des professionnels a été obtenu grâce à un formulaire signé conformément aux principes énoncés par l'article 1 de la loi Jardé du 5 mars 2012 encadrant les recherches impliquant la personne humaine (Légifrance, 2024).

C'est pourquoi, toutes les données exploitées seront anonymes et confidentielles. De plus, les participants ont reçu en amont de l'entretien la question de recherche relative à l'étude afin de leur permettre de comprendre les grandes lignes du sujet abordé. Le guide d'entretien (annexe IV) n'a pas été transmis en amont aux ergothérapeutes dans l'objectif de favoriser des réponses spontanées et non anticipées. Le formulaire de consentement de la voix (annexe III), lui, a été transmis afin de s'assurer de l'accord signé par les professionnels en amont de l'entretien.

h) Limite de l'outils

L'entretien semi-directif permet de recueillir des données riches et nuancées. Cependant, cette méthode présente certaines limites. La réalisation des entretiens à distance, que ce soit par visioconférence ou par téléphone, peut également limiter l'observation du langage non verbal qui constitue un élément important et informatif lors d'un échange. La durée des entretiens constitue une autre limite potentielle et souvent contrainte par les disponibilités et le temps que

les professionnels peuvent accorder à l'entretien. Cela peut restreindre le développement des réponses et limiter le développement de certaines discussions (Scribbr, 2019).

Malgré ces limites, ces entretiens permettent de mieux comprendre la réalité du terrain et d'explorer de manière détaillée les pratiques et perceptions des ergothérapeutes concernant la prise en soin des personnes souffrant d'un EDC caractérisés à leur arrivée en détention afin de favoriser et soutenir la participation occupationnelle.

i) Prise de contact

Pour réaliser mes entretiens, j'ai repris contact avec l'une de mes structures de stage, effectuée au sein d'une unité psychiatrique (SMPR), en milieu carcéral, notamment avec l'une des ergothérapeutes y travaillant qui a accepté de participer à l'enquête. Celle-ci a pu transmettre, par le biais de ses contacts, mon mail de demande d'entretien à d'autres ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion et susceptibles de souhaiter participer à l'enquête. Grâce à cette démarche, j'ai pu obtenir le contact d'une ergothérapeute souhaitant participer.

J'ai également obtenu le contact d'une autre ergothérapeute par l'intermédiaire de ma maître de mémoire. Enfin, j'ai contacté l'une de nos professeures à l'IFE, ayant exercé dans ce domaine.

A l'issu de ces demandes, j'ai pu obtenir 4 entretiens.

j) Mise en place des entretiens

Les entretiens se sont déroulés durant le début du mois d'avril par appels téléphoniques et ont duré entre 45min et 1 heure.

IV/ RESULTATS ET ANALYSE DES ENTRETIENS

a) Présentation des ergothérapeutes participants à l'étude

Afin de réaliser cette phase exploratoire, j'ai contacté plusieurs ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion nécessaire à l'enquête. Les entretiens ont été retranscrits de façon intégrale afin de pouvoir traiter et analyser les différentes réponses.

Pour garantir l'anonymat et la confidentialité des données, les ergothérapeutes seront identifiés par les numéros **E1**, **E2**, **E3** et **E4**. L'entretien avec l'ergothérapeute **E4** est présenté en exemple en annexe (V).

Les quatre ergothérapeutes ayant accepté de participer à l'étude sont :

Ergothérapeutes interrogés	<i>Expérience en structure de soins psychiatrique en milieu carcéral</i>	Durée d'exercice dans ce milieu	Modalités d'intervention dans sa pratique	Sexe	Durée
E1	UHSA	4 ans	Individuel et Groupe	Femme	48min
E2	SMPR	15 ans - aujourd'hui	Individuel et Groupe	Femme	55min
E3	SMPR	36 ans	Groupe	Femme	1h
E4	UHSA	4 ans - aujourd'hui	Individuel et Groupe	Femme	52min

Ces quatre ergothérapeutes exercent actuellement, ou ont exercé par le passé, au sein d'une unité psychiatrique en milieu carcéral accueillant une population détenue présentant un EDC.

Les ergothérapeutes **E2** et **E3** exercent ou ont exercé, au sein d'une unité psychiatrique étant le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) dans un établissement pénitentiaire et ont accueilli notamment des personnes détenues présentant des EDC. Les ergothérapeutes **E1** et **E4** ont, quant à elles, travaillé en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA), structure située hors des murs de la prison mais destinée exclusivement à l'accueil de la population détenue dans un objectif de soin psychiatrique. Elles ont également accompagné des patients détenus présentant un EDC.

b) Le milieu carcéral et ses conséquences psychiques : l'EDC

Durant les entretiens réalisés, les ergothérapeutes ont pu expliquer quelles peuvent être les différentes répercussions et conséquences psychiques liées à l'entrée en détention, en raison de l'environnement carcéral, de ce qu'il représente et de ce qu'il peut induire. Toutes les ergothérapeutes interrogées sont d'accord pour dire que le milieu carcéral et l'incarcération constituent une étape psychologiquement plus ou moins traumatisante selon le profil de chaque individu. En effet, **E1** explique que *« le choc carcéral est un syndrome dépressif réactionnel lié à l'entrée en détention. C'est comme un mini trauma ou voire un trauma de se retrouver en détention, privé de ses droits, privé de ses libertés, privé de ses habitudes de vie tout d'un coup. »* Effectivement, **E4** rejoint ces propos en expliquant que *« derrière le choc carcéral, je décrirais vraiment un effondrement et une perte de tous leurs repères dans un milieu où ils vont se retrouver seuls et dans un milieu qui est quand même assez hostile. »* **E1** et **E4** soulignent également que le milieu carcéral est un environnement fortement impactant et que *« les conditions sont quand même difficiles »* et qu'il s'agit *« d'une rupture avec les habitudes antérieures »* **E1**. **E4**, précise que *« en fait, cette perte de repères les amène à une perte de tout ce que pouvait représenter leur vie avant, que ça soit leur stabilité, leur personnalité, leurs envies »*. Cela met en évidence l'impact immédiat de l'incarcération sur le quotidien des personnes détenues. Cette rupture brutale des repères de vie vient fragiliser leur équilibre psychique en les confrontant à un environnement totalement nouveau et contraignant.

En ce sens, **E2** rappelle cette vulnérabilité lors de l'entrée en détention, en précisant que *« on le sait bien qu'il y a pendant les 72 premières heures des risques de suicide très importants, il faut faire très attention c'est pour ça qu'il y a des unités spéciales qui sont des unités d'accueil pour les arrivants »*. Elle ajoute également que *« le choc carcéral pour un certain nombre de patients, ça fait partie des raisons pour lesquelles on nous les adresse au SMPR »*, représentant environ *« un tiers »* des situations rencontrées. **E1** indique que la notion de *« choc carcéral à l'arrivée »* était fréquemment mentionnée dans les antécédents du dossier du patient lors de son admission à l'UHSA. Elle précise enfin que, pour certains patients, *« cet état dépressif va perdurer tout au long de l'incarcération »*, soulignant ainsi la nécessité d'une prise en soin précoce afin d'éviter la possible chronicisation de la souffrance psychique. En regard de cela, **E3** notifie qu'effectivement, *« au début de l'hospitalisation, tous les détenus présentent un état*

dépressif lié à l'incarcération » et E4 dit « on va retrouver des personnes qui peuvent être à la fois apeurées, sidérées, totalement apragmatiques. Et pour certains cas, du mutisme aussi, où vraiment on va avoir très très peu accès à eux ». E3 décrit également les manifestations cliniques des détenus dépressifs à l'arrivée en évoquant « on va avoir une expression de la symptomatologie d'un patient qui n'a plus envie de vivre, qui reste allongé, n'a plus envie de rien parfois même de parler, qui n'a plus envie d'être au monde ». De plus l'ergothérapeute E3 confirme l'ensemble de ces propos en expliquant l'impact psychique de l'incarcération et souligne « on rencontre souvent des patients présentant des mouvements dépressifs car ils étaient soudain incarcérés et confrontés à ce qu'ils avaient fait et prenaient tout d'un coup en compte l'horreur de la situation ». Elle ajoute, « on rencontre également des patients qui développaient des dépressions liées aux conditions du milieu carcéral ». L'ensemble de ces éléments montre à quel point l'incarcération peut-être un facteur de désorganisation psychique susceptible de déclencher ou d'aggraver un EDC. Cela nous montre l'importance d'un repérage précoce et d'une prise en soin rapide dès l'arrivée en détention, afin notamment, de limiter les risques de décompensation ou de chronicisation des troubles.

c) Les modalités de prise en soin en ergothérapie (individuelles et groupales)

L'ensemble des ergothérapeutes E1, E2, E4 interviennent à la fois dans le cadre de prises en soin thérapeutiques individuelles et groupales. Par exemple, E1 explique « je reçois le patient soit en individuel, soit en groupe » et précise « je pense qu'au début il faut vraiment être contenant et étayant donc en individuel ».

Cependant, ces trois ergothérapeutes nuancent leurs propos en soulignant que le choix entre une prise en soin individuelle ou groupale dépend du contexte d'intervention, du degré de mal-être psychique de la personne, de son comportement et de ses capacités à un moment donné. Elles insistent également sur le fait que ces choix s'inscrivent dans une temporalité qui évolue, pouvant être amenées à changer en fonction de l'évolution de la situation clinique du patient. En effet, E2 précise cela en disant qu'« il n'y a pas de recette . Individuel ou groupe tout dépend de l'état psychique de la personne » en ajoutant que « certains patients ne peuvent pas être en groupe au départ, d'autres en ont besoin immédiatement ». Elle ajoute également qu'elle effectue « des prises en soin qui peuvent être individuelles, elles peuvent être groupales, elles peuvent être un mix des deux. Par exemple avec des prises en charge groupales et avec des

temps individuels afin que la personne puisse être là et puisse parler ». Dans cette même logique, **E1** dit qu'« *Il faut d'abord déblayer en individuel et après l'intégrer dans un groupe ».* L'ergothérapeute **E4** partage cet avis en disant également « *Je dirais que je commence d'abord en individuel et après par contre assez rapidement si je vois au niveau cognitif que la personne a de bonnes capacités, je vais pouvoir très facilement lui proposer le groupe ».* **E1** nuance également cette articulation entre individuel et groupal en indiquant « *on ne peut pas trop travailler au niveau personnel par exemple sur la faille narcissique en groupe c'est pourquoi je te dis que selon moi il faut d'abord déblayer en individuel et après l'intégrer dans un groupe car les objectifs avec un patient que je vais accompagner sur le plan dépressif ça va être tout d'abord l'amorce de la relation thérapeutique forcément en premier lieu en individuel »*

Ces propos mettent en évidence une complémentarité entre les deux modalités de prise en soin, l'individuel permettant un premier travail préparatoire avant l'intégration dans un ou plusieurs groupes. Elles soulignent qu'il n'existe pas de modalité unique ou systématique de prise en soin dans un ordre logique précis mais plutôt une adaptation constante aux besoins spécifiques de chaque patient. Les ergothérapeutes ont pu dire qu'elles ajustent ainsi leur accompagnement en fonction de la situation clinique, de la dynamique relationnelle et des objectifs thérapeutiques, afin de proposer un cadre le plus pertinent et sécurisant possible pour favoriser la participation occupationnelle des patients dans les activités en ergothérapie.

Effectivement, **E1** a pu affirmer ce fait en disant « *je vais vraiment adapter ma posture »*, « *le choix de la prise en soin au début de l'hospitalisation dépend beaucoup du patient »* elle termine en disant « *tu vas adapter en fonction de ce que tu observes ».* **E2**, a pu également évoquer le fait que les patients peuvent eux-mêmes impulser un choix de prise en soin. En effet, elle dit que « *il y a certains patients qui, dans un premier temps vont dire "moi les autres, je ne peux pas" »*, tandis que « *d'autres vont vous dire, alors qu'ils ne sont pas bien du tout "mais je suis trop seul", "je suis trop isolé, je n'en peux plus" là dans ces cas-là il faut qu'il soit avec d'autres en groupe »*, « *cela dépend de l'état psychique de la personne et également de ce qu'elle peut supporter ou pas ».* Il est néanmoins essentiel d'un point de vue professionnel, d'évaluer la situation clinique et de porter un regard critique sur ces situations car « *certaines étaient tellement dépressifs qu'ils ne pouvaient pas être avec d'autres patients et nécessitent de garder un peu de séances individuelles avant qu'ils aillent en groupe »* (**E2**). **E1** partage cet avis en précisant également « *si tu vois que la dynamique de groupe le met toujours en retrait*

tu vas adapter ou arrêter en fonction de ce que tu observes ». Cependant, cette nécessité d'évaluation n'exclut pas des choix parfois au cas par cas pour chaque patient comme le dit E2 en indiquant *« tu te souviens Monsieur X, je l'ai tout de suite mis en groupe alors qu'il était très très dépressif »*. Elle précise par contre qu'elle reste vigilante à son intégration et à son vécu au sein du groupe en évaluant régulièrement sa situation et son ressenti *« par contre je le gardais très souvent un petit peu après en individuel après le groupe »*. Pour terminer, E4 souligne également que *« le choix de la prise en soin au début de l'hospitalisation dépend beaucoup du patient »*. L'ergothérapeute E3, quant à elle, n'a accompagné les patients au cours de sa pratique qu'à travers les groupes thérapeutiques. Cependant, celle-ci dit *« Il n'y avait pas vraiment d'individuel à proprement parler, mais il y avait de l'individuel au sein du groupe »*, *« je faisais de l'individuel en groupe »*. En effet, dans le contexte du SMPR en milieu carcéral, les prises en soin strictement individuelles n'étaient pas pratiquées du temps de son exercice *« Je n'ai quasiment jamais fait d'individuel pur en milieu carcéral, ça ne se faisait pas à l'époque »*, *« je n'avais pas la possibilité de faire autrement »* et *« C'était vraiment exceptionnel de travailler en individuel à l'époque »*. Cependant, elle met en évidence cette forme d'individualisation au sein même du cadre groupal, notamment à travers le choix des médiations et le travail de création. Elle souligne que *« chacun avait son propre projet et sa propre matière à l'intérieur d'un groupe »*, que *« chaque détenu pouvait travailler à sa forme »* et que *« le matin c'était chaque personne avait sa propre matière à travailler à l'intérieur d'un espace groupe »*. Selon les besoins perçus ou exprimés par les détenus, il était également possible de s'isoler ponctuellement avec l'un d'eux au sein du groupe afin d'échanger, elle dit *« j'avais des possibilités de m'éloigner avec un patient pour discuter un petit peu pendant que les autres continuaient »*. De plus, elle précise que cette prise en soin auprès du patient présentant un épisode dépressif caractérisé était bien sûr orientée selon ses besoins, ses objectifs thérapeutiques à travailler *« je pouvais orienter l'activité que je proposais pour ce détenu-là de cette façon-là et cela était intéressant car chaque détenu pouvait travailler à sa forme »*.

Au niveau des objectifs dans la prise en soin individuelle ou groupale, l'ensemble des ergothérapeutes se rejoignent sur le fait que pour les personnes présentant un EDC et afin d'impulser une envie de *« faire »* et de retrouver une certaine participation occupationnelle, il faut *« travailler la revalorisation et l'estime de soi, travailler autour de la faille narcissique »*, mais également d'aider les patients à *« trouver une place au sein d'un groupe, favoriser les*

échanges et interactions avec les autres » et « stimuler leur capacités cognitives ». Comme le souligne plus précisément E2 il faut « stimuler les fonctions qui sont là et qui fonctionnent, faire qu'elles ne tombent pas dans l'appauvrissement, les maintenir et les valoriser, les narcissiser, et narcissiser la personne par rapport à ce qui est là et qu'il reste d'elle ». E4 met également en avant l'importance d'aider les patients à retrouver cette participation occupationnelle et donc à reconstruire des « routines qu'ils pourront mettre en place en détention pour qu'ils puissent rythmer leurs journées ». E2 apporte de plus un autre aspect en décrivant les activités comme un « moment de récupération par le fait de pouvoir sortir de la cellule », mais aussi comme « un moment durant lequel la personne peut s'engager dans le « faire », décider de faire quelque chose, participer à une activité, s'intéresser à autre chose, sortir un peu de ses ruminations négatives, et être actif ».

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogées, ce travail s'effectue grâce à « l'amorce de la relation thérapeutique », considérée comme un objectif primordial en amont de la prise en soin.

L'ensemble de ces éléments met en évidence une grande adaptabilité et flexibilité dans les modalités de prise en soin en ergothérapie. Cela, en combinant de façon adaptée et personnalisé les temps individuels et le temps de groupes. Cette adaptation constante aux besoins exprimé par le patient présentant un EDC et à son état psychique souligne l'importance d'une approche centrée sur la personne, en prenant compte du contexte et des évolutions cliniques de celui-ci, en particulier dans un environnement contraignant tel que le milieu carcéral.

L'objectif étant également à terme, à favoriser le transfert de la participation occupationnelle travaillée en séance vers le quotidien, notamment en permettant à la personne de se réapproprier des activités de la vie quotidienne (AVQ). Ainsi, impulser petit à petit une certaine autonomie fonctionnelle en milieu carcéral, en réalisant, par exemple, des AVQ telles que se laver, s'habiller, s'alimenter, s'occuper ou encore organiser son quotidien en détention.

d) L'apport du groupe thérapeutique en ergothérapie

Après avoir constaté que l'ensemble des ergothérapeutes utilisaient plus ou moins, à leur manière la prise en soin individuelle et groupale, nous avons souhaité avoir plus d'approfondissements concernant ce que la dynamique de groupe et le cadre groupal en ergothérapie peut apporter dans la prise en soin des personnes présentant un EDC, afin de favoriser et de soutenir leur participation occupationnelle.

Concernant cela, l'ensemble des ergothérapeutes sont d'accord pour dire que le groupe permet de stimuler les personnes souffrant d'un EDC, notamment à travers le « *faire ensemble* » ainsi que les différentes interactions entre les participants. En effet, **E2** a pu expliquer que le travail de la participation occupationnelle au sein de la dimension groupale permettrait à la personne de mobiliser ses propres ressources, mais également de s'appuyer sur celles du groupe « *qu'il est important que la personne puisse aussi avoir des ressources et trouver en lui les ressources afin qu'il puisse les utiliser et qu'il puisse exister face à d'autres détenus qui sont dans une même situation* », « *donc par rapport à des échanges, à des pairs* ». Effectivement, **E3** partage cet avis en précisant que le groupe permet « *le partage de ce que chacun vivait quand il faisait l'activité et là il y avait du collectif, de la chaleur et du soutien. On fait ensemble, on s'amuse ensemble dans la création et là il y a une vraie dynamique du collectif* » qui permettait donc de soutenir ici, l'humeur et la participation occupationnelle de la personne présentant un EDC dans l'activité proposée. **E1** et **E4** évoquent similairement les mêmes choses et mettent en avant l'intérêt du groupe thérapeutique dans le travail de la socialisation et de la place du sujet au sein du collectif. **E4** explique que « *l'idée c'est de les intégrer dans les groupes et après c'est très intéressant de voir leur évolution au sein du groupe. Est-ce qu'ils arrivent à trouver leur place ? Est-ce qu'ils ne sont pas trop en retrait ? S'il peut y avoir des échanges avec les autres patients ? Est-ce qu'ils peuvent créer des liens avec eux ? Se socialiser ?* », tout en précisant que « *l'objectif c'est qu'ils puissent intégrer des groupes et s'y sentir bien* ». **E3** évoque également l'importance d'observer l'évolution de la personne présentant un EDC au sein du groupe, en expliquant qu'il s'agit « *d'observer chaque détenu et voir comment il évoluait au sein du groupe* ». Cette observation permet ainsi de mieux comprendre la manière dont la personne prend place dans le collectif, interagit avec les autres participants et s'engage progressivement dans les activités proposées.

Dans le même sens, **E1** souligne que *« les objectifs en plus de l'individuel dans le groupe ça va être plus, de la socialisation, la place du sujet dans le groupe et le processus d'individuation »* et que *« au bout d'un moment le groupe peut faire appui pour le patient, être plus vivant et apporter une autre dynamique »*. **E3** ajoute également que *« l'intérêt du groupe c'est que les autres peuvent aussi percevoir quelque chose de ce qui se passe et quand ils voient que pour une personne l'activité n'est pas seulement une activité comme une animation mais comme quelque chose qui peut prendre sens de façon fondamentale pour une personne ça donne envie aux autres de faire ce même travail pour eux même »* elle dit également *« je bénéficiais d'une émulation au sein du groupe ou chacun voyais que les autres cherchaient pour eux même et donc cela donnait envie de chercher pour soi-même »*. Dans cette continuité, **E4** met également en avant le rôle du groupe dans la valorisation des capacités de la personne présentant un EDC. Elle explique que *« si je vois que la personne a de bonnes capacités cognitives par exemple, je vais pouvoir très facilement lui proposer le groupe et le solliciter alors sans le mettre à mal, sans le mettre en difficultés mais au contraire sachant que je sais que la personne a les capacités et a les réponses je vais pouvoir la valoriser aux yeux des autres et la mettre un peu plus en avant en lui disant, vous voyez, par rapport aux autres bah vous voyez, vous avez de super capacités, alors que vous, vous vous dénigrez »*. Elle souligne également que cette valorisation provient principalement des autres participants du groupe, *« la valorisation vient des autres patients. Il y a une telle bienveillance dans les groupes et c'est ça, qui, je crois, fait peut-être le plus de bien aux patients c'est quand ça vient des autres patients, qui les valorisent, les complimentent, les aident aussi parfois »*.

Pour finir, elle met en évidence l'importance de l'entraide et de la stimulation entre pairs au sein du groupe thérapeutique afin stimuler un maximum cette participation occupationnelle en séance, mais aussi de favoriser son transfert au quotidien *« par exemple une personne dépressive dans un premier temps qui n'ose pas faire ou aura un temps d'observation nécessaire et en fait, bah c'est les autres patients qui vont lui dire mais vas-y essaye, tente »* et précise que *« cette entraide va continuer en dehors du groupe »*. Ainsi, *« c'est les patients qui vont stimuler les autres patients »*.

E1 complète cette idée en précisant qu'*« au bout d'un moment c'est aussi valorisant pour le patient et c'est parce que l'on est ergothérapeute qu'il s'agit pas d'être uniquement dans le nursing et l'étayage, il faut pouvoir proposer une place un peu plus autonome à ce patient dans un groupe et lui donner une place dans un groupe, ça va aussi le valoriser »*.

L'ensemble de ces éléments souligne l'apport du groupe thérapeutique en ergothérapie dans l'accompagnement des patients présentant un EDC en milieu carcéral au regard de la prise en soin individuelle. La dynamique collective, les interactions entre pairs et les phénomènes d'entraide et de valorisation constituent des leviers essentiels favorisant l'engagement dans le « faire », la socialisation et la reconstruction progressive de la participation occupationnelle.

e) La participation occupationnelle : les moyens et les effets observés

Au cours des entretiens, les ergothérapeutes ont évoqué la question de la participation occupationnelle des personnes détenues présentant un EDC à l'arrivée en détention. Elles ont pu mettre en évidence les différents moyens thérapeutiques en ergothérapie qu'elles utilisaient et mobilisaient afin de soutenir cette participation dans les activités proposées en séance malgré les symptômes dépressifs liés à l'EDC.

Pour cela, l'ensemble des ergothérapeutes interrogées utilisent des médiations thérapeutiques diverses. Elles évoquent principalement l'utilisation de médiations créatives, manuelles, artisanales et autres permettant au patient de se remettre progressivement en action dans le « faire ». Parmi les activités proposées E3 et E4 vont globalement bien rassembler l'ensemble des propos en disant « *j'ai proposé de la poterie, tout le cercle graphique, des émaux sur cuivre, groupe cuisine, du bois, des masques, toutes les activités étaient possibles il suffisait que j'amène le matériel et on les faisait* » E3. E4 évoque également utiliser en ergothérapie des « activités manuelles, peinture, origami, dessin, création, modelage » mais aussi « *des jeux de sociétés* » et de « *l'écoute musicale* ».

Toutes s'accordent également sur l'importance de proposer des médiations qui aient du sens pour le patient et qui puissent être reliées à ses centres d'intérêts, son histoire, ses envies et ses besoins. E1 explique ainsi que « *concernant les moyens utilisés, il faut vraiment suivre le désir du patient, sa demande, c'est ça qui le valorisera le plus* », tout en ajoutant qu'« *avec des patients dépressifs il faut aller chercher ce qu'ils aiment* ». E3 dit également qu'il est préférable de laisser le choix au patient car « *s'il avait une idée précise et disait « je veux faire ça » alors je suivais ce que le patient proposait, parce que je pense qu'il a une idée derrière la tête que moi je ne vois pas car au début je ne le connais pas* ». E4 rejoint ces dires en évoquant « *je vais*

voir quel média le patient apprécie plus, avec lequel il est plus à l'aise ». Elle explique également que le bon choix de médiation est un soutien et un support à la relation thérapeutique en disant « c'est à travers ce média là où je vais vraiment pouvoir rencontrer la personne et essayer de créer un lien suffisamment fort pour qu'il puisse se raconter et exprimer comment il se sent, les difficultés qu'il traverse et comment on peut l'aider ». E2 souligne également l'importance « de laisser le choix des activités », soit « vis-à-vis des centres d'intérêts de la personne », soit « vis-à-vis de ce qu'on sent qui pourrait être étayant et soutenant pour lui avec son accord bien entendu », « qui peut être soit pour lui, c'est-à-dire valorisant pour soi, en lien avec des choses qu'il aime, avec une identité qu'il a, en lien avec ses enfants, sa famille ses proche et qui puisse être partageable, pour permettre la poursuite du lien ». Elle précise également que « ces activités peuvent permettre un aller-retour par rapport à un fonctionnement psychique même si elles peuvent sembler banales ». Cette idée est notamment retrouvée dans les propos d'E3 qui explique que « le sentiment dépressif c'est une perte de sens, car si notre vie n'a pas de sens il n'y a pas de raison de vivre ». Elle ajoute alors que « l'idée c'est à travers l'activité de retrouver ce sens et ainsi contribuer à travailler sur l'atténuation des symptômes dépressifs ».

Cependant, les ergothérapeutes soulignent également que les personnes présentant un épisode dépressif caractérisé à l'arrivée en détention ne sont pas toujours en capacité d'exprimer des envies, de faire des choix ou d'initier une activité du fait de leur effondrement psychique. En effet, E1 explique ainsi qu'« au début, quelqu'un de dépressif tu risques de te confronter au fait qu'il n'a envie de rien » de plus, elle dit « je vais essayer de faire émerger une envie, une demande, mais on sait bien qu'avec les patients dépressifs ça va être compliqué, ça va prendre plus de temps ». E4 rejoint ces propos en affirmant que « très souvent les personnes quand elles ne sont vraiment pas bien le choix va être impossible parce qu'ils n'ont pas d'envie ». E3 souligne également que « parfois le patient arrive et n'a pas d'idée particulière de ce qui peut être bien pour lui ». E2 met en avant que c'est justement « pour des personnes où il y a vraiment une grosse effraction, une grosse dépression, et pour laquelle la personne a peu de moyen d'élaboration et surtout dans l'effondrement que la mise en activité va être difficile ».

Face à ces difficultés d'initiative et de choix, les ergothérapeutes expliquent être davantage force de proposition au début de la prise en soin afin de soutenir la participation du patient sans le mettre en difficulté. **E1** explique ainsi « *moi je propose des choses dans ces cas-là pour pas le laisser dans un vide, un "à quoi bon", "je ne sais rien faire"* ». Elle précise également : « *je vais proposer quelque chose de pas trop archaïque, pas trop confrontant à des techniques compliquées qui vont possiblement le mettre en échec* ». L'objectif étant alors de proposer des activités simples, accessibles et suffisamment valorisantes afin de favoriser une première remise en mouvement dans le « faire ». **E1** souligne également l'importance d'éviter d'accentuer le sentiment d'échec ou de frustration chez ces patients « *si j'ai un patient qui n'arrive pas à faire un choix devant un nombre de supports et qui est sur un versant dépressif, je vais l'aider à faire un choix, je ne vais pas aggraver sa frustration* ». Elle explique également « *je vais éviter le modelage, le dessin sur feuille blanche etc. Mais je vais faire en sorte d'éviter que le patient se perde dans la matière avec un rendu qui pourrait être pas suffisamment valorisant* ». Dans cette même dynamique, **E3** explique que lorsque le patient ne sait pas vers quelle activité se tourner, elle formule des hypothèses thérapeutiques à partir de ses observations « *si le patient n'a pas d'idée particulière, on va faire des expériences* ». Elle ajoute « *moi je vais faire une hypothèse de base et je peux lui proposer une certaine matière et je vais regarder comment il s'organise et comment il fonctionne* ». **E4** partage également cette posture en précisant que « *dans le cas où le choix n'est pas possible, c'est moi qui vais être force de proposition, puis on va essayer différents médias* ».

Les effets constatés par les ergothérapeutes au niveau du réengagement dans le « faire » et donc de la participation occupationnelle ont pu être observés à travers différents aspects physiques, verbaux et comportementaux chez les personnes détenues présentant un épisode dépressif caractérisé. En effet, les ergothérapeutes interrogées décrivent peu à peu une évolution de l'investissement du patient dans l'activité. Cela peut se traduire par une reprise d'initiative, une augmentation des interactions sociales avec les autres membres, une expression émotionnelle différente, plus positive, mais également par une remobilisation au niveau psychique et corporel progressive au quotidien. **E1** observe notamment cette évolution à travers la capacité du patient à progressivement s'approprier les différentes activités proposées et à devenir acteur de sa prise en soin de par son implication en séance. Elle explique que « *le patient qui même s'il n'a pas choisi son activité car il n'en était pas capable à ce moment-là, revient la semaine d'après et*

va, au bout d'un moment, se détacher de ta proposition et avoir une envie personnelle ». Elle ajoute également que certains patients finissent par « initier eux-mêmes des choses pour les prochaines séances », ou encore que « tu vas le chercher, il t'attend », ce qui montre ainsi un investissement progressif dans la relation thérapeutique avec l'ergothérapeute et dans les activités proposées. E2 parle de cette évolution au niveau de la participation occupationnelle et donc de l'engagement dans les activités en prenant pour exemple un patient « au départ Monsieur X était capable d'une seule chose c'était pleurer, sur ce qu'il avait fait, sur lui, sur le fait d'être là, que c'était insupportable avec beaucoup de ruminations négatives étant enfermé et replié sur lui et ne parlant pas aux autres ». Elle explique cependant qu'« au fur à mesure c'est quelqu'un qui a pu s'ouvrir, trouver une place au sein du groupe, de la pénitencière ». Elle ajoute qu'« il a pu travailler et qu'au lieu d'être uniquement dans ce positionnement dépressif suite à son incarcération, il a pu accepter d'entamer un travail thérapeutique sur son acte ». Selon elle, le patient « a pu après participer aux discussions et s'ouvrir ». E3 évoque une évolution quand elle a senti qu'un patient « avait acquis quelque chose quand il a pu verbaliser une prise de conscience ». Selon elle, cette réflexion psychique a été possible « parce qu'il a pu mobiliser de la matière et se réengager dans le fait de faire ». Elle alimente ses exemples en disant « je me rappelle d'un détenu présentant des symptômes dépressifs suite aux conséquences de ses actes commis et à sa prise de conscience du fait de son incarcération ». Elle explique qu'« il est arrivé en détention, il voulait mourir. J'ai dû négocier pour qu'il sorte de sa cellule, créer du lien ». Dans un premier temps, elle explique qu'« il est resté un moment dans le groupe sans faire quoi que ce soit », puis « petit à petit il a pu commencer à manifester un intérêt et à accepter d'essayer ». Elle précise qu'ensuite « il a vraiment vu l'intérêt de l'ergothérapie ». À travers le réengagement dans les activités et donc de sa participation occupationnelle, E3 explique que ce patient « a pu découvrir qu'il avait plein d'autres capacités valorisantes », telles qu'être « un homme soutenant, généreux avec les autres, réflexif ». Selon elle, cela lui a permis « d'élaborer des idées de lui-même qui étaient d'un autre ordre au-delà de l'acte ayant conduit à son incarcération ». Elle ajoute que « tous les liens qu'il a pu établir, recréer petit à petit qui il était lui, au-delà de son acte commis, ont contribué à soutenir une image de lui-même assez solide pour qu'il puisse avoir envie de vivre de nouveau ». Elle conclut en disant « je l'ai vu évoluer, sourire, reprendre goût aux choses ». Comme le souligne également E2, « en ergothérapie les activités peuvent permettre un aller-retour par rapport à un fonctionnement psychique même si elles peuvent sembler banales ».

Enfin, E4 décrit également des évolutions progressives et très concrètes dans la participation occupationnelle des patients notamment un patient qui « *a commencé à venir en séance* », d'abord « *dix minutes, puis quinze avant de progressivement rester trente minutes, puis quarante-cinq minutes jusqu'à pouvoir participer à une séance entière* ». Elle souligne également qu'« *il pouvait être en capacité de choisir ses activités qui lui faisaient plaisir et prendre plaisir dans l'activité* ». Cette évolution se manifestait notamment « *par des sourires, des échanges avec lui, donc il n'était plus mutique* ». Elle explique également que le patient a ensuite pu « *participer aux groupes* », même si les échanges restaient « *très succincts* ». Elle mentionne également « *je crois que ce qui m'a le plus marqué c'est l'évolution physique, voir une personne s'ouvrir à la fois corporellement qui est au début recroquevillé sur elle-même vous savez vous avez les épaules qui s'enroulent la tête basse puis ensuite voir quelqu'un où le torse s'ouvre un peu la tête se lève et puis croiser un regard et un sourire* ». Elle finit par donner un exemple en disant « *un patient aujourd'hui, il est retourné en détention et n'est pas revenu en hospitalisation pour l'instant donc c'est que ça va* ». Ces éléments mettent en évidence l'impact du réinvestissement dans le « *faire* » et dans le soutien de la participation occupationnelle permettant de soutenir psychiquement une personne et de favoriser son rétablissement.

L'ensemble de ces éléments met ainsi en évidence que la participation occupationnelle en ergothérapie permet chez les patients détenus présentant un EDC, une remise en mouvement progressive tant sur le plan psychique, physique et comportemental. À travers le « *faire* », et par différentes médiations thérapeutiques ils peuvent progressivement retrouver une capacité d'agir, de penser, ils peuvent créer du lien et réinvestir une image d'eux-mêmes plus valorisante contribuant ainsi à lutter contre les symptômes dépressifs.

f) La place spécifique de l'ergothérapeute dans la prise en soins

Au cours des entretiens, les ergothérapeutes ont également mis en évidence la spécificité de leur rôle au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en soin des patients détenus présentant un EDC. Bien qu'elles puissent partager certains espaces, certaines médiations ou temps thérapeutiques avec d'autres professionnels de santé, elles soulignent que leur regard

clinique, leurs objectifs thérapeutiques ainsi que leur manière d'utiliser et de percevoir l'activité restent spécifiques à l'ergothérapie.

En effet, **E3** insiste notamment sur la différence entre le rôle thérapeutique de l'ergothérapeute et celui d'un animateur. Elle explique que « *le vrai travail de thérapeute est complètement différent d'un travail d'animateur qui lui, va proposer à des patients un travail d'exploration de la vie et s'occuper de retrouver des liens sociaux. Nous, on travaille spécifiquement sur les valeurs de sa propre vie, les façons de penser le monde...* ». Dans cette même idée, **E1** souligne que la spécificité de l'ergothérapie repose notamment sur la formation propre à la profession ainsi que sur le regard particulier porté sur la participation et l'autonomie. Elle explique ainsi que « *la différence c'est notre formation. Même si on partage les mêmes lieux et les mêmes supports en équipe pluridisciplinaire, on n'a pas les mêmes regards, on va avoir un regard différent, on va plus chercher l'autonomie et c'est un processus qui passe par plein de choses* ». Elle compare également cette approche à celle des autres professionnels en précisant que « *par exemple l'infirmier en co-thérapie va plus s'intéresser au nursing, au cadre, aux règles. La psychomotricienne va plus s'intéresser à l'engagement corporel etc. Nous c'est vraiment cette participation et engagement, cette autonomie visée* ». **E2** souligne également cette complémentarité des regards professionnels au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Elle explique que « *chaque professionnel à ses spécificités. En tant qu'ergothérapeute on apporte un autre regard, les psychomotriciens travaillent essentiellement sur le corps et l'esprit, les infirmiers il va plus être question des médicaments de la maladie et des choses comme ça* ». **E4** met quant à elle en avant la spécificité du regard analytique de l'ergothérapeute porté sur l'activité. Elle explique que « *dans le regard ergo ce que je vais pouvoir apporter c'est toutes les étapes que comprend une activité qui n'est pas forcément très clair ou auquel les autres professionnels ne vont pas forcément s'intéresser ou moi je vais avoir un regard beaucoup plus précis, où l'analyse va peut-être être plus fine dans l'analyse de l'activité* ». **E2** partage cet avis en disant que « *durant l'activité on va aussi avoir un regard sur la façon de faire, si la personne déploie tout, de la façon d'appréhender les choses, au niveau de la progression, s'il y a un handicap ou pas des praxies ou pas etc. On a une formation plus précise sur tout ce qu'il peut y avoir comme déficiences aussi en plus, ou sur le comment la personne fait* ».

Pour finir, **E1 et E4** s'accordent pour dire, que l'objectif de l'ergothérapeute concernant la participation occupationnelle de la personne, est vraiment de « *permettre que cet engagement et cette participation puissent perdurer dans le temps et que certaines occupations s'ancrent dans le quotidien* » (**E1**). **E4** ajoute également que cette analyse permet « *le transfert dans la vie quotidienne, en quoi cette activité-là on peut la transposer dans le quotidien* ». Elle précise alors que « *en fait pas l'activité en elle-même mais toutes les étapes que l'activité requiert, par exemple dans préparer à manger bah on a les même étapes* ». Elle conclut en disant, « *je pense que ça c'est la force de la formation d'ergo* ».

Ces éléments mettent ainsi en évidence la spécificité du regard ergothérapeutique au regard de celui des autres professionnels de l'équipe de santé dans la prise en soin des personnes détenues présentant un EDC. À travers notamment, l'analyse de l'activité, l'engagement dans le faire, et les capacités mobilisées. Les ergothérapeutes cherchent à soutenir progressivement cette participation occupationnelle afin qu'elle puisse se réinscrire dans le quotidien de la personne de façon durable et ainsi diminuer les symptômes de l'EDC.

V/ DISCUSSION

1 Rencontre entre la théorie et la pratique

a) Synthèse générale

Ce mémoire d'initiation à la recherche avait donc pour but de s'intéresser aux modalités d'interventions de l'ergothérapeute au sein des structures de soins psychiatriques en milieu carcéral auprès des personnes présentant un EDC, en particulier dans une perspective de favoriser et soutenir leur participation occupationnelle.

L'objectif à présent est de confronter les éléments théoriques développés dans le cadre conceptuel à la réalité des pratiques professionnelles des ergothérapeutes, à partir de l'analyse des entretiens.

Les résultats issus des entretiens mettent en évidence que l'entrée en détention constitue effectivement un facteur de vulnérabilité psychique majeur, pouvant majorer ou bien favoriser l'apparition, dans ce contexte, d'un EDC. Cette observation rejoint celles du cadre théorique, selon lesquelles le choc carcéral est défini comme « l'état de stupeur et d'effroi que suscite l'entrée en prison » (F2RSM Psy, 2024). Cela étant lié notamment à la rupture brutale des repères habituels affectant significativement les personnes. Les ergothérapeutes interrogées décrivent également un effondrement psychique et physique à l'arrivée en détention, confirmant ainsi la forte vulnérabilité des personnes détenues souffrant d'un EDC du fait du stress intense que cela peut induire. En effet, cela est indiqué dans le cadre théorique « 70 % des premiers épisodes surviennent dans les six mois suivant un stress majeur » (Menir, 2025).

Les entretiens mettent également en évidence des manifestations cliniques telles que l'isolement, le mutisme, l'apragmatisme et le désengagement occupationnel au quotidien. Ces éléments sont également en cohérence avec les données du cadre théorique qui montrent une altération des fonctions cognitives, une anhédonie, une humeur dépressive, une dévalorisation de soi et une réduction de la participation à des activités quotidiennes pour cette population (American Psychiatric Association, 2013; Haute Autorité de Santé, 2017).

Dans cette perspective, la littérature en ergothérapie, et plus précisément l'ergothérapeute Aline Doussin (2020) nous dit, « l'être humain est un être occupationnel qui, pour se maintenir en santé, doit s'engager dans une variété d'activités afin de s'accomplir et de s'épanouir » (Doussin, 2020). Cependant, les résultats des entretiens mettent en évidence que cet engagement dans les activités devient particulièrement difficile en milieu carcéral pour les personnes présentant un EDC. Les ergothérapeutes interrogées décrivent en effet un effondrement psychique important, associé à une perte de motivation, une absence d'envie, un repli sur soi et des difficultés à initier quelque activité. Cela est repris dans la littérature concernant le terme de privation occupationnelle, définie comme « le manque d'engagements occupationnels d'une personne, causé par des facteurs personnels et environnementaux » (Riou & Le Roux, 2017). En milieu carcéral, les contraintes institutionnelles viennent ainsi majorer ce désengagement occupationnel.

Dans ce contexte, la participation occupationnelle apparaît comme un concept central en ergothérapie et en particulier pour cette population afin de lutter contre ces symptômes dépressifs et se remobiliser. Elle est définie par les ergothérapeutes comme le fait de prendre part et d'initier un engagement dans des AVQ ainsi que dans des loisirs qui procurent du bien-être à la personne. Selon la littérature, elle est définie comme « le fait de s'engager dans des occupations situées dans un contexte socio-culturel, désirées et/ou nécessaires pour le bien-être de la personne » (Kielhofner, 2008). Les ergothérapeutes investiguées mettent alors en avant comme objectif ce réinvestissement dans le « *faire* » et cette restauration progressive de participation occupationnelle à travers la mise en activité autour de médiations signifiantes, élément partagé également avec les données de la littératures car Cerbai et Roch (2023), soulignent que l'engagement dans des activités signifiantes permet de restaurer la motivation, de favoriser l'expression des émotions et de soutenir le processus de rétablissement.

Ainsi, les médiations thérapeutiques proposées en ergothérapie permettent de soutenir progressivement une remise en mouvement psychique, corporel et relationnel à travers les diverses expériences vécues dans les activités proposées. C'est également ce que nous pouvons retrouver dans le cadre théorique où il est mentionné que la personne peut progressivement revaloriser ses capacités et soutenir un processus de re-narcissisation au cours des séances (Launois, 2024).

Concernant l'estime de soi, souvent très altérée pour ces personnes, les résultats des entretiens rejoignent également les observations de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2021), selon lesquelles la réussite dans l'activité favorise le sentiment d'efficacité personnelle. Dans les entretiens, les professionnelles évoquent notamment la valorisation des productions réalisées et les retours des pairs comme des éléments participant à restaurer une image de soi plus positive et à renforcer cette participation occupationnelle dans l'activité.

Au niveau des différentes modalités de prise en soin en ergothérapie, dans ce contexte, les résultats des entretiens soulignent l'importance d'une rencontre individuelle préalable avant l'intégration en groupe. En effet, cette première étape permet l'amorce de l'alliance thérapeutique entre le patient et l'ergothérapeute. Les ergothérapeutes interrogées insistent donc sur la nécessité, pour les personnes présentant un EDC, d'un cadre contenant, soutenant et sécurisant permettant de construire progressivement cette relation, tout en apprenant à mieux connaître le patient et ses besoins en terme d'accompagnement. Cette approche rejoint les

données de la littérature, qui soulignent l'intérêt d'un accompagnement individualisé en amont, permettant une prise en soin centrée sur la personne, prenant en compte son histoire, ses besoins, ses capacités, ses difficultés et ce, dans un cadre sécurisant favorisant l'expression des émotions (Launois, 2024).

Cependant, les ergothérapeutes disent également que si le groupe constitue une modalité souvent pertinente et souhaitable dans un second temps, il n'est pas systématiquement accessible à tous les patients, ni toujours envisageable, parfois même à long terme. Il n'existe donc pas de règles strictes stipulant un accompagnement individuel et/ou groupal, mais plutôt une adaptation au patient, à son état psychique et à son niveau de disponibilité à l'instant T. Ainsi, une même façon de procéder peut-être bénéfique pour un patient et inadaptée pour un autre. Cela confirme, en ce sens, la nécessité d'individualiser les prises en soin en ergothérapie. Dans cette perspective, les deux modalités apparaissent donc comme complémentaires. Elles ont toutes les deux pour objectif de soutenir la remobilisation de la personne et à favoriser la participation occupationnelle.

Néanmoins, les résultats mettent également en évidence l'apport du groupe thérapeutique, en soulignant l'importance et la nécessité d'un soutien collectif motivationnel, basé sur l'entraide, le partage ce que les autres peuvent renvoyer, partageant un quotidien commun et des difficultés similaires. Ces résultats montrent aussi que le groupe, de par sa dynamique, induit une bienveillance et un soutien mutuel, contribuant à revaloriser et à renarcissiser la personne présentant un EDC. C'est ce qu'on retrouve dans la littérature qui souligne que le groupe travaille cet objectif de restauration de l'estime de soi et de ses compétences de façon progressive, notamment à travers la valorisation par les pairs des productions réalisées en séance dans une dynamique d'être et faire ensemble, favorisant le co-crée (Launois, 2024). Cela renforce également sa motivation à s'engager davantage dans les activités et médiations proposées, pour ainsi se réinscrire dans une participation occupationnelle satisfaisante contribuant à l'amélioration de son état psychique. Effectivement, le groupe contribue également à un processus de renarcissisation, le narcissisme groupal des patients mais via la dynamique groupale et la présence des autres (Launois, 2024).

Ainsi, il peut constituer un support supplémentaire mais l'absence de groupe ne constitue pas un frein à la reconstruction de la participation occupationnelle du patient, qui peut également être travaillé en individuel. L'essentiel, dans cette perspective, est de soutenir cette participation et cette remobilisation dans l'activité, et ainsi, avancer sur soi même. Comme l'indiquent Cerbai et Roch (2023), dans la littérature, l'un des principaux leviers de l'ergothérapeute consiste à « favoriser l'engagement occupationnel et à aider la personne à trouver du sens dans les activités afin d'atteindre un bien-être et une satisfaction personnelle » (Cerbai & Roch, 2023). Il est également dit que cela contribue à la réactivation du plaisir et de l'intérêt d'agir, participant ainsi à l'amélioration du bien-être, que ce soit dans un cadre individuel ou groupal (Cerbai & Roch, 2023). De plus, le lien entre l'activité et les centres d'intérêt du patient « permet aussi d'accroître le potentiel thérapeutique de l'activité, puisque l'intérêt de la personne la motive à fournir davantage d'efforts pour la réussir » (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2021).

En ce sens, que ce soit en individuel, en groupe ou bien les deux, ces objectifs peuvent être travaillés en ergothérapie et favorisent la restauration progressive d'une participation occupationnelle pouvant par la suite, se transférer dans les AVQ et lutter contre l'anhédonie et les symptômes dépressifs.

Enfin, les résultats montrent que les ergothérapeutes ont un regard spécifique notamment en ce qui concerne l'activité qui est centrée sur les différentes étapes du « *faire* », afin de favoriser la participation occupationnelle. Cela est également confirmé par la littérature, qui souligne pleinement le rôle de l'ergothérapeute comme « un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé » (ANFE, 2022).

Pour conclure, cette étude met en évidence la spécificité et la pertinence de l'intervention de l'ergothérapeute dans la prise en soin de l'EDC en milieu carcéral au regard des éléments du cadre théorique et des résultats des entretiens à travers des prises en soin individuelles ou groupales à mobilisées selon chaque patients et ces besoins au moment d'intervention.

b) Vérification de l'hypothèse

L'hypothèse formulée était : L'intervention de l'ergothérapeute par la mise en place de groupes thérapeutiques en ergothérapie pourrait constituer une modalité pertinente dans la prise en soin des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé à leur arrivée en détention. Cette modalité pourrait favoriser leur participation occupationnelle, et le maintien de leur occupations significantes et significatives notamment à travers les spécificités liées à la dynamique groupale.

Les résultats de cette étude tendent partiellement à confirmer cette hypothèse car ils mettent en évidence que la mise en place de groupes thérapeutiques en ergothérapie est une modalité qui semble pertinente dans la prise en soin des personnes présentant un EDC à leur arrivée en prison. La dynamique groupale apparaît comme un levier favorisant l'engagement dans le « *faire* » et la reprise progressive de la participation occupationnelle. Elle participe également au maintien et à la réappropriation d'occupations significantes, en soutenant les capacités d'agir et la reconstruction identitaire des patients pouvant être transposées par la suite au quotidien. Au regard de la prise en soin individuelle, la modalité groupale vient enrichir l'accompagnement en apportant une dimension de socialisation, d'émulation et de soutien motivationnelle par les pairs, favorisant ainsi un engagement plus actif dans l'activité.

Toutefois, une partie des réponses des ergothérapeutes indiquent que certains patients ne seront pas vus en groupe, mais uniquement en individuel. Ou d'abord en individuel avant de passer à une prise en soin de groupe. Cela nuance le fait que ce soit le groupe et seulement le groupe qui soit la modalité de suivi à privilégier.

2 Analyse critique de la recherche : Biais et limites

Biais :

Le biais à prendre en compte est le nombre d'ergothérapeutes investigués lors de cette étude. En effet, l'ensemble des résultats repose uniquement sur les expériences de quatre ergothérapeutes et ne permet donc pas de couvrir l'ensemble des pratiques existantes dans ce domaine. En ce sens, les éléments mis en évidence ne peuvent pas être généralisés à toutes les modalités d'intervention en unités de soins psychiatriques en milieu carcéral, notamment auprès de la population présentant un EDC.

Les limites :

Tout d'abord, la recherche bibliographique a été une des premières limites lors de la réalisation de mon cadre théorique en raison du nombre limité de publications portant sur l'ergothérapie en santé mentale dans un contexte spécifique, à savoir, ici, le milieu carcéral.

Ensuite, les quatre entretiens menés avec les ergothérapeutes ont été effectués par téléphone. Comme cela avait été anticipé dans les limites de l'outil, l'absence d'observation du langage corporel s'est effectivement confirmée au cours des entretiens. Le non-verbal m'a parfois manqué pour mieux comprendre certaines réactions ou approfondir et comprendre davantage certains propos des ergothérapeutes interrogées.

De plus, les pratiques rapportées par les ergothérapeutes interrogés peuvent être fortement dépendantes des structures dans lesquelles elles exercent. Les résultats peuvent varier selon les établissements pénitentiaires et l'organisations des soins, ce qui a pu être observé lors des entretiens. En particulier pour une ergothérapeute, E3, ne pouvant pas proposer de suivi en individuel.

Pour terminer, cette étude a été menée dans un seul pays (France). Cela constitue une limite dans la mesure où les résultats peuvent être influencés par le contexte du pays et ne sont pas par conséquent généralisés à d'autres pays ou systèmes de prise en soin.

VI / CONCLUSION

Ce travail de recherche avait pour objectif d'analyser la place et le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin des personnes présentant un EDC à leur arrivée en détention, au sein des structures de soins psychiatriques en milieu carcéral.

L'environnement carcéral est un établissement de privation de liberté et induit de ce fait de nombreuses contraintes. En effet, marqué par une surpopulation importante car au 1^{er} décembre 2025, la France avait une densité moyenne de 135,6 %, avec certains établissements pouvant atteindre plus de 200 % dans certains établissements (Ministère de la Justice, 2025). Cela engendre des conditions de détention difficiles et peuvent majorer la vulnérabilité psychique des personnes qui sont incarcérées.

L'EDC apparaît alors comme une conséquence fréquente de cette rupture brutale avec le milieu de vie antérieur, entraînant également une diminution de la participation occupationnelle dans les activités initialement significantes du quotidien. Dans ce contexte, les résultats de cette étude et les divers entretiens mettent en évidence que l'ergothérapeute occupe une place importante dans la prise en soin, en s'appuyant sur une approche centrée sur le lien entre l'activité et la santé. L'engagement dans le fait de faire, à travers des prises en soin individuelles ou bien groupales et avec l'utilisation de médiations thérapeutiques variées, permet de soutenir progressivement la reprise d'activité en séance d'ergothérapie, malgré les symptômes spécifiques liés à l'EDC. L'étude souligne également l'importance d'adapter la manière dont ces prises en soin s'articulent entre elles, en tenant compte de la disponibilité psychique de chaque patient à ce moment.

L'accompagnement individuel semble particulièrement pertinent lors des périodes de grande vulnérabilité, notamment au début de prise en soin. A l'inverse, les groupes thérapeutiques offrent davantage un espace favorisant les échanges, le partage d'expériences et les interactions entre pairs. La dynamique collective joue un rôle de soutien motivationnel important. Cette stimulation liée à l'émulation au sein du groupe favorise l'engagement dans l'activité ainsi que la reprise progressive des occupations significantes. Ce travail de recherche met en évidence la spécificité du rôle de l'ergothérapeute au sein de l'équipe pluridisciplinaire grâce à une analyse

fine et approfondie de l'activité et à des objectifs thérapeutiques visant, à terme, le transfert vers les AVQ. L'ergothérapeute accompagne ainsi les personnes souffrant d'un EDC dans la reconstruction progressive de leurs capacités d'agir, de leur autonomie et de leur identité.

VII/ APPORT ET OUVERTURE

a) Apport

La réalisation de ce mémoire a constitué un enrichissement à la fois professionnel et personnel. Ce travail m'a permis de développer des compétences en recherche et en analyse d'articles ce qui m'a aidé à renforcer mon esprit critique lors des lectures. J'ai également pris conscience de l'importance de la recherche dans l'évolution des pratiques en ergothérapie et de la nécessité de se documenter régulièrement afin de se tenir à jours des nouvelles avancées. De plus, ce travail a été particulièrement formateur sur le plan des connaissances, notamment concernant cette population spécifique en milieu carcéral. J'ai pu davantage comprendre et approfondir le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine. Cela a été particulièrement enrichissant et a renforcé et confirmé mon intérêt pour cette thématique.

b) Ouverture

Au vu de l'ensemble des éléments exposés, il est possible d'envisager plusieurs perspectives d'ouverture.

Il serait notamment intéressant de pouvoir interroger directement les patients à la suite de leur parcours de soin et de la stabilisation des symptômes dépressifs, si la loi Jardé le permet.

Ces échanges permettraient d'obtenir un retour d'expérience sur leur perception de l'apport de l'ergothérapie dans leur prise en soin, ainsi que sur son impact dans leur quotidien en détention, notamment en termes de réinvestissement des AVQ et des occupations, pouvant contribuer à la diminution des symptômes dépressifs. Les réponses obtenues permettraient ainsi d'avoir une autre point de vue, regard, et pourraient être très enrichissantes dans le cadre de cette recherche. Enfin, il pourrait être intéressant d'approfondir cette recherche en s'intéressant à des

tranches d'âge spécifiques de personnes détenues présentant un EDC, afin d'analyser l'influence potentielle de l'âge sur l'intensité des symptômes et les ressources mobilisables, en lien avec le parcours de vie, la situation familiale ou encore l'expérience personnelle.

VIII/ BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2022). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Annuaire Prisons. (2025, 2 décembre). *Le service médico-psychologique régional (SMPR)*. <https://annuaire-prisons.fr/le-service-medico-psychologique-regional-smpr/>
- Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie. (2025). *Guide d'accompagnement : Mémoire d'initiation à la recherche, ergothérapie* [Guide]. Institut de formation en ergothérapie ADERE. <https://adere-paris.fr>
- Audoit, C., Delourme, G., Folliet, O., Gosme, M., Gouineau, D., Katsaros, I., ... Riou, G. (2016, septembre). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. *Travailler*, 31–38.
- Beunas, C., D'Ovidio, K., Eck, M., & Fovet, T. (2024). *La santé mentale à l'entrée en maison d'arrêt : Une approche sociologique* [Rapport]. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/32117.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. https://educationaldevelopment.uams.edu/wp-content/uploads/sites/57/2025/01/9-Thematic_analysis.pdf
- Cerbai, M., & Roch, M. (2023). *Ergothérapeute et santé mentale* [Guide]. Association Nationale Française des Ergothérapeutes. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/06/Ergotherapeute_et_Sante_Mentale.pdf
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17–36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Coryell, W. (2025, avril). Troubles dépressifs. In *MSD-Manuels*. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs>
- Coryell, W., & Zimmerman, M. (2025). Troubles dépressifs. Dans *Manuel MSD – Édition professionnelle*. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-d%C3%A9pressifs>

- Couley, P. (2025, 2 décembre). *SMPR : le service médico-psychologique régional*. Annuaire-Prisons.fr. <https://annuaire-prisons.fr/le-service-medico-psychologique-regional-smpr/>
- Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., & Morel-Bracq, M.-C. (2022). L'ergothérapie en France : une perspective historique. Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). <https://anfe.fr/product/lergotherapie-en-france-une-perspective-historique/>
- Depaulis, A., et al. (2017). Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité. *PLUR*. <https://www.plur.fr>
- Doussin, A. (2020, 25 mai). Introduction au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) [Présentation]. ANFE. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Webinaire_MOH_VQ-25-mai-2020.pdf
- Doussin, A. (2018, mai). *Sciences de l'occupation : De la théorie à la pratique* (LME n°38). Association Nationale Française des Ergothérapeutes. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/LME_Sciences-de-loccupation-de-la-theorie-a-la-pratique_Mai-2018-n%C2%B038.pdf
- Drolet, M.-J., Blais, J., & Whiteford, G. (2023). *Le cadre collaboratif de la justice occupationnelle : un outil puissant en ergothérapie pour combattre les injustices occupationnelles et épistémiques*. *French Journal of Occupational Therapy*, 1(1), Article 0016. <https://doi.org/10.60856/fjot-2023-1-1-0016>
- Durand, F., & Fleury, M.-J. (2021). *A multilevel study of patient-centered care perceptions in mental health teams*. *BMC Health Services Research*, 21(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06054-z>
- Ferreri, F., Agbokou, C., Nuss, P., & Peretti, C.-S. (2006). Clinique des états dépressifs.
- Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France. (2017). *La santé mentale des personnes entrant en détention* [Rapport]. <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18298.pdf>
- Fovet, T., Bouchard, J.-P., & Eck, M. (2022). De quels troubles psychiatriques souffrent les personnes détenues ? *Revue de neuropsychologie*, 14(2), 135–146. <https://doi.org/10.1016/j.neurpsy.2022.05.003>

Fovet, T., Kaladjian, A., Adida, M., Richieri, R., & Azorin, J.-M. (2015). Prevalence of bipolar disorder in prisoners: A systematic review. *Psychiatry Research*, 230(2), 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.028>

France. (1994, 18 janvier). Loi n° 94-43 relative à la santé publique et à la protection sociale. *Journal officiel de la République française*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000002161949>

France. (2007). *Article D572 du Code de procédure pénale, modifié par Décret n°2007-931 du 15 mai 2007, en vigueur le 1er juin 2007*. Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006516747/>

France. Code de la santé publique, art. L4331-1. (2021). Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171314/

France. Code de la santé publique, art. L. 1110-1. (2025). *Légifrance*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045292687

GHU Paris psychiatrie & neurosciences. (n.d.). Le SMPR comme un CMP au sein de la prison. <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/le-smpr-comme-un-cmp-au-sein-de-la-prison>

Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives : Guide de recommandations* (ANFE). <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Le-Guide-des-Recommandations-GRESM-2016-site.pdf>

Haute Autorité de Santé. (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : argumentaire pour le diagnostic* [Rapport]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

Haute Autorité de Santé. (2017, octobre). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours — Fiche de synthèse — Diagnostic* [Rapport]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_diagnostic.pdf

Haute Autorité de Santé. (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours — Fiche de synthèse : prise en charge thérapeutique et suivi* [Rapport]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf

- Haute Autorité de Santé. (2017). *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours — Recommandations pour la pratique clinique* [Rapport]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2018, 9 octobre). *Améliorer la coordination des soins dans le domaine de la santé mentale*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876753/fr/ameliorer-la-coordination-des-soins-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale
- IFSI-IFAS Saverne. (2022). *L'équipe et ses acteurs* [Fiche de consignes, Version 3]. <https://www.ifs-i-fas-saverne.fr/wp-content/uploads/2023/05/Fiche-consigne-L%C3%A9quipe-et-ses-acteurs.pdf>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>.
- IRSS. (2025, 24 janvier). *Pluridisciplinarité en santé : collaborez efficacement avec divers professionnels*. <https://www.irss.fr/94587-pluridisciplinarite-en-sante-collaborez-efficacement-avec-divers-professionnels/>
- Launois, M. (2015). *Thérapie de groupe*. Ergopsy. <https://ergopsy.com/therapie-de-groupe-a394.html>
- Launois, M. (2024). *Construction d'un dispositif thérapeutique en ergothérapie* [PDF]. Ergopsy. <https://ergopsy.com/pub/cadrenuage2024.pdf>
- Launois, M. (2024). *Le groupe en ergothérapie* [PDF]. Ergopsy. <https://ergopsy.com/pub/groupeLaval2024.pdf>
- Laurencin, G. (2015). Condition carcérale et souffrance psychique. *Rhizome*, 56(2), 7-8. <https://doi.org/10.3917/rhiz.056.0007>
- Léon, C., du Roscoät, E., & Beck, F. (2023). Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18–85 ans : résultats du Baromètre Santé 2021 [PDF]. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, (2), 28–40. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/pdf/2023_2_1.pdf

Léon, C., Perrin, L., Gillaizeau, I., & Papadopoulos, A. (2025). Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins. In *Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024* (p. 12). Santé publique France. <http://www.santepubliquefrance.fr>

Les enjeux de la pluridisciplinarité. (2012). Cliniques, (3), <https://shs.cairn.info/revue-cliniques-2012-1?lang=fr>.

Locamin. (2025). *Pourquoi certaines personnes ne se lavent plus en cas de dépression*. <https://locamin.fr/le-blogue/depression-ne-plus-se-laver/>

Marc, E. et Bonnal, C. (2014). Chapitre 4. La cohésion groupale. Le groupe thérapeutique : Approche intégrative (p. 75-86). Dunod. <https://shs.cairn.info/le-groupe-therapeutique--9782100715534-page-75?lang=fr>.

Menir, O. (2025, 19 avril). Trouble dépressif majeur : guide complet – symptômes, traitements et aspects cliniques. *LeMedecin.fr*. <https://lemedecin.fr/medical/pathologies/trouble-depressif-majeur.html>

Ministère de la Justice. (2019). *Le service pénitentiaire d'insertion et de probation : Prévenir la récidive*. https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/migrations/portail/art_pix/DAP_SPIP_Plaquette_FINALE_BD.pdf

Ministère de la Justice. (2025, 31 décembre). *Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée*. <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/statistiques-mensuelles-population-detenu-ecrouee-9>

Ministère de la Justice – Direction de l'administration pénitentiaire. (2023). *Direction de l'administration pénitentiaire*. Ministère de la Justice. <https://www.justice.gouv.fr/ministere-justice/missions-organisation/direction-ladministration-penitentiaire>

Ministère de la Justice ; Service de la statistique, des études et de la recherche. (2023). *Les chiffres clés de la justice, édition 2024 (V3)*. <https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/202411/Chiffres%20Cle%CC%81s%202024%20V3.pdf>

Ministère de la Justice, & Ministère chargé de la Santé. (2025, septembre). *Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_sppsmj-_maj_30102025.pdf

- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2012). *L'activité : outil privilégié de l'ergothérapeute*. https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/2~v~activite_outil_privilegie.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2025, 29 août). Trouble dépressif (dépression). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organisation mondiale de la Santé. (2025). Dépression [Page web]. <https://www.who.int/fr/health-topics/depression>
- Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Dépression* [Page d'information]. https://www.who.int/fr/health-topics/depression#tab=tab_1
- Rosset, P. (2012). Quand l'activité devient médiatrice. L'impact de l'autre dans la relation éducative. *VST - Vie sociale et traitements*, 115(3), 98-103. <https://doi.org/10.3917/vst.115.0098>.
- Rousset, M. (2023). *Comment “bien” s’occuper ? Maintenir ou (re)trouver son équilibre occupationnel* [Guide pratique]. Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE). <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/02/Guide-pratique-EO-Comment-bien-soccuper.pdf>
- Scribbr. (2019, 30 octobre). *L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes*. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>
- Sommet Mondial Santé Mentale. (2025). *Dépression majeure : causes, symptômes et traitements du trouble dépressif*. <https://sommet-mondial-sante-mentale.fr/depression-majeure>
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans S. Tétreault & P. Guillez (Éds.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (pp. 215–245). De Boeck Supérieur.
- Torki, A. (2022). Impact du Dossier Patient Informatisé sur la qualité des soins L'expérience d'un centre hospitalier au Luxembourg. *Projectics / Proyética / Projectique, Hors Série(HS)*, 57-79. <https://doi.org/10.3917/proj.hs03.0057>.
- Touitou, D. (2018). Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées : des structures de soins. *Pratiques en santé mentale*, 64(4), 33–36. <https://doi.org/10.3917/psm.184.0033>

IX/ ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexes I : DSM-5 Relatif à l'EDC

Annexe II : Modèle Occupationnel de l'Occupation Humaine en ergothérapie (MOH)

Annexe III : Formulaire de consentement

Annexe IV : Guide d'entretien

Annexe V : Retranscription mot à mot de l'entretien avec l'ergothérapeute E4

Annexe VI : Mail de contact envoyé aux ergothérapeutes

Trouble dépressif caractérisé

Critères diagnostiques

- A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B. :** Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B. :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B. : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B. : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse nor-

male à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte¹.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

Codage et procédures d'enregistrement

Le code diagnostique de trouble dépressif caractérisé dépend des données suivantes : épisode isolé ou récurrent, sévérité actuelle, présence de caractéristiques psychotiques et rémission. La sévérité actuelle et les caractéristiques psychotiques ne sont indiquées que si les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé sont actuellement réunis. Les éléments concernant la rémission ne sont indiqués que si les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas actuellement réunis. Les codes sont les suivants :

Sévérité/évolution	Épisode isolé	Épisode récurrent*
Léger (p. 231)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moyen (p. 231)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave (p. 231)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Avec caractéristiques psychotiques** (p. 229)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En rémission partielle (p. 231)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En rémission complète (p. 231)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
Non spécifié	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

* Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins 2 mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis. La définition des spécifications est présentée dans les pages indiquées.

** Si des caractéristiques psychotiques sont présentes, le code « avec caractéristiques psychotiques » doit être choisi indépendamment de la sévérité de l'épisode.

¹ Pour distinguer deuil et épisode dépressif caractérisé (EDC), il peut être utile de considérer que dans le deuil les sentiments prédominants sont le vide et la perte, alors que dans un EDC c'est plutôt une humeur dépressive persistante et une incapacité à anticiper la joie ou le plaisir. La dysphorie dans le deuil est susceptible de diminuer d'intensité au fil des jours et des semaines et survient par vagues que l'on qualifie d'affres de la douleur. Ces vagues ont tendance à être associées à des pensées ou des souvenirs de la personne décédée. L'humeur dépressive d'un EDC est plus persistante et n'est pas liée à des pensées ou des préoccupations spécifiques. La douleur du deuil peut être accompagnée par des émotions positives et par de l'humour, ce qui est différent de la tristesse et de la souffrance foncières caractéristiques de l'EDC. Le contenu des pensées associées au deuil est généralement caractérisé par des préoccupations et des souvenirs concernant la personne décédée plutôt que par les ruminations autocritiques ou pessimistes observées dans un EDC. Dans le deuil, l'estime de soi est généralement préservée, tandis que dans les EDC les sentiments de dévalorisation et de dégoût de soi sont communs. Si les idées autocritiques sont présentes dans le deuil, elles impliquent typiquement des sentiments de manquements vis-à-vis du défunt (p. ex. des visites trop rares, ne pas avoir dit assez au défunt combien on l'aimait). Si une personne endeuillée pense à la fin de vie et la mort, ses pensées se concentrent généralement sur le défunt et, éventuellement, sur le fait de le rejoindre, tandis que dans un EDC de telles pensées sont centrées sur le fait de mettre fin à sa propre vie à cause de sentiments de dévalorisation, d'indignité ou d'incapacité de faire face à la douleur de la dépression.

Annexe II : Modèle conceptuel de l'occupation humaine (MOH) en ergothérapie

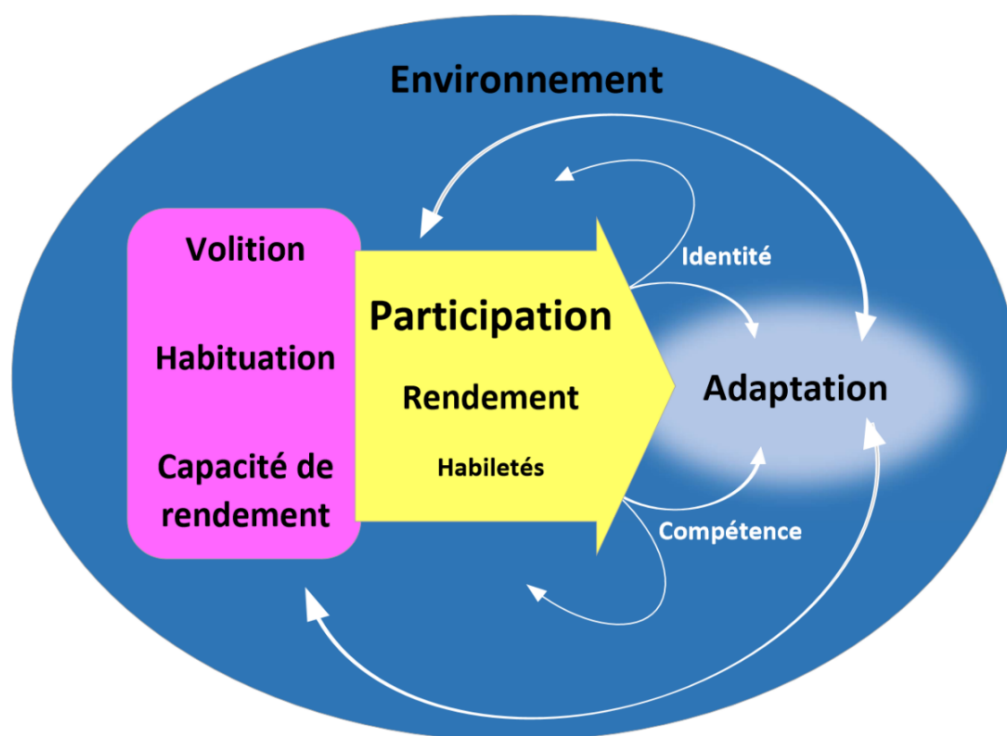


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Québécoise)
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet, A. Doussin et C. Marcoux (2024).
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

Annexe III:



Formulaire de consentement pour la participation à un entretien semi-directif avec enregistrement de la voix dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en ergothérapie

Ce formulaire vise à obtenir votre accord afin de participer et à utiliser les données collectées dans le cadre du travail d'initiation à la recherche suivant : Le rôle de l'ergothérapeute en unité de soins psychiatriques en milieu carcéral dans la prise en soin des personnes présentant un épisode dépressif à l'arrivée en détention afin de favoriser la participation occupationnelle.

Ce projet est mené par ROMERO Julia, étudiante à l'IFE de l'ADERE, situé à ce jour au 42 rue des Sept Arpents à Pantin (93500), dirigé par Madame Yolaine ZAMORA.

Je soussigné(e) : _____ (NOM, Prénom), certifie avoir donné mon accord pour réaliser un entretien avec ROMERO Julia, étudiante en troisième année d'ergothérapie dans le cadre de l'élaboration de son mémoire de fin d'études.

J'autorise librement ROMERO Julia, dans le cadre de l'obtention de son diplôme en ergothérapie et agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de ADERE à Paris :

☐ à enregistrer ma voix

☐ à ne pas enregistrer ma voix

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation d'éléments de réponses apportés et des différentes situations rencontrées lors de l'entretien dans le cadre de la recherche sur la thématique du mémoire.
- La diffusion de ces éléments est uniquement dans le cadre de la recherche en santé et ne seront pas diffusés sous d'autres conditions.
- Les objectifs et modalités de l'entretien m'ont été clairement expliqués.
- Je bénéficie d'un droit de retrait et je peux souhaiter à tout moment de me retirer de la recherche sans avoir à fournir d'explication. Je peux également demander la suppression de tout enregistrement ou support me concernant.
- L'ensemble des informations et des données sont anonymisée

De plus, j'ai bien compris que ma participation repose uniquement sur mon consentement libre et éclairé. Les preuves enregistrements seront également détruits à l'issue de l'obtention du DE.

Fait à : _____

le : _____

Signature du participant : _____

Signature de l'étudiant : _____



Annexe IV :

Guide de l'entretien semi directif dans le cadre de l'initiation à la recherche :

Bonjour, je m'appelle Julia. Je suis étudiante en 3ème année à l'institut de formation en ergothérapie de l'ADERE. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse à la façon dont l'ergothérapeute peut spécifiquement accompagner les personnes détenues qui présentent un épisode dépressif caractérisé, et plus spécifiquement en unité de soins psychiatrique en milieu carcéral à leur arrivée en détention. Mon travail porte sur la manière dont l'ergothérapeute intervient afin de favoriser leur participation occupationnelle.

Je souhaiterais donc m'appuyer sur votre expérience professionnelle afin d'approfondir mes recherches sur ce sujet.

Avant de commencer l'entretien je souhaitais vous remercier, à la suite de notre premier contact par mail, d'avoir accepté de répondre à mes questions.

L'objectif de cet entretien est de comprendre votre pratique et vos interventions dans une structure de soin psychiatrique en milieu carcéral, dans l'accompagnement de cette population à leur arrivée en détention. Et ce, toujours dans l'objectif de favoriser la participation occupationnelle.

Nous disposons d'un créneau d'environ 1h pour la réalisation de cet entretien.

Un formulaire de consentement vous a été transmis en amont afin d'attester de votre autorisation à enregistrer votre voix. Est-ce toujours ok pour que je vous enregistre ?

L'entretien sera enregistré et anonymisé. Son contenu restera confidentiel, les informations et données et ne seront utilisées que dans le cadre de mon étude.

1. Pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel d'ergothérapeute et de ce qui vous a amené à travailler en unité de soins psychiatriques en milieu carcéral ?
2. Quels profils de patients et quelles pathologies accompagnez-vous le plus souvent dans votre pratique ?

3. Avez-vous déjà entendu parler du « choc carcéral » dans votre travail ? Si oui, pouvez-vous le définir ?
4. Avez-vous déjà accompagné des personnes détenues qui ont développé un épisode dépressif caractérisé à la suite d'un choc carcéral ?
5. Pouvez-vous me parler de votre rôle dans la prise en soins, en santé mentale, au sein d'une structure psychiatrique en milieu carcéral pour des personnes dépressives afin de favoriser la participation occupationnelle ? Quels sont vos missions et objectifs et à travers quelle prise en soin ?
6. Dans la prise en soin auprès des personnes détenues présentant un EDC, est ce que vous utilisez un cadre théorique ou un modèle conceptuel en ergothérapie pour guider vos interventions et vos séances ? Si oui, lequel et pourquoi ? Si non, sur quels principes vous vous appuyer pour structurer vos interventions ?
7. A quel moment l'ergothérapie s'inscrit-elle dans leur parcours de soin ? Pour quelles raisons, quels motifs sont-ils orientés en ergothérapie ?
8. De quelle manière les autres professionnels collaborent-ils avec vous dans la prise en soin des personnes détenues présentant un EDC ?
9. Avez-vous notion du terme participation occupationnel ? Que mettez-vous derrière ce terme ?
10. Quelles modalités d'intervention en ergothérapie jugez-vous les plus pertinentes pour accompagner et prendre en soin les personnes dépressives afin de favoriser leur participation occupationnelle ? A travers quels moyens (médiations) ?

11. Laquelle de ses modalités vous semble la plus pertinente pour cette population ? Est-ce des prises en soins individuelles ou groupales ?
12. Comment adaptez-vous les activités thérapeutiques d'ergothérapie (individuel ou groupe) pour répondre aux besoins de ces patients et favoriser leur participation occupationnelle ?
13. Quelle est, selon vous, la place spécifique de l'ergothérapeute dans les activités thérapeutiques pluridisciplinaires ? En quoi son rôle se distingue-t-il de celui des autres professionnels qui pourraient également co-animer ces activités de groupe avec vous ?
14. Quels bénéfices observez-vous chez ces patients présentant un épisode dépressif caractérisé ayant un suivi spécifique en ergothérapie dans la perspective de retrouver une participation occupationnelle progressivement ?
15. Pour finir, pouvez-vous me partager un exemple d'intervention en ergothérapie ayant eu un impact positif chez une personne souffrant d'épisodes dépressifs caractérisés notamment dans sa participation occupationnelle ? Comment est ce que vous l'avez observé ?

Auriez-vous des éléments à ajouter concernant la valeur ajoutée du suivi en ergothérapie (individuel ou groupal) pour la prise en soins des personnes dépressives au sein d'une unité psychiatrique à l'arrivée en détention dans l'objectif de favoriser la participation occupationnelle ?

Annexe V : Retranscription de l'entretien semi-directif mot à mot l'ergothérapeute E4

Cet entretien a été réalisé par téléphone le 20 mars 2026. Celui-ci a duré 52 min.

E4 : « Oui, allô ? »

Moi : « Oui bonjour, c'est Romero Julia, l'étudiante en ergothérapie. »

E4 : « Bonjour. »

Moi : « Enchantée, merci beaucoup déjà de m'avoir contactée. Franchement c'est top. »

E4 : « Ah bah écoutez c'est avec plaisir, pour être passée par là, je sais que c'est la dernière ligne droite et ce n'est pas toujours évident, donc si ça peut vous aider à trouver rapidement la population pour que vous puissiez avancer. »

Moi : « Merci beaucoup, bah écoutez, j'ai déjà réalisé trois entretiens et j'avoue que je préférerais quand même en avoir un quatrième. Et bah là ça tombe à pic franchement. »

E4 : « Oui, c'est bien ! »

Moi : « Donc dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la façon dont l'ergothérapeute peut spécifiquement accompagner les personnes présentant un épisode dépressif caractérisé, du coup en milieu carcéral dans les structures de soins psychiatriques, afin de favoriser la participation occupationnelle et l'engagement dans les activités, pour lutter contre les symptômes de la dépression. »

E4 : « Oui, d'accord. »

Moi : « Et donc je souhaitais m'appuyer un peu sur l'expérience des professionnels pour en découvrir un peu plus. J'ai à peu près 40-50 minutes devant moi, j'ai une VAD avec ma tutrice dans 45 minutes. Donc juste pour vous prévenir. »

E4 : « Ok pas de soucis, j'ai l'heure en face de moi et je fais en sorte de ne pas vous mettre en retard. »

Moi : « Parfait. »

E4 : « Mais après n'hésitez pas à me couper et si jamais auquel cas on n'aurait pas eu le temps d'aborder tout ce que vous souhaitez, je pourrai me rendre disponible sur un autre créneau. »

Moi : « Ok parfait, merci beaucoup en tout cas. Est-ce que c'est toujours ok pour enregistrer ? »

E4 : « Oui, oui pas de soucis vous avez bien reçu le formulaire ? »

Moi : « Oui c'est bon, merci beaucoup. Donc je vais commencer par la première question. »

E4 : « Oui. »

Moi : « Est-ce que vous pouvez me résumer votre expérience d'ergothérapeute et qu'est-ce qui vous a conduit à travailler en unité de soins psychiatriques auprès de la population détenue ? »

E4 : « Alors du coup je suis ergothérapeute depuis six ans, j'ai toujours travaillé en psychiatrie. J'ai commencé à travailler à Paris, donc dans une unité pour adultes, un service de psychiatrie standard et puis après, pour des raisons personnelles, je suis arrivée à Lyon et j'ai eu l'opportunité d'avoir un poste justement en UHSA, donc l'unité d'hospitalisation pour les détenus. Et ce qui a motivé mon choix, c'est qu'avant de faire des études d'ergothérapeute, j'ai une formation de psychocriminologie. Donc voilà, le fait de pouvoir lier l'ergothérapie, le milieu de la criminologie et le milieu carcéral, donc voilà c'est ce qui a fait que je me suis retrouvée à l'UHSA. »

Moi : « Ok, et l'UHSA se trouve au sein de la prison ou c'est une unité à part ? »

E4 : « Non, c'est en dehors. C'est en dehors de la prison. Ils sont extraits de leur lieu de détention pour venir à l'hôpital dans notre unité, et après, dès qu'ils vont mieux, ils sont stabilisés et retournent en détention. »

Moi : « Juste je fais une petite parenthèse, moi du coup j'ai effectué un stage dans un SMPR dans une prison, donc je ne sais pas si c'était spécifié dans le mail des collègues, mais du coup au niveau du vocabulaire spécifique n'hésitez pas normalement ça devrait être ok. »

E4 : « Ah super ça vous a plu ? »

Moi : « Ouais franchement c'était top, très enrichissant. »

E4 : « Bon bah parfait. »

Moi : « Donc là vous travaillez depuis quatre ans à l'UHSA ? »

E4 : « Oui c'est ça. »

Moi : « Et donc vous avez été diplômée en ergothérapie il y a six ans ? »

E4 : « Oui c'est ça en 2020. »

Moi : « Ok parfait. »

Moi : « Alors la deuxième question, c'est quel profil de patient rencontrez-vous le plus souvent dans votre pratique ? »

E4 : « Le plus souvent, le profil c'est les psychotiques. Ouais, c'est vraiment la majorité de la population qu'on accueille. »

Moi : « Ok, du coup il y a quand même un peu de dépression ? »

E4 : « Alors oui, on va en avoir. C'est vrai que ce ne sera pas forcément ce qu'on aura de plus représentatif. Mais oui, on en aura, soit avec des symptômes dépressifs déjà présents avant la détention et qui finalement dans ce milieu-là ont pu conduire à un passage à l'acte, soit aussi ce qu'on peut avoir, c'est le choc carcéral. »

Moi : « Bah justement c'est ma question d'après donc c'est nickel. On peut enchaîner sur ça. Ducoup, avez-vous déjà accompagné des personnes détenues qui ont développé un épisode dépressif à la suite d'un choc carcéral ? Et qu'est-ce que vous mettez derrière ce terme ? »

E4 : « Oui, oui, derrière le choc carcéral, je décrirais vraiment un effondrement et une perte de tous leurs repères dans un milieu où ils vont se retrouver seuls et dans un milieu qui est quand même assez hostile. Ils vont se retrouver aussi face à l'acte qu'ils ont commis, enfin qui les a amenés en détention. Et là en fait, cette perte de repères les amène à une perte de tout ce que pouvait représenter leur vie avant, que ça soit leur stabilité, leur personnalité, leurs envies. Et vraiment, on va retrouver des personnes qui peuvent être à la fois apeurées, sidérées, totalement apragmatiques. Et pour certains cas, du mutisme aussi, où vraiment on va avoir très très peu accès à eux. »

Moi : « Ok, du fait de l'incarcération et de tout ce que ça implique. »

E4 : « Tout à fait. »

Moi : « Et donc vous avez déjà suivi des patients qui ont développé des symptômes dépressifs à la suite de ce choc carcéral, de l'arrivée en détention ? »

E4 : « Oui, oui, oui. Et ça a été un accompagnement, je dirais, avec une temporalité longue, dans le sens où c'est une population auprès de laquelle il faut vraiment prendre son temps, ou l'objectif est d'abord les rencontrer en chambre. Parfois ils ne veulent même pas se retourner pour nous regarder, il n'y a aucun contact visuel, aucune parole. Et puis un jour ils vont se

retourner, pas forcément nous regarder, mais en tout cas il y aura quand même quelque chose, un petit peu de vie. Et puis après l'objectif est de pouvoir rentrer en contact avec eux, leur proposer des activités. Donc là, quand ils acceptent, c'est déjà pouvoir sortir de leur chambre, ce qui est énorme. »

Moi : « Oui. »

E4 : « Et après, dans l'architecture de l'UHSA, c'est assez particulier puisque les unités de soins sont à l'étage et nous le plateau d'activité est au rez-de-chaussée. Donc en fait, ça leur demande quand même de sortir de l'unité, de descendre un étage, de venir, et ça c'est énorme. Donc l'objectif c'est déjà, s'ils arrivent jusqu'à ma salle, bah c'est déjà un objectif. Et après ils découvrent la salle, ce qui leur permet aussi de voir les activités possibles, puisqu'il y a des activités exposées, notamment manuelles qui sont possibles et puis après je les raccompagne, et s'ils sont d'accord, on refixe un rendez-vous. Et puis au fil du temps, il y a un lien qui va se créer, la confiance et puis là au fur et à mesure, ça va être accompagner les patients à pouvoir reprendre plaisir dans le fait de faire une activité. »

Moi : « Justement, c'était la question d'après. Pouvez-vous me parler de votre rôle dans la prise en soin en psychiatrie auprès des personnes dépressives, quelles sont vos missions et vos objectifs, et à travers quelle prise en soin ? »

E4 : « Bah en fait c'est ça. En tout cas, les indications que je vais pouvoir avoir des médecins, dans ces cas-là, auprès de ces populations-là, ça va être plutôt un suivi individuel, pour justement ne pas les mettre davantage en difficulté. »

Moi : « Ok. »

E4 : « Et donc là, ça va être vraiment essayer de les mobiliser en leur offrant un espace où justement l'activité va pouvoir faire médiation, et que ce soit moins confrontant. »

Moi : « Moins duel entre le professionnel et le patient. »

E4 : « Voilà, c'est ça exactement. Et puis ça va être aussi de passer par différents médias. Alors ça peut être des activités manuelles, de la peinture, de l'origami, du dessin, de la création, du modelage fin voilà, ça peut être aussi des jeux de société, ou ce que je peux aussi proposer c'est de l'écoute musicale. Alors très souvent, les personnes quand elles ne sont vraiment pas bien, le choix est impossible parce qu'elles n'ont pas d'envie. Donc là, ça va être plus moi qui vais être force de proposition. Et puis on va essayer différentes médiations et je vais voir ce que le patient apprécie le plus, avec laquelle il est le plus à l'aise. Et puis c'est à travers ce média que je vais

pouvoir vraiment rencontrer la personne, et ensuite essayer de créer un lien suffisamment fort pour qu'elle puisse se raconter et puis exprimer, comment elle se sent, les difficultés qu'elle traverse, rencontre. »

Moi : « Ok, et donc du coup après, vos objectifs pour cette population dépressive en ergothérapie, est-ce que vous avez de grands objectifs ? »

E4 : « Bah, je vous dirais que vraiment un des premiers objectifs, ça va être de pouvoir rencontrer la personne. »

Moi : « Ouais, la relation, l'amorce de la relation. »

E4 : « Voilà exactement, ça va être vraiment mon tout premier objectif. Et pour beaucoup, ça va être le seul parce que je n'aurai pas forcément plus. Et puis après, ça va être bah essayer de retrouver un élan de vie, une motivation, euh, qui puissent s'animer prendre plaisir, faire quelque chose. Et puis après, qu'ils puissent prendre soin d'eux, rythmer leur journée en essayant qu'ils puissent établir une petite routine comme ouvrir les volets le matin, manger, euh, qu'ils viennent en séance habillés et non pas en pyjama. Voilà, donc ça sera plus à long terme. »

Moi : « Et au niveau des symptômes de la dépression, tout ce qui est dévalorisation de soi etc est-ce que c'est quelque chose que vous allez travailler en séance à travers les médiations ou est-ce que... ? »

E4 : « Oui, c'est quelque chose que je vais essayer de travailler avec les médiations. Mais il est vrai que les médiations, notamment manuelles et créatives, si la personne n'est pas très à l'aise avec ou si avant elle avait de très bonnes capacités et qu'actuellement elle n'y arrive pas, je vais éviter ces activités-là, sinon on va renforcer la dévalorisation. Je sais que l'écoute musicale, c'est quelque chose qui marche beaucoup parce que les personnes vont forcément penser à une musique qu'elles aimaient bien et de fil en aiguille bah la musique va les raccrocher à des moments où elles se sentaient bien. Donc ça, je dirai qu'à travers la musique, c'est quelque chose qui marche plutôt bien. Et après, si vraiment j'ai envie de travailler la revalorisation, la re narcissisation je peux utiliser l'ERS, qui est une auto-évaluation des ressources. Mais ça demande que la personne soit quand même plus stabilisée. »

Moi : « Donc pas en phase aiguë ? »

E4 : « Non, en phase aiguë on va faire vraiment au plus simple. »

Moi : « Et du coup, à travers ça, vous avez quand même un objectif de participation occupationnelle, de redonner du sens au fait de faire au quotidien, de lutter contre l'anhédonie, etc. »

E4 : « Oui, bah tout à fait. En fait c'est ça c'est en fait, pendant la séance, ils feront forcément une activité, fin forcément... ce n'est pas toujours le cas. Souvent une activité, mais pas toujours. Parfois ils ont juste besoin d'un espace d'écoute, et c'est quelque chose que je peux leur offrir. Si je sens que ça reste dans mes missions, c'est-à-dire que si je sens que la personne a besoin d'aller plus loin dans ce qu'elle dépose, je les oriente vers un suivi psy, vers mes collègues psychologues. Mais si c'est juste un temps pour déposer, alors ça peut être un temps d'écoute. Et après, dans le « faire », je vais questionner après l'activité, avant la fin de la séance, leur dire bah voilà, comment ils se sont sentis et c'est vrai qu'ils peuvent dire, que pendant quelques secondes ça leur a fait du bien, qu'ils ont oublié où ils étaient, qu'ils ont ressenti un soulagement. Et en fait voilà, ça, ça va être important de le travailler ça et de continuer les séances avec des activités peut-être un peu plus exigeantes donc plus de concentration, plus de minutie et en fait voilà, à travers le faire, leur montrer que ça leur permet de se sentir mieux et d'avoir envie de faire encore un peu plus. Et ensuite, effectivement l'objectif c'est aussi de leur proposer des activités qu'ils peuvent faire seuls en chambre. »

Moi : « Ok, oui. »

E4 : « Comme ça, je leur dis que s'ils ont envie de faire quelque chose mais pas trop, je peux leur proposer du coloriage, du dessin, ça peut être aussi par exemple des mots fléchés, du pliage. Ce que souvent je peux aussi donner c'est des livres, des pliages très simple pour faire du pliage papier et ça fait un hérisson à la fin, ça peut être aussi des bracelets etc alors bien sur tout ce que je vous dis là, le matériel que je peux prêter en chambre c'est ci il n'y a plus de risque suicidaire parce que sinon ils n'ont le droit à aucun matériel, ils n'ont accès à rien. Mais voilà l'idée, c'est de leur donner un peu d'outils, du matériel pour qu'ils puissent être acteurs de leur routine et de leur mieux-être. »

Moi : « Ok, parce que en soi, même si ce n'est pas leur domicile propre, c'est leur quotidien actuel en chambre. »

E4 : « C'est ça c'est exactement. Et puis après ça m'amène à plus long terme aussi à travailler le retour en détention car une fois que la crise est passée ils sont renvoyés en détention, et ce que je travaille avec eux avant cela c'est comment, quelle routine ils pourront mettre en place en détention pour qu'ils puissent rythmer leurs journées, avoir des objectifs tout en leur

proposant des activités très simples qui sont possibles en détention. C'est aussi ça, c'est leur permettre des activités qu'ils pourront mettre en place en détention. »

Moi : « Toujours créatives, manuelles ou il y en a d'autres ? »

E4 : « Oui, aussi corporelles. Je sais que ça m'est déjà arrivé avec un patient où là, par exemple, j'ai travaillé avec un patient en lien avec ma collègue psychomotricienne car il avait très envie de faire des percussions corporelles, des rythmes sur soi, à la fois parce qu'il aimait beaucoup créer des rythmes et à la fois parce que ces percussions corporelles l'apaisent. Donc moi ne me sentant pas non plus avoir de grandes compétences dans ce domaine-là et bah du coup on a fait des séances avec la psychomotricienne ou on lui apprenait des petites choses qu'il pouvait refaire et mettre en place dans sa cellule. »

Moi : « Ok, et donc du coup, la prise en soin, vous m'avez dit qu'elle est individuelle. Est-ce que vous proposez aussi du groupe aussi ? »

E4 : « Oui, tout à fait. C'est-à-dire que j'ai à la fois de l'individuel. Donc le profil, j'essaye de rester dans le profil de la population étudiée et recherché pour pas dégraisser, au niveau du syndrome dépressif, la plupart du temps, ça va être d'abord un suivi individuel pour pas trop les confronter. Et puis ensuite, effectivement une fois qu'ils vont mieux, ça va être de les intégrer dans différents groupes, où là je vais avoir des groupes avec des médiations très différentes à la fois du sport, des activités créatives, des jeux de société, de la musique, je réfléchis... là comme ça c'est ce qui me viens. Et effectivement après, l'idée, c'est de les intégrer dans les groupes et après c'est très intéressant de voir, d'observer leur évolution au sein du groupe, est-ce qu'ils arrivent à trouver leur place, est-ce qu'ils ne sont pas trop en retrait, est-ce qu'il peut y avoir des échanges avec les autres patients, est-ce qu'ils peuvent créer des liens. L'objectif, c'est voilà, qu'ils puissent intégrer les groupes et s'y sentir bien. »

Moi : « Ok, dans l'objectif aussi peut-être de réduire un peu cette sensation d'isolement fréquente dans la dépression ? »

E4 : « Tout à fait. Surtout que, bah, vous, pour avoir fait votre stage en SMPR, vous savez qu'en milieu carcéral il y a des temps de promenade. Et nous à l'UHSA, c'est pareil, c'est la même chose, il y a des temps de promenade, et des personnes voilà qui sont clinophiles en chambre vont refuser ces temps de promenade et vraiment oui, il y en a certains qui ne sortent jamais de leur chambre. Donc en fait, voilà, c'est aussi accompagner le fait qu'ils puissent passer plus de temps en dehors de la chambre. »

Moi : « Ok oui, et donc participer à la lutte contre certains symptômes dépressifs liés à l'isolement par exemple. »

E4 : « Oui, c'est ça. »

Moi : « Et au niveau des objectifs dans le groupe, comme vous avez dit, trouver sa place, essayer de lutter contre l'isolement et le retrait, favoriser les relations sociales, les interactions... Est-ce que vous avez d'autres objectifs qui vous viennent pour le groupe, dans la prise en soin des personnes dépressives bien sûr ? »

E4 : « Oui, c'est ça, je réfléchissais, oui, trouver sa place, les interactions. »

Moi : « Est-ce que vous travaillez aussi au niveau cognitif avec ces patients ou pas au premier plan ? A travers les jeux de sociétés j'imagine. »

E4 : « Oui, voilà c'est exactement ça à travers les jeux de société surtout altéré du fait de leur état, je peux faire des objectifs de stimulation cognitive et là pour pas que ce soit trop frontal je passe par les jeux de sociétés. »

Moi : « Ok, et vous proposez plutôt de l'individuel ou du groupe ? »

E4 : « Je dirais que je commence d'abord en individuel et après par contre assez rapidement si je vois au niveau cognitif que la personne a de bonnes capacités, je vais pouvoir très facilement lui proposer le groupe et le solliciter alors sans le mettre à mal hein, sans le mettre en difficulté mais au contraire si je vois que la personne a les capacités, les réponses je vais pouvoir la valoriser aux yeux des autres et la mettre un peu plus en avant en lui disant, vous voyez, par rapport aux autres bah vous voyez vous avez de super capacités, alors que vous, vous vous dénigrez etc. »

Moi : « Vous voulez dire que les autres personnes du groupe valorisent le patient ? »

E4 : « Oui, totalement, effectivement tout à fait, c'est quelque chose que vous amenez et qui est très intéressant que je vois régulièrement, souvent dans quasi, la plupart de mes groupes c'est que la valorisation vient des autres patients, il y a une telle bienveillance dans les groupes et c'est ça qui je crois fait en fait le plus de bien, finalement aux patients c'est quand ça vient des autres patients qui les valorisent, les complimente et qui les aident aussi parfois, le soutien, l'aide vient pas que des soignants c'est très très chouette. »

Autre chose que l'on peut retrouver en groupe, euh par exemple, une personne dans un premier temps n'ose pas faire, peut d'abord avoir besoin d'un temps pour observer, puis les autres

patients vont l'encourager lui dire « mais vas-y, essaye, tente, » et encouragent à essayer. Et ce qui est intéressant, et très chouette, c'est que cette entraide va continuer en dehors du groupe, en dehors de ce que nous on peut leur apporter dans un cadre thérapeutique et cela, par exemple, dans les temps de promenade ou dans les couloirs, ou ça va être, bah vas-y vient faire ça avec nous, ou vas-y sort quand il y a les portes ouvertes on pourra discuter et c'est les patients qui vont ensuite stimuler les autres patients. Ils se motivent entre eux, et nous on devient presque spectateurs, les soignants. Et ça c'est vraiment chouette. »

Moi : « Ok, oui effectivement, et du coup, est ce que, bon on en a déjà un peu parlé mais entre individuel et groupe, au niveau de la pertinence de prise en soin vous avez une préférence pour cette population dans l'objectif de vraiment atténuer les symptômes dépressifs et favoriser la participation occupationnelle, le fait de faire ? Est-ce que vous avez entre grosses guillemets une préférence pour le groupe ou l'individuel dans cette population ou c'est vraiment les deux qui vont apporter, comme vous avez dit commencer par l'individuel et progresser vers le groupe etc. »

E4 : « Ouais, bah c'est vrai qu'honnêtement, je commence toujours par l'individuel pour l'instant vraiment auprès de cette population-là sans vous dire de bêtise je crois que j'ai toujours procédé de cette façon sans, même les médecins me font toujours une indication pour un suivi individuel et parfois pour cette population, on reste en suivis individuel, le groupe n'est pas toujours possible. Mais globalement, je passe toujours par l'individuel c'est-à-dire premier objectif pour créer le lien suffisamment fort et que la confiance soit établie avant d'aller vers le groupe. »

Moi : « Ok c'est noté et donc au niveau de votre pratique, est-ce que vous utilisez un cadre théorique ou un modèle conceptuel en ergothérapie pour guider vos interventions ou pas ? »

E4 : « Non, je réfléchis pour certains groupes si je me base sur quelque chose mais non, pas de façon stricte. »

Moi : « Dans ce cas, vous vous basez sur quoi au niveau de vos interventions ? »

E4 : « Alors c'est à dire que à proprement parler je ne me fixe pas sur un modèle que je suis à la lettre mais j'étais très MOH donc je dirais que la façon dont je construis mes groupes, mes interventions j'ai quand même les concepts clefs du MOH c'est quand même celui qui guide le plus ma pratique. »

Moi : « Donc pas appliqué à la lettre vraiment de A à Z mais mais est présent et il y a des corrélations entre votre pratique et le modèle. »

E4 : « Oui, c'est ça, tout à fait. Et sinon, on utilise aussi beaucoup le modèle psychodynamique, qu'on partage avec les autres professionnels où là, il n'est pas propre à l'ergothérapie mais peut être partagé avec les psychologues, les infirmiers, des médecins, etc. Et là, c'est aussi quelque chose sur lequel on va pouvoir se retrouver. »

Moi : « Au niveau des activités pour cette population que vous proposez, en individuel ou en groupe comme on a dit, est-ce que comme vous avez dit tout à l'heure, vous êtes force de propositions des fois quand vous faite face au fait que la personne ne sait pas quoi faire, quoi initier, quoi proposer, est ce que vous avez des médiations en tête en amont que vous trouvez plus pertinentes pour commencer, que vous privilégiez pour cette population, ou est-ce que vous testez et vous voyez ? Une sorte de présélection un peu ? »

E4 : « Euh, je dirais que j'ai quand même en tête deux ou trois activités. »

Moi : « Ok. »

E4 : « Par exemple, quand ça va être en activité manuelle créative, je vais leur proposer deux activités qui vont être concrètes tout de suite, et avec lesquelles ils pourront repartir à la fin de la séance. Par exemple, j'ai des petits des marque-pages en mandala, et ça, ça va être facilement coloriable en une séance et s'ils lisent, bon euh dans la dépression souvent la lecture ne sera pas au premier plan mais en tout cas, j'ai à cœur à ce qu'ils puissent avoir un objet tout de suite, concret, l'idée, c'est qu'ils puissent se dire ah ouais, j'ai été capable de faire ça. »

Moi : « Et de s'en rappeler en le voyant au quotidien. »

E4 : « Exactement et puis, je vais aussi proposer des activités rapides, qui prennent peu de temps, pour éviter qu'ils se disent que c'est trop long ou trop compliqué et qu'ils ne vont jamais y arriver. Et donc là vraiment un petit marque page, c'est vrai que c'est petit, ça peut être colorié assez rapidement ou sinon je peux leur proposer des bracelets, donc de faire des bracelets en fils, de leur apprendre des nœuds même plus complexes et difficiles à faire, je peux aussi proposer des supports en carton, plus rapide à faire, simplifiés, ou de tresser. Comme ça, à la fin de la séance, ils peuvent aussi avoir leur objet. Et sinon, je pars sur une partie de jeux de société très simples, je dirais très... »

Moi : « Accessibles. »

E4 : « Oui, tout à fait qui rappellent l'enfance. »

Moi : « Qui fait appel à quelque chose de positif en eux, des souvenirs qu'ils peuvent mettre en avant. »

E4 : « Exactement, régressif, c'est ça le terme que je cherchais. Et parfois, s'ils n'arrivent pas à choisir, ou ça ne leur dit rien, souvent je peux aussi leur dire voilà moi j'ai commencé moi-même une activité, donc ça peut être du modelage, du pliage, un début de dessin et je leur dis bah écoutez si vous avez pas forcément l'envie d'une activité moi je veux bien continuer mon activité et donc le fait de regarder faire peut susciter une envie chez eux. »

Moi : « Ok, donc vous vous adaptez vraiment à la personne et à ses capacités. »

E4 : « Oui c'est ça, exactement. »

Moi : « Est-ce que vous faites des séances thérapeutiques en pluridisciplinarité, coanimé avec un autre professionnel ou pas, ou bien que ergothérapeutes ? »

E4 : « Alors non, c'est vrai qu'à chaque fois que je fais des groupes c'est toujours en pluridisciplinarité, dans mon unité je suis la seule ergo et pour faire des groupes il faut être obligatoirement au minimum deux professionnels. Je suis donc le seul ergothérapeute dans l'unité, donc je travaille avec des infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, éducateurs sportifs, psychologues. »

Moi : « Ah oui vous avez une belle équipe pluridisciplinaire. »

E4 : « Oui oui c'est ça qui est vraiment très intéressant. »

Moi : « Et justement c'est ce que j'allais demander, en quoi votre rôle diffère de celui des autres professionnels dans le cadre du groupe thérapeutique au niveau de la participation occupationnelle surtout ? Est-ce que vous aviez en tête le terme participation occupationnelle ? »

E4 : « Oui, oui le terme je l'avais, je pense que dans mon regard ergo ce que je peux apporter c'est vraiment en fait, toutes les étapes que comprend une activité qui est pas forcément très claire ou du moins auxquelles les autres professionnels ne vont pas s'intéresser. Autour de laquelle moi je vais avoir un regard beaucoup plus précis, ou l'analyse va être plus fine, dans l'analyse de l'activité et aussi dans le transfert, dans les activités de la vie quotidienne, en quoi cette activité là on peut la transposer dans le quotidien. Pas l'activité en elle-même mais toutes

les étapes que l'activité requiert, par exemple et bah dans préparer à manger on a telles et telles étapes etc. »

Moi : « Oui ok donc vous faites le lien avec le quotidien et les activités proposées en séance. »

E4 : « Exactement, et je pense que c'est la force de la formation d'ergothérapeute au regard des autres collègues. »

Moi : « C'est noté. Est-ce que vous avez un exemple à me partager d'évolution d'un patient qui présentait un épisode dépressif caractérisé qui étaient suivi en ergothérapie et qui a pu progressivement retrouver peu à peu cette participation occupationnelle à travers les séances et comment vous l'avez observé ? »

E4 : « Alors oui, alors il y en a plusieurs mais je pense notamment à un patient avec un profil très clinophile dans le noir, mutique au tout début et ça a pris environ quatre mois pour déjà réussir à le rencontrer et avoir au moins un échange visuel en chambre, et il a ensuite accepté de venir en séance d'ergothérapie. »

Moi : « C'était un patient dépressif ? »

E4 : « Oui oui, et là pour le coup, alors on n'est pas sûr qu'il y avait des symptômes dépressifs avant l'incarcération mais en tout cas pour sûr il y avait eu des éléments plutôt psychotiques mais surtout des éléments dépressifs liés au choc carcéral et à son incarcération. »

Moi : « A son arrivée en détention du coup ? »

E4 : « Tout à fait. En plus c'était quelqu'un qui avait eu un parcours migratoire très compliqué, très traumatisant donc voilà ça rajoutait en plus. Puis donc voilà, ensuite, il a commencé à venir en séance donc au début il est venu dix minutes, puis quinze puis après il a pu choisir une activité, il restait alors trente minutes, puis quarante-cinq minutes, puis après on est arrivé jusqu'à une 1h où là, vraiment, il pouvait être en capacité de choisir ses activités qui lui faisaient plaisir et prendre plaisir dans l'activité donc ça se voyait par pouvoir avoir des sourires, avoir des échanges avec lui. Donc après il n'était plus mutique, même si ce n'était pas de profondes conversations, simplement des échanges. Puis il a pu ensuite participer aux groupes. Alors toujours dans des échanges très succincts. Je crois que ce qui m'a le plus marqué c'est l'évolution physique, voir une personne s'ouvrir à la fois corporellement qui est au début recroquevillée sur elle-même vous savez vous avez les épaules qui s'enroulent la tête basse puis ensuite voir quelqu'un où le torse s'ouvre un peu la tête se lève et puis croiser un regard et un sourire. Et ça c'est vraiment incroyable mais je crois que ça a pris vraiment un an et demi. »

Moi : « A oui donc l'hospitalisation à vraiment été assez longue. »

E4 : « Oui, très longue, notamment avec le temps de mutisme on n'avait pas accès à la personne donc on ne pouvait pas savoir s'il allait mieux ou pas donc on a vraiment pris du temps pour que la confiance s'installe etc. Aujourd'hui, il est retourné en détention et n'est pas revenu en hospitalisation pour l'instant donc c'est que ça va. Alors il est tout de même suivi au SMPR, c'est quand même un profil SMPR ».

Moi : « Ok, oui j'imagine, et au niveau pluridisciplinaire, vous échangez sur les patients à travers des réunions, des transmissions ? »

E4 : « Oui, alors il peut y avoir des temps je dirais un peu plus informels, par exemple quand je raccompagne les patients en unité et en chambre, quand je croise mes collègues, je peux faire un petit débrief de comment s'est passée la séance, donc plutôt informel. Après on a les relèves tous les matins, c'est un temps où on va pouvoir échanger sur les patients en fonction de leur participation soit en groupe soit en séance individuelle. Et puis après on a des temps de synthèse, voilà on parle du patient et c'est toutes les personnes qui l'accompagnent qui font un compte-rendu sur tout ce qui s'est passé, l'évolution, ce qu' on imagine après pour la suite pour ce patient. »

Moi : « Ok et donc au niveau du retour en détention, comment est-il décidé ? Comment les symptômes sont évalués ? Le médecin psychiatre ? Comment vous évaluer, j'imagine que vous avez au niveau observationnel et clinique l'image du patient à son entrée puis son évolution au cours de l'hospitalisation mais comment c'est décidé ? »

E4 : « Pour être honnête, l'équipe paramédicale n'est pas toujours sollicitée et soumise à contribution. Ça dépend des médecins. Certains demandent notre avis car ils ont aussi peut-être mieux cerné nos missions et on discute, et là mon avis peut être pris en compte mais je dirais que pour la majorité des cas, j'ai séance avec un patient je vais le chercher en unité et ont m'annonce qu'il est reparti en détention et ça honnêtement c'est la plupart du temps. »

Moi : « Oui, je vois de quoi vous parlez j'ai vécu aussi ça à mon stage, c'est assez frustrant pour eux comme pour nous... puis même en terme de suivi ne pas pouvoir dire au revoir ou quoi. »

E4 : « Et ça c'est terrible, et puis aussi la population qu'on peut avoir il y a eu beaucoup de sentiment d'abandon et là c'est un autre abandon en plus quoi, sauf que nous on n'a pas demandé notre accord. »

Moi : « Malheureusement. Et juste, je reviens par rapport à la prescription et l'orientation en ergothérapie, qu'est-ce qui est noté pour les patients dépressifs ? »

E4 : « Le plus souvent, ce qui est formulé c'est de le stimuler, ça va être vraiment le mot, "stimuler la personne". »

Moi : « Ok c'est noté, j'avais une dernière question, c'est la question de conclusion, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter sur la valeur ajoutée du suivi en ergothérapie individuel ou groupal pour cette population dépressive dans l'objectif de favoriser la participation occupationnelle ? »

E4 : « Bah en tout cas ce que je pourrais dire pour la conclusion c'est que je trouve que en tant qu'ergothérapeute auprès de ces personnes on a vraiment une vraie plus-value et une place privilégiée parce qu'on va leur proposer du soin de façon différente et autre qu'un traitement ou des entretiens et de passer par l'activité, le plaisir, le faire, vraiment ça ouvre des perspectives qu'on a la chance de pouvoir avoir dans notre profession. Je trouve qu'on a vraiment accès à la personne au-delà des symptômes, à la personne authentique. On a cette chance de pouvoir déceler à travers l'activité et à travers les médiations la personne qu'elle était derrière tous les symptômes. C'est vraiment leur insuffler de la vie avec le faire rien que leur dire voilà tous les matins vous ouvrez vos volets vous verrez vous ferez encore autre chose et autre chose etc. Puis à travers le jeu de proposer du soin de façon ludique bah sans s'en rendre compte ils prennent soin d'eux, ils mettent de côté leurs pensées donc non, je pense qu'on a vraiment une plus-value et je trouve que plus que dans l'instant présent de l'activité on a aussi cette chance de par notre formation de leur proposer un accompagnement pour la suite. Voilà comment après vous allez pouvoir... »

Moi : « Transposer. »

E4 : « C'est ça et continuer leur participation, comme vous dites participation occupationnelle, votre routine car en fait on leur propose quelque chose après l'accompagnement qu'on a pu avoir en ergothérapie ce n'est pas juste à l'instant T. »

Moi : « On peut leur offrir les clefs nécessaires pour la suite quoi même après le suivi. »

E4 : « Oui c'est ça, c'est exactement ça. On leur donne des outils pour la suite, pour qu'ils puissent continuer après, structurer leur quotidien, leur routine et continuer de s'occuper et de faire. »

Moi : « Ok, merci beaucoup c'est noté. C'est tout pour moi. Je vous remercie beaucoup pour votre contribution. »

E4 : « Écoutez c'est moi qui vous remercie, et je tenais à vous faire ce retour là c'est qu'au vu des questions ou des reformulations que vous faites je crois que vous avez bien cerné le rôle de l'ergothérapeute en unité de soin psychiatrique en milieu carcéral, c'est très rassurant en tant que future collègue. »

Moi : « Merci beaucoup, c'est super gentil. Je vous tiendrai au courant bien évidemment d'ici la fin de l'année pour ce dernier examen. »

E4 : « Merci à vous, bon courage pour le mémoire. »

Moi : « Merci beaucoup. »

E4 : « N'hésitez pas à me recontacter si besoin. »

Moi : « Merci beaucoup, c'est très gentil. »

E4 : « Bonne continuation. »

Moi : « Au revoir. »

E4 : « Au revoir. »

Annexe VI : Mail de contact envoyé aux ergothérapeutes

Mail de contact envoyé aux ergothérapeutes

Bonjour Madame,

Je me permets de vous contacter dans le cadre de mes études. Je suis actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE ADERE à Paris.

Pour la rédaction de mon mémoire de fin d'études, je travaille sur la question de recherche suivante : Comment l'ergothérapeute intervient-il en structure de soin psychiatrique en milieu carcéral auprès des détenus présentant un épisode dépressif caractérisé à l'arrivée en détention afin de favoriser leur participation occupationnelle ?

Dans ce contexte, et au regard de votre expérience professionnelle, je souhaiterais pouvoir m'entretenir avec vous lors d'un entretien semi-directif (par téléphone ou visioconférence), afin de recueillir des informations concernant votre pratique en lien avec cette thématique.

Cet entretien s'inscrirait dans la partie méthodologique de mon travail, plus précisément dans la phase expérimentale, et contribuerait à enrichir l'analyse de mes données.

Si cela vous est possible, j'aimerais réaliser cet entretien dès que possible, à votre convenance. Je reste bien entendu à votre disposition pour m'adapter à vos disponibilités.

Je vous remercie par avance pour l'attention portée à ma demande.

Cordialement,

Julia ROMERO

Étudiante en 3^e année d'ergothérapie
IFE ADERE – Paris