

Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



Ergothérapie et itinérance : le droit occupationnel chez les personnes Sans Domicile Fixe

Mémoire d'initiation à la recherche

POIRIER Audrey
Promotion 2016-2019

MOISAN Laure
Maître de mémoire

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

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

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

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

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »¹.

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e Poirier Arthey

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

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

Fait à ... EVREUX

Le ... 17/05/19 signature



¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Je tiens à remercier ...

... ma maîtresse de mémoire pour les pistes de réflexion et les conseils qu'elle a pu m'apporter pour la réalisation de ce mémoire.

... les ergothérapeutes que j'ai pu interroger, qui m'ont accordé du temps et sans qui je n'aurais pu produire la seconde partie de ce mémoire.

... nos responsables pédagogiques ainsi que nos enseignants pour leur disponibilité, leur soutien et leur bienveillance durant ces trois années d'études.

... mes tutrices de stage, qui ont également fortement participé à ma formation et qui m'ont énormément apporté.

...de tout mon coeur ma maman, qui a toujours été mon plus bel exemple et ma plus grande force ...

... mes sœurs, ma nièce et mon neveu, auteurs de nombreux de mes sourires ...

... ma famille qui a été présente et qui m'a soutenue tout au long de mes études.

... mes amis, tout particulièrement Charlotte qui a été mon binôme durant nos années d'études supérieures.

Enfin, j'ai une pensée particulière pour toutes ces personnes à la rue.

SOMMAIRE

Introduction	1
1 Apports théoriques	3
1.1 Cadre contextuel.....	3
1.1.1 L'histoire des « sans domicile fixe ».....	3
1.1.2 L'ergothérapie auprès des personnes sans domicile fixe	5
1.2 Cadre conceptuel	6
1.2.1 Le terme « Sans Domicile Fixe »	6
1.2.2 Santé publique et communautaire	8
1.2.3 Concept de participation et apparentés.....	10
1.2.4 Droits occupationnels	12
1.2.5 Justice occupationnelle	16
1.3 Hypothèses.....	17
2 Phase expérimentale.....	18
2.1 Choix de la méthode employée pour le recueil de données.....	18
2.2 Résultats et analyse des données	20
2.2.1 Ergothérapeutes interrogées.....	20
2.2.2 Structures dans lesquelles exercent les ergothérapeutes.....	21
2.2.3 Bénéficiaires de ces structures.....	22
2.2.4 Financement de ces structures.....	23
2.2.5 Grands objectifs de ces structures.....	23
2.2.6 Rôles et missions de l'ergothérapeute au sein des structures.....	23
2.2.7 Droit occupationnel.....	24
2.2.8 Objectifs et moyens déterminés pour pallier à la restriction du droit occupationnel.....	25
2.2.9 Modalités d'accompagnement.....	26
2.2.10 Participation occupationnelle.....	26
2.2.11 Equipe pluridisciplinaire.....	27
2.2.12 Objectifs des différents professionnels constituant l'équipe pluridisciplinaire.....	27
2.2.13 Résultats obtenus jusqu'à ce jour	29

2.2.14 Limites dans la pratique en ergothérapie auprès des personnes sans-abri.....	29
2.2.15 Souhaits et projets pour l'évolution de la pratique.....	30
2.3 Discussion.....	31
3 Biais et limites de l'étude	36
4 Projection professionnelle.....	37
Conclusion.....	38
Bibliographie	
Sommaire annexes	

Introduction

Lorsqu'il nous a été demandé de réfléchir à un thème concernant la rédaction de ce mémoire de fin d'études, je me suis dans un premier temps orientée vers le thème des missions humanitaires. Réaliser une ou plusieurs missions humanitaires est effectivement l'un de mes objectifs, que je souhaiterai réaliser après l'obtention de mon diplôme, en tant qu'ergothérapeute ou simplement en tant que citoyenne. Je m'intéresse fortement au rôle que peut avoir un ergothérapeute dans ce genre de missions et notamment dans les pays en voie de développement ou encore sous-développés, auprès de populations vivant dans la pauvreté. Je me suis interrogée sur les possibilités d'agir d'un ergothérapeute durant ces missions.

Dans un second temps, j'ai relié cette idée au domaine de la culture. Il était intéressant pour moi d'étudier le lien entre la (ou les) culture(s), le handicap et l'ergothérapie. Je m'intéresse, en effet, et depuis toujours, aux représentations culturelles que peuvent avoir différentes populations vis-à-vis du handicap. De plus, nous avons eu un cours concernant les différentes cultures et le handicap, en première année, qui avait renforcé cet intérêt. Mes recherches se sont donc axées sur la culture et le handicap et mes lectures m'ont amenée à découvrir le terme de « réadaptation à base communautaire » qui m'a permis de m'orienter vers un lien entre ergothérapie et santé communautaire.

Puis c'est à la suite d'un cours de santé publique et santé communautaire, que nous avons eu en début de cette troisième année de formation en ergothérapie, que je me suis interrogée. Je me suis effectivement demandée pourquoi choisir le handicap et en cibler un en particulier (moteur, mental, congénital etc) alors que nous ne sommes pas amenés, en tant qu'ergothérapeutes, à n'exercer qu'exclusivement auprès de personnes ayant un handicap. C'est alors que j'ai décidé de plutôt m'orienter vers un problème de santé publique actuel et que j'ai choisi la population des personnes sans-abris.

Le choix d'orienter mon sujet de mémoire vers la question de l'insertion (ou de la réinsertion) de la population des sans-abris, est pour moi intéressant car c'est un phénomène de société actuel. De plus, c'est un sujet qui me touche et me fait réagir.

De mon point de vue, il est nécessaire d'agir et de réfléchir à la mise en place de solutions afin de participer à la réinsertion des personnes sans-abris.

Aujourd'hui, on constate encore beaucoup trop de mépris ou de dégoût envers cette population, qui a une image dégradée. Souvent critiquée négativement, elle est associée à la saleté, la maladie ou encore à un bas niveau scolaire. Elle fait peur et certains associent les personnes sans logement à des personnes ayant une pathologie psychologique (maladies mentales ou encore addictions). D'autres les considèrent comme vecteurs de maladies (virus, bactéries), de par un manque d'hygiène.

A contrario, on constate que le terme d'inclusion est de plus en plus employé dans notre société, et qu'il est témoin, peut-être, d'une réelle volonté d'avancer vers une politique plus inclusive. De nombreuses actions sont également déjà mises en place, notamment par le biais de diverses associations comme les "Les Restos du cœur" ou encore "Les anges de la rue". Néanmoins, le but de celles-ci est avant tout de répondre aux besoins vitaux des personnes sans logement (fournir des couettes pour éviter qu'elles aient froid, leur donner des repas etc). Demain, lorsque vous croiserez quelqu'un faire la manche devant la boulangerie où vous allez acheter votre pain, vous préférerez lui donner de quoi manger plutôt qu'une place de cinéma par exemple.

C'est pourquoi, l'ergothérapeute a, selon mon avis, un rôle important à jouer auprès de ces personnes, qui ont véritablement mis de côté leur droit occupationnel. Plus généralement, l'ergothérapie a, selon mon avis toujours, totalement sa place dans le domaine de la santé communautaire.

C'est ainsi qu'il s'en est déduit une question de départ :

En quoi l'ergothérapie s'inscrit-elle dans l'esprit de la santé communautaire, et notamment auprès de personnes sans domicile fixe ?

Pour tenter de répondre à cette question, la partie théorique de ce mémoire sera présentée dans un premier temps et comprendra les cadres contextuel et conceptuel. Puis la partie expérimentale sera exposée avec une analyse des résultats et une discussion autour de ces derniers. Nous identifierons les biais et limites de cette étude avant de conclure.

1 Apports théoriques

1.1 Cadre contextuel

1.1.1 L'histoire des « sans domicile fixe »

Il y a toujours eu des mots pour qualifier ceux vivants à la rue, et ce depuis plusieurs siècles. On entend, au fil des années, les termes de vagabonds, errants, gitans, mendiants, clochards notamment. Cependant, on observe une différenciation et une évolution dans leur utilisation. En effet, comme l'exprime M. André Gueslin dans son ouvrage « D'ailleurs et de nulle part » (2013) le vagabond correspond à celui qui se déplace, qui est mouvement, contrairement au mendiant qui lui est sédentaire. De plus, le premier ne mendie pas nécessairement et ne possède pas de logement, tandis que le second peut posséder un domicile de façon non permanente. M. Gueslin observe également une évolution durant les débuts de la seconde industrialisation et l'urbanisation, dans les années 1930. En effet, pour lui, cette époque marque l'apparition du terme de clochard et non plus de vagabond. Ce dernier était considéré comme "*tout pauvre hors de chez lui, c'est-à-dire sorti des limites de son canton de résidence*" comme le cite le sociologue Patrick Gaboriau. Mais, à la suite des années 1930, le pauvre est à présent qualifié de clochard, c'est-à-dire comme « *une personne qui avance à cloche-pied* », terme représentant « *la pseudo-faiblesse de l'individu* » selon M. André Gueslin.

Puis, la crise économique de la fin des années 1970 laissera place à une forte précarité de logement dont découlera une nouvelle classe de pauvres urbaine : les Sans Domicile Fixe (SDF). C'est néanmoins qu'en 1993 que la définition du terme SDF rentre dans le dictionnaire Robert.

Selon Mme Véronique Mougin dans « Les SDF » (2005), les chercheurs distinguent encore également aujourd'hui les termes "sans-abri" (personnes ne disposant

d'aucun lieu couvert) et "sans domicile fixe" (personnes pouvant bénéficier d'un toit temporairement).

Selon l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), 133 000 personnes sont considérées sans domicile fixe durant la seconde moitié des années 2000, en France métropolitaine. Parmi ces personnes, 33 000 vivent à la rue et/ou dans des dispositifs d'accueil d'urgence. Les 100 000 autres sont accueillies dans des services d'hébergement social ou encore dans des logements qui bénéficient de financements publics, pour des durées un peu plus longues.

En France, nous constatons une réelle évolution avec la loi de 2005 qui est pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap. Il existe également la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies de 2006 qui promeut également l'égalité des chances et de la participation sociale. Cela prouve une certaine implication des gouvernements et nous pouvons alors penser et espérer que l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap va se faire de plus en plus naturellement au sein de notre société. Mais cette loi pose aussi question : pourquoi s'arrêter au handicap ? Doit-on considérer que les personnes vivant à la rue sont en situation de handicap ? Pourquoi ne pourraient-elles pas avoir les mêmes droits et ainsi être incluses dans la participation et la citoyenneté de la France ? Quelle place occupe cette population des sans-abris au sein de notre société ? De quels droits dispose-t-elle actuellement ?

Nous savons que la pratique de l'ergothérapie a déjà été réalisée auprès de personnes sans domicile fixe. Prenons tout d'abord l'exemple d'Amie Tsang, étudiante en ergothérapie à Toronto, qui a pu réaliser un stage auprès de cette population et qui souhaitait étudier le lien entre les besoins des personnes sans-abri et les compétences en ergothérapie.

1.1.2 L'ergothérapie auprès des personnes sans domicile fixe

Dans leur article « Aux limites du possible : Envisager le rôle de l'ergothérapie face à l'itinérance » (2013) les auteures Amie Tsang, Jane A. Davis et Helene J. Polatajko expriment les perspectives qu'elles souhaitent envisageables pour la pratique de l'ergothérapie. Face à l'augmentation du nombre de personnes sans-abri, elles poursuivent trois objectifs à travers leur article : « *reconnaître que l'itinérance est un enjeu ayant une portée nationale en ergothérapie, présenter le récit de première main d'une expérience située aux limites du possible et appeler les ergothérapeutes à l'action afin de faire avancer la vision* ». Elles ajoutent qu'il a été constaté des recoupements entre itinérance et handicap et que l'itinérance peut être un élément déclencheur de problèmes de santé mentale ou physique. De plus, les personnes sans-abri ne peuvent souvent pas « *prendre part à des occupations significatives* » et ont des « *répertoires occupationnels limités* ».

Le récit qu'elles évoquent (cité plus haut) est le récit d'Amie Tsang qui était à l'époque étudiante et qui souhaitait réaliser un stage auprès d'itinérants. Cette dernière a effectivement constaté « *que l'itinérance était une barrière importante à l'habilitation de l'occupation* » et elle a alors rédigé une demande de stage auprès d'un organisme offrant des services à des personnes sans domicile fixe. De part ce stage, il était espéré que « *l'ergothérapie permettrait de combler le manque apparent de services entre le secteur des services sociaux et le centre de santé, afin de mieux servir les clients* ». Durant ce stage, Amie Tsang constate une privation occupationnelle et un choix limité dans les occupations (dû à l'itinérance mais aussi à tout autre circonstance comme le handicap) chez ses clients. La demande de ces derniers concernait le besoin de parler à quelqu'un, avoir de l'aide pour trouver un logement mais aussi avoir quelque chose à faire, c'est-à-dire avoir un engagement occupationnel. Il leur a été proposé une activité significative, qui a très bien été acceptée et qui leur a donné un sentiment de participation significative.

Dans son article « Atelier d'Ergothérapie pour personnes sans domicile fixe » (1997), Myriam Descamps nous parle d'un atelier d'ergothérapie créé en 1991 et mis en place à Lille, au sein de l'ABEJ (Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse). Initialement, cet atelier avait pour but l'insertion et la réinsertion sociale

des personnes sans domicile fixe ou bien encore bénéficiant du RMI (Revenu Minimum Insertion) - aujourd'hui remplacé par le RSA (Revenu de Solidarité Active). L'atelier d'ergothérapie a notamment comme objectifs de favoriser la construction et la reconstruction de l'identité, de travailler sur la confiance et l'estime de soi, de permettre la reconstruction de relations sociales (base de l'insertion sociale) ainsi que d'aider la personne à sortir de « *l'identité d'assité* ». L'atelier tend à devenir un point de repère pour la personne afin de lui permettre de « *retrouver un rythme, un équilibre de vie, un but au quotidien* » mais aussi « *des repères sécurisants et structurants* » aux vues d'une réinsertion sociale. Mme Descamps précise qu'il « *est nécessaire d'établir une progression avec des objectifs réalisables pour que la personne puisse progressivement acquérir une autonomie de travail, se sentir valorisée et reprendre confiance en elle* ». « *Un projet individualisé et donc un encadrement structuré et structurant* » sont mis en place. Plusieurs activités médiatrices et créatives sont proposées et réalisées (la menuiserie, les sorties à but culturel, des sorties extérieures telles que les courses, et la cuisine) et chacune a des objectifs communs mais également différents. L'ensemble de ces activités et de ces objectifs favorisent ainsi la valorisation ainsi que la modification de l'image de soi et luttent contre la solitude et la monotonie de la vie chez ces personnes désinsérées. De plus, l'atelier d'ergothérapie, se réalisant en groupe, aide les personnes à réapprendre « *à entrer en relation autrement que par l'agressivité, le chantage ou l'assistanat* » et, plus globalement, à savoir comment retrouver une place au sein d'un groupe, au sein de la société.

1.2 Cadre conceptuel

1.2.1 Le terme « Sans Domicile Fixe »

Pour commencer, il me paraît essentiel de définir le terme que nous entendons le plus à l'heure actuelle : celui de SDF. Le terme de Sans Domicile Fixe est, selon le dictionnaire Larousse, la "*désignation officielle des vagabonds, des sans-abris*".

Pour l'Insee, « *une personne est qualifiée de « sans-domicile » un jour donné si la nuit précédente elle a eu recours à un service d'hébergement ou si elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune).* »

Pour M. André Gueslin, il existe une différence entre le terme ancien de vagabond et le terme plus actuel de SDF qu'il expose dans « D'ailleurs et de nulle part » (2013). En effet, les vagabonds avaient pour lui une bien plus grande itinérance, géographiquement parlant. Le terme SDF reflète également pour M. Gueslin "*une nécessité sociale*" actuelle, qui est de posséder un toit, un logement qui nous appartient.

Mme Véronique Mougin dans « Les SDF » (2005) soulève le fait que la notion de SDF englobe diverses populations, « *de l'alcoolique désocialisé qui vit sous un pont à la femme battue qui dort dans un centre d'urgence en attendant un HLM.* » (Habitation à Loyer Modéré). Elle explique que certains critiquent alors cette appellation de SDF, la trouvant trop homogénéisante, alors que d'autres la considèrent moins péjorative que celle de clochard.

Pour M. Jean Furtos, c'est la précarité sociale qui peut mener à l'auto-exclusion et ainsi à la peur de devenir un sans-abri. Il note effectivement une confusion entre les notions de précarité et de pauvreté dans « De la précarité à l'auto-exclusion » (2009). « *La pauvreté, c'est le fait d'avoir peu* » et elle est « *définie dans nos cultures [...] par des seuils* » (comme le RSA, en France). Ce qui distingue la pauvreté de la précarité est pour lui la méfiance : « *la différence entre la pauvreté et la précarité passe par l'apparition d'une méfiance généralisée* ». Il définit alors trois niveaux de précarité. En premier, « *la précarité ordinaire [...] : je suis précaire parce que seul, je ne peux pas vivre* ». Il donne alors l'exemple du nourrisson qui, s'il se retrouve seul, ne pourra s'alimenter ou encore se changer. En second, « *la précarité de la modernité [...] une précarité par rapport aux certitudes* ». Enfin, « *la précarité actuelle, portée par le capitalisme financier mondial* ». M. Furtos parle d'une atomisation des individus qui ne forment plus de molécules et se désolidarisent, créant une perte de confiance, à la fois en soi-même, en autrui mais aussi en l'avenir.

M. Furtos parlant d'auto-exclusion, M. Michel Autès considère l'exclusion comme « *quelque chose de l'ordre de la rupture du lien* » dans « L'exclusion, définir pour en finir » (2008). Il expose trois figures de l'exclusion. Tout d'abord, la disqualification qui « *est vue comme un phénomène de désintégration sociale* » et qui touche « *ceux qui ont perdu leur emploi, qui ont connu une rupture familiale* ». Puis la désinsertion créée par un enchaînement d'événements difficiles (par exemple perte d'emploi, maladie, divorce) amenant à un renoncement chez la personne et allant même jusqu'à la déchéance (autodestruction). Enfin, la désaffiliation ayant un rapport avec le lien sociétal, c'est-à-dire « *une perte d'appartenance des individus* ».

M. Autes y ajoute un quatrième terme : la déliaison, « *celle de la sphère économique à la sphère politique : ce qui les liait se fragilise* ».

Après avoir discuté des différences que l'on peut constater autour d'un seul et même mot, nous allons à présent aborder les notions de santé publique et communautaire.

1.2.2 Santé publique et communautaire

La santé publique, selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), correspond à « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif* ». Son champ d'action « *inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation.* »

La santé communautaire se définit comme l'implication de la communauté dans l'amélioration de sa santé. Elle fait partie du domaine de la santé publique et implique l'engagement et la participation de chacun.

Un rapport d'étude publié en 2011 par Planète Publique, une société de conseil en politiques publiques, indique que « *la santé communautaire fait partie intégrante de la santé publique en constituant une stratégie au sein des démarches de promotion de la santé. Sa spécificité est d'être populationnelle et non individuelle et de promouvoir et mettre en œuvre une vision globale et de proximité de la santé* ». Il ajoute que, « *s'appuyant sur le fait que des changements individuels peuvent être*

produits par le biais de l'implication dans une action collective, la santé communautaire met en œuvre une action collective locale. Ainsi, le groupe entier transforme ses normes, et une dynamique de changement peut se mettre en place ». Les objectifs de la santé communautaire, interagissent ensemble et sont : *« individuels (augmentation de l'estime de soi, diminution de certains comportements à risque), organisationnels (renforcement du dialogue entre habitants et administration, développement de l'entraide, élargissement de la coopération inter-professionnelle et inter-institutionnelle), collectifs (amélioration des conditions de vie dans un établissement scolaire ou un lieu de travail), sociaux (amélioration de la salubrité dans un quartier, amélioration de la sécurité sur un territoire) et politiques (engagement dans la vie politique) ».*

Ce rapport évoque deux atouts principaux concernant les actions de santé communautaire : elles *« favorisent le décroisement interprofessionnel et l'intersectorialité »* et elles visent *« la « capacitation » des gens, leur empowerment ; il s'agit de les mettre en capacité de s'impliquer et non de leur demander directement de participer ».*

Selon l'OMS et l'UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund, en français Fonds des Nations Unies pour l'Enfance), *« la participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement... S'il faut que la communauté ait le désir d'apprendre, le devoir incombe au système de santé d'expliquer et de conseiller ainsi que de fournir des renseignements clairs sur les conséquences favorables et dommageables des interventions proposées comme sur leurs coûts relatifs. ».*

Pour Fabrice Boudinet, *« la santé communautaire nécessite la participation des membres de la communauté à la gestion de leur santé individuelle et collective. Il y a une notion d'engagement de chaque individu. »*

1.2.3 Concept de participation et apparentés

Dans son article « Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs » (2008), Nadine Larivière définit le concept de participation sociale. Elle le distingue également d'autres concepts qu'elle qualifie d'apparentés au premier tels que l'intégration sociale et la participation occupationnelle.

Concernant la participation tout d'abord, Mme Larivière évoque la CIDIH (Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps) qui définit elle-même la participation comme « *l'implication de la personne dans des situations de la vie en relation avec des déficiences, activités, conditions de santé et facteurs contextuels* ». Mme Larivière y ajoute que cette participation « *peut être restreinte dans sa nature, sa durée ou son intensité* » et qu'elle « *inclut les dimensions suivantes : soins personnels, mobilité, échange d'information, relations sociales, éducation, travail, loisirs, spiritualité, vie économique, et vie civique et communautaire* ». Mme Larivière explique également que Jette, Haley et Kooyoomjian ont examiné les termes d'activité et de participation donnés par la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) et les distinguent. L'activité est pour eux « *une tâche physique simple qu'un adulte fait sur une base fréquente qui peut être quotidienne* » alors que la participation inclut des « *catégories de comportements de vie plus complexes qui peuvent être réalisés avec une variété de tâches ou d'actions* ».

Dans son article « Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle » (2017), Mme Hammell ajoute que « *la participation à la vie à travers l'occupation est un déterminant de la santé [...], et la mesure selon laquelle les gens ont le contrôle de leur vie de même que des possibilités de participer pleinement à la société est un déterminant puissant, non seulement de leur santé et de leur bien-être, mais également de leur qualité de vie et de leur espérance de vie* ».

A propos de la participation sociale, Nadine Larivière reprend la définition donnée par le modèle conceptuel du PPH (Processus de Production du Handicap)

de Fougeyrollas et qui est la « *pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre 1) des facteurs personnels intrinsèques liés aux systèmes organiques et aux aptitudes et 2) des facteurs extrinsèques environnementaux sociaux ou physiques* ». Elle y ajoute que « *les habitudes de vie réfèrent aux activités courantes qui sont réalisées sur une base quotidienne ou à des fréquences variées dans les domaines de la nutrition, la condition corporelle (bonne forme du corps et de l'esprit), les soins personnels (habitudes de vie liées au bien-être corporel d'une personne telles que les soins corporels, l'habillement et l'utilisation des services de santé), la communication, le logement et les déplacements* » mais qu'elles « *incluent aussi les rôles sociaux tels que les responsabilités, les relations interpersonnelles, la vie communautaire, l'éducation, le travail et les loisirs qui sont valorisés par la personne elle-même ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle)* ». Pour Mme Larivière, réduire la réalisation de ces habitudes de vie conduit à une situation de handicap.

Mme Larivière constate que l'on retrouve le concept de participation occupationnelle dans le modèle conceptuel de l'occupation humaine de Kielhofner. Elle y est définie comme « *l'engagement dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne qui sont souhaitées et/ou nécessaires au bien-être de la personne* ». Pour Nadine Larivière, cette participation est à la fois personnelle et contextuelle. En effet, elle est influencée par l'engagement de la personne (selon ses motivations, ses habitudes, ses habiletés, limites etc) mais aussi par l'environnement de cette personne (considéré comme levier ou frein).

Pour finir, Mme Larivière donne la définition de Wolfensberger et Thomas concernant l'intégration sociale : « *il y a intégration lorsque les gens participent publiquement les uns avec les autres dans des activités, en des lieux et en quantité culturellement normatifs. Ce terme sert principalement à désigner l'inclusion et la participation de personnes dévalorisées avec celles qui ne le sont pas. L'intégration peut être d'inexistante à considérable et peut être physique et sociale* ».

De cette définition, Nadine Larivière conclut que la participation est antérieure à l'intégration en considérant qu'une « *personne ayant des incapacités ne peut pas être intégrée à une activité telle que le travail si elle n'y participe pas.* » Cependant, elle ajoute qu'une personne ayant des incapacités mais une très bonne participation sociale ne peut pas être intégrée dans la société puisque qu'elle n'exerce qu'avec

des personnes ayant elles-mêmes des incapacités, ou bien encore, dans un milieu protégé.

1.2.4 Droits occupationnels

Avant de définir le terme de « droits occupationnels », intéressons nous au terme de « droit ». Selon le dictionnaire Larousse, le droit est « *l'ensemble des règles qui régissent les rapports des membres d'une même société ; légalité* » ou est encore la « *faculté, légalement ou réglementairement reconnue à quelqu'un par une autorité publique, d'agir de telle ou telle façon, de jouir de tel ou tel avantage* ».

Dans le dictionnaire juridique, Serge Braudo définit quant à lui le droit comme « *l'ensemble des dispositions interprétatives ou directives qui à un moment et dans un Etat déterminés, règlent le statut des personnes et des biens, ainsi que les rapports que les personnes publiques ou privées entretiennent* ».

Karen Whalley Hammell emploie quant à elle le terme de « droits occupationnels » (qu'elle définit comme « *le droit de toute personne à s'engager dans des occupations significatives qui contribuent positivement à leur bien-être personnel et au bien-être de leurs communautés* ») dans son article « Participation et occupation : la nécessité d'une perspective des droits de la personne » (2015). Dans ce dernier, elle y cite la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (FME) qui « *affirme le droit humain à l'occupation, et soutient que ce droit devrait être assuré par un accès égal à la participation, indépendamment des différences.* » Mme Hammell ajoute que cette fédération « *reconnaît que les abus contre le droit humain à l'occupation peuvent se présenter sous la forme d'une exclusion économique, sociale ou physique, par le biais de barrières attitudinales ou physiques, ou par le contrôle de l'accès aux connaissances, aux compétences, aux ressources nécessaires ou à celui des lieux où s'organise l'occupation* ».

Elle met également en parallèle la « Convention sur le droit des personnes handicapées » des Nations Unies de 2006, que nous avons évoqué plus haut, et les inégalités constatées au sein de la population face à leurs aspirations occupationnelles. En effet, cette convention prône notamment l'égalité des

possibilités, de la participation, mais aussi l'inclusion sociale et l'accessibilité tandis que des personnes en situation de handicap ne disposent pas d'opportunités équitables.

Mme Hammell met en lien cette constatation avec l'ergothérapie en notant que « *nous avons porté moins d'attention à l'évaluation des contextes personnels afin de déterminer si ceux-ci permettent aux personnes d'effectuer les occupations qu'elles voudraient faire ou qu'elles ont le droit de faire* ». Elle constate que de nombreuses évaluations existent et sont utilisées pour identifier et analyser des dysfonctionnements mais qu'à contrario, un engagement moindre est démontré lorsqu'il « *s'agit d'évaluer et d'aborder les inégalités sociales structurelles qui désavantagent et paralysent les populations qui souffrent de déficiences et qui empêchent l'égalité des possibilités occupationnelles, et qui simultanément avantage les groupes sociaux dominants* ».

Ainsi, pour Karen Whalley Hammell, les évaluations doivent mesurer les habiletés des individus mais aussi explorer les possibilités occupationnelles, les droits occupationnels et la participation. De ce fait, « *les chercheurs ergothérapeutes doivent s'engager à offrir aux cliniciens des connaissances et des outils leur permettant d'évaluer et de confronter les forces qui restreignent les options occupationnelles et qui violent les droits occupationnels des personnes en situation de handicap et de celles qui sont marginalisées* ».

De surcroît, elle développe ses idées dans son article « Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle » (2017). Dans le but de donner une place plus importante à l'ergothérapie au sein de la société, Mme Hammell souhaite se questionner et se concentrer sur le bien-être humain, en particulier sur l'apport de la participation occupationnelle au bien-être et par extension « *sur le droit de toute personne à des possibilités et des choix occupationnels équitables* ». Pour se faire, elle cite tout d'abord la définition de l'occupation apportée par la Fédération mondiale des ergothérapeutes (FME), qui rapporte à « *toutes les choses que les gens font dans leur vie de tous les jours* ». Ensuite, elle remarque que les occupations sont divisées en trois principaux domaines dans les modèles conceptuels en ergothérapie : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Toutefois, elle fait « *partie de ceux qui sont troublés par la*

prémisse apparente selon laquelle ces trois catégories englobent seulement les types d'occupation ou les buts de l'occupation qui sont valorisés par les être humains, qui contribuent au bien-être humain et qui sont pertinents pour les ergothérapeutes ». Elle fait également partie de ceux « *qui considèrent que ces catégories sont non-empiriques, simplistes et individualistes, dictées par des valeurs et des cultures spécifiques, artificiellement restrictives, et non adaptées aux différences culturelles* ». Pour Mme Hammell, notre profession s'est focalisée sur ces trois domaines principaux et ne s'est pas concentrée sur le lien entre l'occupation et le bien-être humain. Ainsi, l'ergothérapie n'a pas pu démontrer sa valeur et son importance sociale, profession qui pourtant « *se consacre à l'amélioration du bien-être par la participation occupationnelle* » selon Mme Hammell.

De plus, l'ergothérapie d'aujourd'hui étant tournée vers l'individualisme, Mme Hammell constate que « *notre profession a [...] obscurci le fait qu'il est important, pour atteindre le bien-être humain, d'éprouver un sentiment d'appartenance en prenant part à des occupations interdépendantes, collectives, collaboratives et conjointes – des occupations entreprises avec les autres – et il ne faut pas sous-estimer à quel point cela est important* ». Ce constat se confirme lorsqu'elle observe les modèles actuels en ergothérapie et leur potentielle omission de « *cette dimension importante qu'est le bien-être [...], une dimension qui est l'un des principaux facteurs intrinsèques de la participation occupationnelle pour de nombreuses personnes dans le monde* ». Elle considère que « *nous pourrions plutôt identifier les caractéristiques d'une vie porteuse de sens qui sont reconnues comme des facteurs favorables au bien-être humain, puis faire une recherche pour déterminer quelles occupations répondent à ces dimensions importantes pour telle personne, tel groupe ou telle communauté* » mais aussi que « *nous pourrions peut-être explorer les résultats que les gens valorisent et qui contribuent à leur bien-être, puis considérer comment il serait possible de combler ces besoins [...] par leur participation occupationnelle* ».

Concernant le bien-être, elle identifie un besoin fondamental qui est de prendre soin de soi (dormir, boire, se préparer à manger et se restaurer, avoir un logement et des sanitaires, faire attention à son hygiène etc.) mais aussi d'autres besoins qu'elle considère importants comme « *le besoin d'éprouver un sentiment d'appartenance et de se sentir lié à des familles, des amis et des communautés [...]*,

le besoin intrinsèque et la responsabilité de prendre soin des autres et de contribuer à leur bien-être, le besoin d'avoir conscience de sa propre valeur [...], le besoin d'avoir et d'exprimer du plaisir et un but dans sa vie [...], le besoin d'avoir la capacité et la possibilité de faire des choix » ou encore « *le besoin d'éprouver un sentiment d'espoir et de cohérence en entrevoyant la possibilité de poursuivre dans l'avenir des rôles et occupations que l'on valorise* ». Tous ces besoins peuvent être comblés à travers l'occupation, ce qui donne un rôle primordial à la participation occupationnelle et une « *pertinence, valeur et importance sociale* » au métier d'ergothérapeute.

Mme Hammell explique dans son article que l'ergothérapie est aujourd'hui orientée vers le réhaussement des capacités (physiques, cognitives, santé mentale) de certaines personnes afin de favoriser leur participation dans certaines de leurs occupations (notamment au niveau des soins personnels et de l'activité professionnelle). Elle tend à dire que l'ergothérapie devrait « *promouvoir la santé et le bien-être à travers l'occupation* » et ce, pour tout individu. Autrement dit, l'occupation ne serait plus le but à atteindre mais un moyen utilisé afin d'optimiser la participation occupationnelle favorable au bien-être de toute personne. En effet, Mme Hammell parle d'une offre de possibilités égales à chacun, en évoquant la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes (FME) qui déclare que « *les ergothérapeutes peuvent travailler avec toutes les personnes [...] qui sont limitées dans leur participation ou qui sont socialement exclues* ». Pour cette auteure, « *il est possible de promouvoir le bien-être [...] par une participation occupationnelle signifiante qui favorise l'estime de soi, qui procure un sentiment d'utilité et donne un sens à la vie, qui rend possible des choix et la possibilité de contribuer et qui suscite l'espoir* ».

Il est à noter que même si Mme Hammell prône la participation occupationnelle en faveur du bien-être, elle observe que certaines occupations peuvent être « *déshumanisantes, dégradantes, vides de sens, ennuyeuses, humiliantes et frustrantes [...], illégales et avoir un impact négatif sur le bien-être* » et que certaines personnes « *n'ont pas la capacité de choisir de ne pas s'engager dans des occupations qui mettent en péril leur santé, leur bien-être et leur survie* ». Face à ce constat, nous pouvons, et notamment en tant qu'ergothérapeute, tenter de « *rehausser le bien-être en aidant les gens à participer à des occupations qui répondent à leurs besoins et qui sont en accord avec leurs valeurs* ». Pour se faire,

Mme Hammell souligne l'importance sociale de l'ergothérapie qui « *devra élargir sa portée au-delà de sa « portée médicale » individualiste et basée sur le handicap, pour interroger les désavantages sociaux qui limitent tant de gens et les empêchent de participer ou de continuer de participer à des occupations* ». Elle ajoute que « *notre profession [...] devra adopter une forme de pratique qui sera centrée non seulement sur les fonctions et les capacités des gens, mais également sur leur bien-être et leurs possibilités : c'est-à-dire les occasions qui leur sont offertes de faire ce qu'ils ont la capacité de faire* ». Nous terminerons avec une déclaration de la FME qui amène à réfléchir sur l'avenir de cette profession et ses possibilités d'action : « *l'ergothérapie contribue à la santé générale de la société et des individus en revendiquant le droit pour tous de participer à des occupations significantes et utiles, sans restriction liée au diagnostic médical, à la stigmatisation et aux préjugés sociaux* ».

1.2.5 Justice occupationnelle

Dans leur article « Application d'un cadre relatif à la justice occupationnelle » (2010), Lynda Wolf, Jacquie Ripat, Ellen Davis, Pam Becker et Jane MacSwiggen reprennent la définition de Wilcock et Townsend concernant la justice occupationnelle. C'est « *un terme qui met l'accent sur les droits, les responsabilités et les libertés qui permettent à un individu d'être en santé et d'avoir une bonne qualité de vie en participant à des occupations* ». De ce terme découle naturellement celui d'injustices occupationnelles. Pour ces auteures, le fait de ne pas avoir accès « *aux possibilités ou aux ressources physiques, sociales, économiques ou culturelles susceptibles de favoriser leur participation* » à des occupations significatives, est source d'injustice occupationnelle. Elles évoquent quatre termes permettant de cibler plus précisément le type d'injustice occupationnelle.

Il y a tout d'abord la privation occupationnelle qui peut être entraînée par « *l'absence de possibilités de participer ou de ressources pour participer à des occupations* ». Ensuite, l'aliénation occupationnelle qui « *peut se produire lorsqu'une personne est tenue de participer à des occupations qu'elle considère peu significatives, peu reconnues ou peu valorisées* ». Puis, la marginalisation

occupationnelle qui « *peut se manifester lorsque des personnes n'ont pas le pouvoir de faire un choix occupationnel ou lorsque des personnes sont marginalisées en raison d'une maladie ou d'un handicap* ». Enfin, le déséquilibre occupationnel qui « *peut survenir lorsqu'un individu est sans emploi ou sous-employé et qu'il n'est pas suffisamment occupé* ».

Concernant l'application d'un cadre de justice occupationnelle en ergothérapie, les auteures affirment que « *les ergothérapeutes doivent changer leur façon de concevoir les facteurs défavorables à la participation occupationnelle d'un client* ». Le but serait de « *cibler les barrières environnementales et systémiques qui empêchent le client de participer à des occupations qui favorisent sa santé et sa qualité de vie* » afin de formuler un problème en fonction de la justice occupationnelle. Ainsi, en tant qu'ergothérapeute, « *le défi est d'être à l'affût des injustices occupationnelles et de réagir à celles qui se produisent présentement, de manière à promouvoir la justice occupationnelle dans l'avenir* ».

Le terme d'« injustice occupationnelle » est quant à lui notamment employé par Mme Hammell dans son article « Possibilités en matière de bien-être : Le droit à la participation occupationnelle » (2017) qui évoque le fait qu'« *il y a injustice occupationnelle lorsque les droits occupationnels d'une personne sont entravés et lorsque les possibilités qui s'offrent à elle sont limitées, de manière inéquitable* ».

C'est ainsi que nous arrivons à une question de recherche :

En quoi la réponse ergothérapique au droit occupationnel des personnes sans domicile fixe peut-elle favoriser la réinsertion de ces personnes ?

1.3 Hypothèses

A la suite de ces recherches, mes hypothèses sont les suivantes :

→ L'ergothérapie donne les moyens aux personnes sans domicile fixe de pouvoir bénéficier de leur droit occupationnel, en optimisant et diversifiant leur participation occupationnelle.

→ La mise en place d'ateliers répond à la participation occupationnelle et favorise la réinsertion et l'inclusion sociale.

2 Phase expérimentale

2.1 Choix de la méthode employée pour le recueil de données

Dans le but de valider ou d'invalider mes hypothèses, j'ai choisi de réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes travaillant au contact de personnes sans domicile fixe. J'ai effectivement choisi cet outil, en supposant que peu d'ergothérapeutes pratiquaient auprès de cette population et qu'alors, je ne pourrai récupérer que trop peu de résultats en proposant des questionnaires. En effet, aux vues du nombre d'articles français trouvés concernant l'accompagnement en ergothérapie auprès des personnes sans-abri, je supposais que je n'allais pas pouvoir échanger avec beaucoup d'ergothérapeutes. De plus, durant mes recherches théoriques, j'avais en effet pu constater qu'une seule équipe mobile existait en France pour accompagner les personnes sans domicile fixe.

En choisissant cet outil, je souhaitais également être dans l'échange et plutôt dans le qualitatif que le quantitatif. Je voulais ressentir le côté humain de ce travail, plutôt que d'analyser des questionnaires sans réels échanges avec mes futur(e)s collègues.

Je souhaitais aussi avoir l'opportunité de pouvoir rebondir sur leurs propos pour que l'échange soit le plus complet et le plus enrichissant possible.

Ainsi, j'ai effectué des recherches sur internet, en me dirigeant vers des SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) sociaux et des CCAS (Centre Communal d'Action Sociale). L'un de ces CCAS a pu me mettre en contact avec une ergothérapeute travaillant au sein d'une équipe mobile, que j'ai pu interroger par la suite. J'ai également lu un article sur Internet, qui m'a permis de trouver le nom d'une structure où travaillait une ergothérapeute, avec qui j'ai pris contact et que j'ai également pu interroger. Enfin, grâce à un réseau social où j'ai pu trouver un groupe

d'ergothérapeutes échangeant sur divers sujets, diverses situations et sur leur pratique respective, j'ai pu demander si certains de ces professionnels exerçaient ou avaient exercé auprès des personnes sans-abri et j'ai pu avoir une réponse positive.

J'ai donc pu interroger trois ergothérapeutes (ANNEXE III, ANNEXE IV, ANNEXE V) exerçant à l'heure actuelle auprès de personnes sans domicile fixe. Pour se faire, nous avons réalisé des entretiens téléphoniques, plus facile pour nous étant donné la distance qui nous séparait et nos contraintes d'emploi du temps respectives. J'ai obtenu l'autorisation d'enregistrement et de retranscription (ANNEXE II) de la part des trois ergothérapeutes.

Avant la réalisation de ces trois entretiens, j'ai construit une grille d'entretien (ANNEXE I) comprenant différentes sections et treize questions. Ces sections concernent la connaissance de la personne interrogée, la connaissance de la structure dans laquelle la personne interrogée exerce, le droit occupationnel, le type d'accompagnement et le travail pluridisciplinaire.

A travers la première section, je souhaitais faire connaissance avec la personne interrogée, notamment connaître l'année d'obtention de son diplôme dans le but de pouvoir comparer les pratiques et points de vue selon les formations suivies à différentes époques. Il était également important pour moi de savoir depuis quand elles exerçaient auprès des personnes sans domicile fixe, dans le but de pouvoir constater tout ce qu'elles avait pu mettre en place depuis leur arrivée dans la structure. Je souhaitais aussi savoir quelles avaient été leurs motivations pour travailler auprès des personnes sans-abri.

Je trouvais intéressant d'interroger la personne sur la structure dans laquelle elle exerçait, afin de connaître les grands objectifs de cette structure, dans quel but elle avait été créé mais aussi, qui la finance afin de constater ou non, l'implication de l'Etat dans la prise en charge des personnes sans domicile fixe.

A travers ma grille d'entretien, mon but était également d'interroger l'ergothérapeute sur l'équipe dans laquelle elle travaille et les objectifs de chacun des professionnels

constituant cette équipe. Les informations obtenues me permettent de comparer les objectifs de chacun et de pouvoir constater le rôle et la place de chacun.

Concernant le droit occupationnel, j'ai choisi d'apporter une définition avant de poser mes questions afin que nous soyons sûres de parler de la même chose. Ces questions ont pour but de savoir si l'ergothérapeute interrogée est confrontée à une restriction du droit occupationnel chez les personnes qu'elle accompagne et si oui, quels sont ses objectifs et les moyens qu'elle met en place pour pallier à cette restriction. Ces questions sont donc en rapport avec ma question de recherche. Les réponses obtenues à ces questions ont pour but de confirmer ou non ma première hypothèse.

La section sur le type d'accompagnement me permet de me renseigner sur les méthodes d'accompagnement mis en place par l'ergothérapeute interrogée. Au travers de ces questions, je peux savoir si des ateliers sont mis en place et dans quels buts, afin de pouvoir confirmer ou non ma seconde hypothèse.

La question sur les résultats obtenus a pour objectif de mettre en valeur le travail de l'ergothérapeute et de pouvoir interroger la personne sur la plus-value de l'ergothérapie dans l'accompagnement des personnes sans domicile fixe.

2.2 Résultats et analyse des données

2.2.1 Ergothérapeutes interrogées

Comme dit précédemment, trois ergothérapeutes exerçant actuellement auprès des personnes sans-abri ont répondu à mes questions.

La première ergothérapeute, que nous appellerons E1, est diplômée depuis un an et accompagne, à temps plein, des personnes sans domicile depuis l'obtention de son

diplôme. Elle m'explique avoir été amenée à travailler auprès de ces personnes en découvrant la structure dans laquelle elle exerce aujourd'hui durant la réalisation de son mémoire de fin d'études qu'elle effectuait sur l'addictologie.

La seconde ergothérapeute, que nous nommerons E2, est diplômée depuis 7 ans et accompagne également les personnes sans domicile fixe depuis un an. Elle occupe un poste à mi-temps et m'indique qu'elle a « *un intérêt spécifique pour le domaine de la précarité* » depuis qu'elle est étudiante.

E3, désignant la troisième ergothérapeute, est quant à elle diplômée depuis 19 ans et exerce, à temps plein, auprès des personnes sans-abri depuis 5 ans. Elle souhaitait quitter le milieu hospitalier et avoir une expérience sociale.

On constate que deux d'entre elles (E1 et E2) ont évoqué le fait qu'elles avaient un attrait pour la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes en situation de précarité depuis leur formation en ergothérapie. Nous pouvons alors penser que ce choix professionnel est la résultante d'une motivation très personnelle.

2.2.2 Structures dans lesquelles exercent les ergothérapeutes

E1, E2 et E3 travaillent dans trois structures différentes.

E1 exerce dans un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues). Cette structure est récente et existe depuis 5 ans. C'est une association n'hébergeant pas de personnes sans domicile fixe. E1 m'a précisé que son diplôme était « *juste un plus* » étant donné qu'elle travaillait dans de l'associatif. C'est-à-dire que le poste qui s'est ouvert n'était pas exclusivement réservé à des candidats ergothérapeutes.

E2 pratique dans une équipe mobile psychiatrie-précarité. Cette équipe existe depuis une vingtaine d'années et le poste d'ergothérapeute a été créé il y a un an. C'est donc la première ergothérapeute exerçant dans cette équipe.

E2 me précise que c'est la seule équipe mobile existant actuellement en France.

E3 exerce au sein d'une association existant depuis 30 ans, accueillant et hébergeant les personnes sans-abri ayant besoin de soins médicaux, au contraire

des deux autres ergothérapeutes. La durée d'hébergement est déterminée en fonction des soins médicaux que les personnes doivent recevoir. Certains restent aussi pour une durée indéterminée, au FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé).

Nous retenons donc que des structures existent pour prendre en charge les personnes sans-abri, notamment pour prendre en charge leur santé. Ajoutons tout de même qu'une seule équipe mobile existe en France et que les postes d'ergothérapeute dans ces structures ont été créés assez récemment et dans un second temps.

2.2.3 Bénéficiaires de ces structures

Ces structures bénéficient à une large population, cependant à des personnes toutes en situation de précarité, sans logement ; des personnes consommant ou ayant consommé de la drogue et/ou de l'alcool, une population marginalisée, une population migrante, des personnes ayant des troubles psychiatriques, des troubles cognitifs, un handicap physique, une maladie, ou encore des personnes nécessitant de soins.

Pour proposer un accompagnement à ces personnes, les professionnels exerçant dans ces structures réalisent des maraudes (E1) ou bien encore se rendent dans différents centres d'accueil et d'hébergement (E2).

Les maraudes, encore appelées « tournées de rue » sont des marches effectuées dans les rues et qui ont pour but d'aller à la rencontre des personnes sans domicile fixe pour leur apporter une aide, quelle qu'elle soit. Ces maraudes permettent également de tenter d'instaurer une relation et de créer une alliance thérapeutique.

E1 et E2 m'indiquent également qu'au fur et à mesure, les personnes sans-abri prennent confiance et viennent par eux même vers les associations, dans leurs locaux.

2.2.4 Financement de ces structures

Les structures sont toutes financées par les ARS (Agence Régionale de Santé), ce qui révèle l'engagement et l'investissement des politiques. Néanmoins, elles dépendent également des dons et des financements de partenaires, ce qui prouve l'importance des coûts engendrés par ces structures.

2.2.5 Grands objectifs de ces structures

A la création de ces structures, leurs grands objectifs généraux de ces dernières étaient d'aider les personnes à prendre en charge leur santé globale, de permettre l'accès au soin, de faire de la prévention et de créer une accroche/alliance thérapeutique.

2.2.6 Rôles et missions de l'ergothérapeute au sein des structures

Les rôles et les missions spécifiques aux ergothérapeutes se sont donc développés à leur arrivée.

E1, E2 et E3 m'expliquent que leur but est de redonner des envies et des objectifs aux personnes qu'elles rencontrent. Elles souhaitent aussi créer du lien social, des échanges avec leurs pairs, valoriser les personnes, leur estime de soi, mettre en avant leurs compétences, « *leur montrer qu'ils peuvent faire des choses et qu'ils ont le droit de faire des choses* ». Elles ont également comme but de les rendre autonomes, et de leur permettre d'avoir des activités dans leurs journées.

E2 ajoute qu'il est important pour elle de favoriser leur participation occupationnelle et leur engagement occupationnel, d'avoir un but de réhabilitation psychosociale et de « *rebooster leur identité occupationnelle* ». Elle estime avoir un « *accompagnement de type communautaire* », c'est-à-dire travailler avec la communauté, se mettre en lien avec des associations et réunir les différentes

populations. Ainsi, E2 a pour but de permettre aux personnes sans-abri d'être actrices de leur prise en charge, de leur permettre de s'approprier leur propre santé et leur propre bien-être tout en impliquant la communauté dans cette prise en charge.

E3 ajoute également que, de part le fonctionnement de l'institution dans laquelle elle exerce, elle a aussi un but de rééducation fonctionnelle, en travaillant l'équilibre, les transferts, le renforcement musculaire et la coordination.

On constate que les missions de l'ergothérapeute auprès de la population des sans-abri sont multiples ; permettre la valorisation et la remise en confiance de la personne, donner les moyens d'accéder aux activités et au droit de réaliser ces activités ainsi que permettre la création de liens sociaux et de liens avec la communauté pour favoriser la réinsertion.

2.2.7 Droit occupationnel

Après leur avoir donné ma définition de droit occupationnel, qu'elles ont comprise et validée, les deux premières ergothérapeutes interrogées estiment que les personnes qu'elles accompagnent sont confrontées à une restriction de ce droit occupationnel.

E1 m'indique que certains, notamment les migrants, ne connaissent pas les lieux et donc ne savent pas où se renseigner pour trouver des activités à réaliser. De plus, elle m'indique que beaucoup ds structures demandent un document prouvant où vous habitez pour vous inscrire aux activités (par exemple la piscine). Ainsi, les personnes sans-abri n'ayant pas de logement, ne peuvent s'inscrire et donc participer à des activités.

E2 m'explique que les personnes sans domicile fixe sont confrontées à des vraies ruptures occupationnelles, n'ayant pas accès à diverses activités (telles que se faire à manger ou encore des activités de plaisir et/ou de loisirs).

2.2.8 Objectifs et moyens déterminés pour pallier à la restriction du droit occupationnel

Pour pallier à cette restriction de droit occupationnel, des objectifs et des moyens ergothérapeutiques sont mis en place.

Les objectifs cités pour pallier à ces restrictions sont de mettre en activité les personnes qu'elles accompagnent, de les orienter vers des associations, de les accompagner sur l'extérieur (notamment pour leurs démarches administratives), de favoriser l'engagement et la participation occupationnelle à travers l'activité ou l'intégration dans la communauté et de travailler la réintégration. E2 a en effet comme objectif « *de ne pas les laisser toujours dans la précarité et d'essayer que les gens (de la rue mais aussi ceux qui ne sont pas à la rue) se connaissent, se mélangent, arrêtent de se stigmatiser et se comprennent* ». Elle a ainsi pour but de réunir les populations, ce qui est réellement un objectif de santé communautaire.

Ces objectifs sont déterminés selon les demandes des personnes – elles sont alors actrices de leur prise en charge - mais aussi selon les résultats obtenus à la suite du bilan d'autonomie et en fonction des difficultés observées et rencontrées. E2 et E3 réalisent effectivement des bilans d'autonomie chez les personnes qu'elles accompagnent.

Des objectifs de rééducation sont également présent pour E3, qui travaille dans une structure accueillant les personnes pour des soins médicaux, au contraire des deux autres ergothérapeutes.

Les moyens cités et utilisés pour répondre à ces objectifs sont l'accompagnement, la valorisation et l'implication des personnes sans-abri. Mais c'est aussi de « *les considérer au même niveau* » (c'est-à-dire instaurer une relation symétrique, sans qu'il y ait de hiérarchie ou de supériorité entre les professionnels et les personnes sans-abri), de leur proposer des activités qui leur font plaisir, qui permettent l'expression et qui sont déterminées en fonction de ce qu'ils aiment.

Ainsi, avec les réponses obtenues, nous pouvons dire que ces trois ergothérapeutes, offrent une participation occupationnelle aux personnes sans domicile fixe par le biais d'ateliers individuels ou en groupe. Ces différentes activités permettent de montrer à ces personnes qu'elles existent et qu'elles sont autorisées à

accomplir ce qu'elles souhaitent réaliser. Elles ont également pour objectif de rendre les personnes sans domicile fixe responsables de leur santé et de leur parcours de soin, toujours dans cet esprit d'accompagnement de type communautaire.

2.2.9 Modalités d'accompagnement

Les trois ergothérapeutes interrogées ont mis en place divers ateliers : jardinage, pâtisserie, écriture, sport collectif, relaxation, atelier autonomie, gym douce, équilibre, pédalier, danse, atelier mémoire, poésie, expression (verbale et non verbale) et activités artisanales (vannerie, poterie, cartonnage, peinture, décoration de pots de fleur, action jardinage avec vente de plants potagers...). Leurs accompagnements peuvent se faire soit en individuel, soit en groupe.

E1 ajoute qu'elle réalise également des maraudes avec des personnes sans-abri devenues bénévoles au sein de l'association, ce qu'elle considère comme une réelle activité pour ces personnes.

E2 souhaiterait mettre en place un atelier arts plastiques prochainement et des projets de courts métrages et de street art.

Les ateliers équilibre et pédalier mis en place par E3 sont destinés aux personnes nécessitant de la rééducation.

2.2.10 Participation occupationnelle

Les trois ergothérapeutes interrogées estiment favoriser la participation occupationnelle chez les personnes sans-abri. Elles expliquent que « *ce sont le retour* » qu'elles ont de ces personnes. Elles ajoutent aussi que les moyens mis en œuvre aident les personnes à les restructurer, à rythmer leur vie, à avoir une motivation, les incitent également à moins consommer, leur font se sentir capable de faire des choses, leur permettent d'avoir des projets et de les relancer dans une dynamique.

E2 ajoute que le but est qu'ils aient une place au sein de la société.

E3 souligne que l'activité leur permet d'oublier les choses qui ne sont pas bonnes pour elles.

Ainsi, on en déduit que la proposition d'ateliers aux personnes sans domicile fixe leur permet de participer, de s'impliquer dans une activité et ainsi, d'optimiser leur participation occupationnelle.

De plus, on remarque que les différents ateliers proposés permettent une diversification de l'offre et permettent une possibilité de choix aux personnes sans-abri.

2.2.11 *Equipe pluridisciplinaire*

Les trois ergothérapeutes interrogées travaillent au sein d'une équipe. Une petite équipe pour E1, qui ne comptent que trois professionnels, pour tout un département. Une équipe de 10 professionnels pour E2 et une équipe plus importante pour E3.

Elles travaillent plutôt majoritairement seules lors de leurs accompagnements. Néanmoins, il y a véritablement un travail d'équipe lors des mauraudes afin d'aller à la rencontre des personnes dans le but de créer une alliance thérapeutique.

2.2.12 *Objectifs des différents professionnels constituant l'équipe pluridisciplinaire*

Lorsque j'ai demandé aux ergothérapeutes si les autres professionnels constituant leur équipe pluridisciplinaire avaient également un objectif de participation occupationnelle, elles m'ont répondu que cet objectif n'était pas au centre de leurs pratiques et qu'ils avaient, selon elles, plutôt des objectifs plus spécifiques, en lien avec leurs métiers.

Pour citer quelques exemples, E1 m'a indiqué que l'infirmier a des objectifs de prévention concernant notamment les risques liés à l'injection ou encore liés aux

mélanges de plusieurs produits psycho-actifs. E3 m'a quant à elle expliqué que les aides-soignants ainsi que les AMP (Aide Médico-Psychologique) ont des objectifs de soin et d'accompagnement (veillent à ce que les personnes prennent leur douche, fassent le ménage dans leur chambre etc) et que les masseurs-kinésithérapeutes vont avoir un objectif de rééducation fonctionnelle. Les psychologues et médecins psychiatres, collègues de E2, vont particulièrement évaluer l'évolution de la pathologie psychiatrique pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

Ces informations montrent que les objectifs déterminés et les moyens mis en œuvre par les ergothérapeutes interrogées exerçant auprès des personnes sans domicile fixe ne sont pas observables dans la pratique professionnelle de leurs collègues. La pratique en ergothérapie auprès de ces personnes est donc singulière et complémentaire des autres pratiques. Ces entretiens et les résultats obtenus montrent la plus-value de l'ergothérapie dans l'accompagnement des personnes sans domicile fixe.

E1 a ajouté que ses collègues « *se reconnaissent dans les valeurs des ergothérapeutes* », adhèrent et comprennent leur pratique. De plus, E2 m'a expliqué que, lorsqu'elle était absente, une collègue infirmière prenait le relai sur l'un de ses ateliers (l'atelier relaxation), ayant compris ce qu'apportait cet atelier aux personnes qui en bénéficiaient mais aussi, dans le but d'apporter une continuité dans les soins. E2 m'a aussi parlé du fait que ses collègues avaient constaté un réel intérêt de relancer l'activité pour les patients depuis l'arrivée d'un ergothérapeute au sein de l'équipe.

Ainsi, nous pouvons en conclure que la pratique en ergothérapie auprès des personnes sans domicile fixe est reconnue comme nécessaire et importante par les collègues des ergothérapeutes interrogées. Ces derniers ont effectivement constaté la nécessité de postes d'ergothérapeute au sein d'équipe travaillant auprès de personne sans domicile fixe.

2.2.13 Résultats obtenus jusqu'à ce jour

Des personnes sorties de la rue, devenues bénévoles au sein de l'association ou encore des personnes en demande, prenant plaisir à faire des ateliers et investies sont des exemples qu'elles citent lorsque je leur demande quels résultats elles ont obtenus depuis qu'elles exercent auprès de cette population.

E3 ajoute néanmoins qu'elle constate retrouver régulièrement les mêmes personnes, elle parle d'un « *éternel recommencement* ».

E1 me donne l'exemple d'une personne qui était dépendante lorsqu'elle l'a rencontrée, qui a réussi à se stabiliser, qui est désormais bénévole au sein de l'association et qui a trouvé un logement.

E2 quant à elle me parle d'un jeune migrant qui, grâce à l'atelier pâtisserie notamment, a réussi à trouver un emploi de cuisinier, une chambre et des amis au sein de l'association Emmaüs.

Avec ces exemples, nous constatons que l'accompagnement des personnes sans-abri au sein des structures les accueillant est temporaire et qu'il est un tremplin pour réenvisager l'avenir, avoir des motivations, des envies et des buts pour leur avenir. En effet, les différents ateliers proposés par les ergothérapeutes permettent de révéler des intérêts chez certaines personnes et ainsi de les orienter vers une pratique professionnelle. Ces ateliers permettent également aux personnes de retrouver un lien social, une stabilité mais aussi d'obtenir une reconnaissance en apportant une aide aux autres personnes.

2.2.14 Limites dans la pratique en ergothérapie auprès des personnes sans-abri

Ce que nous pouvons également retenir de ces entretiens ce sont les limites constatées à la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile fixe. Effectivement deux ergothérapeutes me confient manquer de temps et manquer de moyens.

E2, qui est à mi-temps, souhaiterait par exemple avoir davantage de temps afin de pouvoir travailler sur ses projets (projets street art et courts métrages) et diversifier l'offre.

Les ergothérapeutes interrogées constatent aussi un manque de professionnels et un manque de postes au niveau départemental et donc au niveau national. Pour rappel, une seule équipe mobile existe en France et E1 répond, avec ses deux collègues, aux demandes et aux besoins de tout un département.

Nous pouvons alors ajouter que, malgré l'implication des ARS et donc des politiques, un manque de moyens et de professionnels est constaté par les ergothérapeutes interrogées. Ces dernières semblent dire que le champ de l'ergothérapie reste encore à développer, aux vues de la demande des personnes sans domicile fixe et de l'offre actuelle en ergothérapie, jugée insuffisante par ces ergothérapeutes.

2.2.15 *Souhaits et projets pour l'évolution de la pratique*

Afin de donner les moyens aux personnes sans domicile fixe d'accéder encore davantage à leur droit occupationnel, les ergothérapeutes souhaiteraient diversifier l'offre en proposant encore davantage d'activités et aussi sortir ces personnes du monde urbain (les amener auprès d'animaux et de la nature notamment). E2 m'explique effectivement que « *ça leur ferait un bien fou d'aller dans la nature, de voir un animal [...] ça pourrait être bien de leur proposer une médiation animale, dans la nature, en dehors des trottoirs et du béton* ».

E1 souhaiterait réaliser des activités sur la cité de façon inclusive, en dehors des locaux de l'association, pour montrer aux personnes sans domicile fixe le potentiel qui leur est accessible ; les emmener à la bibliothèque ou encore au cinéma sont des exemples qu'elle me donne.

E3 a proposé l'ouverture d'un d'accueil de jour au sein de son association, dans lequel elle travaillerait en binôme avec un éducateur spécialisé afin d'avoir des

observations différentes et complémentaires et où ils proposeraient différentes activités en fonction des projets, des besoins et des difficultés des personnes sans-abri. Le but serait que l'accompagnement de ces dernières soit le plus complet possible.

Nous constatons que les ergothérapeutes ont toujours de nouvelles idées concernant leurs ateliers, essayent de se renouveler sans cesse avec toujours ce but d'optimiser et de diversifier l'offre et donc la participation occupationnelle. Elles ont comme objectifs d'ouvrir leurs ateliers sur l'extérieur, en faveur d'un accompagnement communautaire, afin de permettre aux personnes sans domicile fixe une réinsertion dans la société.

2.3 Discussion

Tout d'abord, rappelons les hypothèses émises plus haut à la suite de notre question de recherche :

→ L'ergothérapie donne les moyens aux personnes sans domicile fixe de pouvoir bénéficier de leur droit occupationnel, en optimisant et diversifiant leur participation occupationnelle.

→ La mise en place d'ateliers répond à la participation occupationnelle et favorise la réinsertion et l'inclusion sociale.

A la suite des résultats obtenus et de notre analyse, nous retenons que deux des ergothérapeutes affirment rencontrer des personnes ayant une restriction de leur droit occupationnel et les trois ergothérapeutes interrogées estiment favoriser la participation occupationnelle des personnes sans-abris.

Donc, nous pouvons en déduire qu'en favorisant leur participation occupationnelle, elles leur donnent les moyens de pouvoir bénéficier de leur droit occupationnel. De plus, les trois ergothérapeutes mettent en place divers ateliers afin de répondre au mieux à la fois aux demandes des personnes mais aussi afin de pallier à leurs difficultés. Ainsi, leurs accompagnements en ergothérapie permettent d'optimiser et de diversifier la participation occupationnelle chez les personnes sans-abri.

Alors, avec les réponses obtenues durant les trois entretiens réalisés, nous pouvons confirmer la première hypothèse.

De plus, les ateliers mis en place ont pour but, selon les trois ergothérapeutes interrogées, de valoriser les personnes, leur estime de soi, de les impliquer, de créer du lien social, de leur montrer qu'ils sont capables et qu'ils sont en droit de participer à des activités, de leur redonner envie, de les restructurer, de rythmer leur vie et de leur permettre de s'intégrer dans la communauté.

Nous pouvons alors valider la seconde hypothèse, aux vues des réponses obtenues lors des entretiens.

Néanmoins, l'échantillon interrogé étant très restreint, nous ne pouvons généraliser la validation de ces deux hypothèses.

Ensuite, si nous mettons en lien les résultats obtenus à la suite des entretiens et notre cadre contextuel, nous remarquons qu'Amie Tsang, étudiante en ergothérapie ayant réalisé un stage auprès de personnes sans-abri, espérait que sa pratique comble le manque entre les services médicaux et les services sociaux proposés à ces personnes. E2 m'a expliqué durant notre entretien que l'une de ses missions était également de créer ce lien entre le social et le médical. On constate alors que les missions que se donnent ces ergothérapeutes sont les mêmes et qu'elles ont donc un même objectif, qui paraît spécifique à ce corps de métier.

Puis, si l'on compare les objectifs de Myriam Descamps qui a mis en place un atelier d'ergothérapie à l'ABEJ et ceux des trois ergothérapeutes interrogées, on remarque qu'ils sont identiques. Nous avons par exemple l'objectif de travailler sur la confiance et l'estime de soi, de valoriser les personnes, de permettre la reconstruction de relations sociales, leur permettre de retrouver une place au sein d'un groupe et au sein de la société, mais aussi de fournir un point de repère aux personnes sans domicile fixe, de leur permettre de rythmer leur vie et de leur donner un but au quotidien. Ainsi, le moyen utilisé par ces ergothérapeutes, qui est l'atelier (quel qu'il soit), regroupe divers objectifs, cependant identiques pour chacune des quatre ergothérapeutes.

Reprenons dorénavant notre cadre conceptuel et plus précisément les définitions de santé communautaire et de participation communautaire, qui pour rappel sont l'implication de la communauté dans l'amélioration de sa santé et « *un processus dans lequel les individus [...], d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté* ». Si nous mettons en lien ces définitions et les résultats obtenus par les trois ergothérapeutes interrogées, nous pouvons supposer que l'ergothérapie a tout à fait sa place et un rôle à jouer dans la santé communautaire. En effet, en donnant les moyens de participation sociale aux personnes sans-abri qui leurs permettent d'impliquer la société dans leur processus de soin, l'ergothérapeute a alors un accompagnement qui s'inscrit dans l'esprit de la santé communautaire. Dans cette étude, E1 et E2 apportent particulièrement ces moyens de participation sociale, en permettant notamment aux personnes sans domicile fixe de participer à des activités sur l'extérieur, au sein de la communauté. La sollicitation de ces personnes au sein de la cité permet d'inscrire des membres de la communauté dans un parcours de soin. Cette démarche est dans l'esprit de la dynamique de la santé communautaire.

Concernant le terme de participation de Mme Larivière qui indiquait que cette participation incluait « *les dimensions suivantes : soins personnels, mobilité, échange d'information, relations sociales, éducation, travail, loisirs, spiritualité, vie économique, et vie civique et communautaire* ». Nous constatons, qu'avec les informations que nous ont apportées les trois ergothérapeutes, la participation des personnes sans domicile fixe qu'elles accompagnent est en premier lieu altérée. Ces personnes ont par exemple peu accès aux relations sociales, au travail, aux loisirs, à la vie économique, civique et communautaire. Néanmoins, l'accompagnement en ergothérapie leur donne les moyens d'accéder à ces dimensions. Effectivement, cet accompagnement leur fournit le droit de s'engager « *dans le travail, les loisirs ou les activités de la vie quotidienne qui sont souhaitées et/ou nécessaires au bien-être de la personne* », définition même de la participation occupationnelle donnée par Mme Larivière.

De plus, l'accompagnement en ergothérapie, donnant aux personnes sans-abri les moyens d'accéder à des activités extérieures et de participer avec le reste de la communauté, favorise l'inclusion sociale. Wolfensberger et Thomas, cités par Mme Larivière, constatent en effet qu'*« il y a intégration lorsque les gens participent publiquement les uns avec les autres dans des activités, en des lieux et en quantité culturellement normatifs »*.

Reprenons ensuite le terme de droit occupationnel que Mme Hammell définit comme *« le droit de toute personne à s'engager dans des occupations significatives qui contribuent positivement à leur bien-être personnel et au bien-être communautaire »*. On remarque qu'à travers les ateliers proposés aux personnes sans domicile fixe par les trois ergothérapeutes interrogées, ces dernières leur apportent les moyens d'accéder à ce droit. Effectivement, elles veillent à proposer des ateliers en accord avec les envies et les goûts des personnes et contribuent ainsi à leur apporter un état de bien-être. De plus, en ouvrant ces personnes sur l'extérieur et en favorisant leur inclusion dans la société, ces ergothérapeutes leur permettent de participer au bien-être communautaire. Prenons un exemple cité par E2 ; un jeune migrant qui adorait cuisiner et qui a réussi à trouver un travail et une chambre au sein de l'association Emmaüs. Cet homme a ainsi eu la possibilité d'accéder à son droit occupationnel et de s'engager dans une occupation significative, qui contribue à la fois à son bien-être personnel mais aussi, au bien-être d'une association et donc au bien-être de sa communauté.

Enfin, je souhaiterais revenir sur le terme d'*« injustice occupationnelle »* et plus précisément sur les quatre termes employés par les auteures de l'article *« Application d'un cadre relatif à la justice occupationnelle »* qui permettent de cibler le type d'injustice occupationnelle. Prenons les deux premiers termes qui sont la privation occupationnelle (*« l'absence de possibilités de participer ou de ressources pour participer à des occupations »*) et l'aliénation occupationnelle (*« peut se produire lorsqu'une personne est tenue de participer à des occupations qu'elle considère peu significatives, peu reconnues ou peu valorisées »*). Avec les informations obtenues durant nos entretiens, nous remarquons que les personnes sans domicile fixe accompagnées par les trois ergothérapeutes sont face à une

privation occupationnelle car elles n'ont pas les possibilités ou les ressources nécessaires à la participation occupationnelle. Nous pouvons également supposer qu'avec le discours donné par E2 en parlant des personnes sans-abri (« *je vais chercher à manger, je fais rien, je retourne dormir* ») que ces personnes sont face à une aliénation occupationnelle, si elles estiment que leurs occupations sont peu significatives ou valorisantes.

Les deux autres termes sont la marginalisation occupationnelle (« *peut se manifester lorsque des personnes n'ont pas le pouvoir de faire un choix occupationnel ou lorsque des personnes sont marginalisées en raison d'une maladie ou d'un handicap* ») et le déséquilibre occupationnel (« *peut survenir lorsqu'un individu est sans emploi ou sous-employé et qu'il n'est pas suffisamment occupé* »). On constate que ces deux termes correspondent aux situations des personnes sans domicile fixe. Ces dernières ne peuvent effectivement pas toujours faire un choix occupationnel, sont marginalisées et la plupart sont sans emploi.

Mme Hammell souligne l'importance sociale de l'ergothérapie qui « devra élargir sa portée [...] pour interroger les désavantages sociaux qui limitent tant de gens et les empêchent de participer ou de continuer de participer à des occupations ». Elle ajoute que « *notre profession [...] devra adopter une forme de pratique qui sera centrée non seulement sur les fonctions et les capacités des gens, mais également sur leur bien-être et leurs possibilités : c'est-à-dire les occasions qui leur sont offertes de faire ce qu'ils ont la capacité de faire* ».

Ainsi, favoriser la participation occupationnelle permettrait d'aller dans le sens de la stratégie nationale de santé actuelle, qui lutte contre les inégalités d'accès au soin.

Je terminerais avec Mme Hammell qui émet l'idée de pouvoir évaluer et les inégalités sociales, les possibilités occupationnelles, les droits occupationnels et la participation et qui lance ainsi un appel aux chercheurs ergothérapeutes devant « *s'engager à offrir aux cliniciens des connaissances et des outils leur permettant d'évaluer et de confronter les forces qui restreignent les options occupationnelles et qui violent les droits occupationnels des personnes en situation de handicap et de celles qui sont marginalisées* ».

3 Biais et limites de l'étude

Tout d'abord, seulement trois entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes, ce qui réduit les possibilités de comparaison des pratiques. Nous ne pouvons également pas obtenir une vision globale de la pratique en ergothérapie auprès des personnes sans domicile fixe, en France.

Je suppose que ce nombre d'entretiens reflète probablement le manque de professionnels travaillant auprès des personnes sans-abri. Il a, en effet, été difficile pour moi de trouver des ergothérapeutes exerçant auprès de cette population.

En outre, je pense qu'il aurait été intéressant d'interroger d'autres professionnels, avec des corps de métier différents. Par exemple, j'aurais pu m'interroger sur la pratique des éducateurs spécialisés, des infirmiers ou encore des psychologues afin de les interroger sur les objectifs qu'ils déterminent et les moyens qu'ils mettent en place pour les personnes sans domicile fixe. Cela m'aurait peut-être permis de démontrer qu'ils n'ont pas les mêmes objectifs qu'un ergothérapeute et qu'ils ne mettent pas en place les mêmes moyens que ce dernier. Ainsi, cela aurait pu démontrer davantage l'importance et la plus-value de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes sans-abri.

De plus, concernant l'outil utilisé, le choix d'un entretien semi-directif peut être un biais si les questions sont comprises différemment par les personnes interrogées, ce qui a, je pense, été le cas lors du dernier entretien.

Lors de ce dernier entretien, je me suis effectivement trouvée plus en difficulté lorsque je me suis aperçue que l'ergothérapeute interrogée ne comprenait pas certaines de mes questions. Comme par exemple celle concernant la participation occupationnelle, où il a fallu que je la formule différemment pour me faire comprendre.

Ce que j'ai pu également constaté c'est qu'il a été difficile pour moi d'imaginer les structures dans lesquelles exercent les ergothérapeutes que j'ai pu interroger par téléphone. Si j'avais eu le temps et si j'avais pu visiter les locaux ou bien encore

suivre les équipes, cela m'aurait sûrement permis d'avoir une meilleure visibilité des pratiques de chacun, de l'organisation des structures et des professionnels.

Si j'avais pu également échanger avec des personnes sans domicile fixe bénéficiant d'un accompagnement auprès d'un(e) ergothérapeute, cela aurait pu enrichir ce travail.

Enfin, avant la réalisation de ma grille d'entretien et de mes entretiens, je n'avais pas pensé que des bilans ou bien encore des modèles pouvaient être utilisés par les ergothérapeutes, supposant que leur pratique auprès des personnes sans domicile fixe était encore récente et qu'ils n'avaient pas encore développés ou mis en place certains bilans. C'est pour cette raison qu'aucune question ne leur a été posée concernant les bilans réalisés ou l'utilisation de certains modèles en ergothérapie. Il aurait été intéressant de poser ces questions pour obtenir l'avis des ergothérapeutes à ce sujet.

4 Projection professionnelle

Réaliser ce mémoire de fin d'études m'a permis de développer mes compétences de recherches, d'analyse et de synthèse, toutes nécessaires à ma future pratique d'ergothérapeute.

Echanger avec de futures collègues ergothérapeutes a été très enrichissant, professionnellement et personnellement, et j'en garderai un très bon souvenir. D'ailleurs, je me permettrai probablement de les recontacter par la suite afin d'obtenir des conseils et des pistes pour ma future pratique. En effet, je souhaiterais exercer auprès de personnes sans domicile fixe. C'est un souhait que j'avais avant même de commencer ma formation en ergothérapie, avec notamment le projet de réaliser des missions humanitaires, mais que j'ai néanmoins encore davantage développé lors de la réalisation de ce mémoire de fin d'études. Ce dernier a effectivement renforcé mon choix et mon désir de pratiquer auprès de personnes en situation de précarité.

J'aspire également à contribuer au développement de la pratique en ergothérapie dans ce milieu. Mon souhait est aussi d'élargir le domaine de compétences que possède l'ergothérapie, en basant ma pratique non seulement sur l'évaluation des capacités, telle qu'elle existe aujourd'hui dans notre pratique, mais aussi, comme l'évoquait Mme Hammell, sur l'évaluation des possibilités de faire et d'agir, en prenant en compte les inégalités sociales et environnementales présentes au sein de notre société.

Conclusion

Pour conclure, j'aimerais rejoindre le point de vue de Mme Hammell. Nous ne devons pas nous arrêter aux capacités ou aux incapacités des personnes, ou bien encore au handicap. Nous devons élargir notre pratique sur les possibilités de faire et d'agir des personnes, qu'elles aient ou non un handicap ou encore qu'elles nécessitent ou non de soins. Nous devons apporter les moyens nécessaires à chacun de pouvoir bénéficier de son droit occupationnel.

C'est pourquoi je désirais réaliser ce mémoire sur une population qui, au premier abord est considérée comme « ne possédant pas d'incapacités » ou encore « ne possédant pas de handicap », et qui est ainsi oubliée et mise de côté par la société.

Je cherchais à étudier le rôle qu'un ergothérapeute pouvait avoir auprès de personnes qui ne sont pas forcément malades.

C'est ainsi que j'ai été amenée à parler de santé communautaire au sein de ce mémoire. On constate que l'ergothérapie s'inscrit dans la vision et les objectifs de la santé communautaire et je souhaitais le mettre en avant. Par exemple, l'ergothérapie a pour objectifs, tout comme la santé communautaire, des objectifs individuels avec notamment l'augmentation de l'estime de soi et la diminution de certains comportements à risque si nous reprenons les exemples cités dans notre cadre conceptuel mais aussi organisationnels en favorisant le dialogue, des échanges et le

développement de l'entraide. Ses objectifs sont également collectifs, sociaux et politiques (avec l'amélioration des conditions de vie, l'accessibilité à la participation et au droit occupationnel notamment).

L'ergothérapie a néanmoins encore une place à se faire dans ce milieu. C'est pourquoi, je trouverais intéressante la création de postes d'ergothérapeute dans des structures accueillant et accompagnant les personnes sans domicile fixe.

Bibliographie

- Autès, M., & Karsz, S. (Éd.). (2008). *L'exclusion, définir pour en finir*. Paris: Dunod.
- BAUMANN, S. B.-A. (s. d.). Droit - Définition. Consulté 8 mai 2019, à l'adresse Dictionnaire Juridique website: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/droit.php>
- Définition - Sans-domicile | Insee. (s. d.). Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1256>
- Définitions : S.D.F. - Dictionnaire de français Larousse. (s. d.). Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/S_D_F_/71674
- Descamps, M. (1997). Atelier d'Ergothérapie pour personnes sans domicile fixe. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 36(1), 27-32. <https://doi.org/10.1080/14473828.1997.11785354>
- Être sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles - Insee Première - 1330. (s. d.). Consulté 15 janvier 2019, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281024>
- Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf*. (s. d.). Consulté à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf
- Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion: une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup': 8 avril 2009*. Paris: Éditions Rue d'Ulm.
- Gerlach, A. J. (2015). Sharpening our critical edge: Occupational therapy in the context of marginalized populations: Aiguiser notre sens critique: L'ergothérapie dans le contexte des populations marginalisées. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(4), 245-253. <https://doi.org/10.1177/0008417415571730>
- Gueslin, A. (2013). *D'ailleurs et de nulle part: mendiants vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge*. Paris: Fayard.
- Hammell, K. W. (2015). Participation et occupation: la nécessité d'une perspective des droits de la personne. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 6-8. <https://doi.org/10.1177/0008417414567636a>

- Hammell, K. W. (2017). Précis – Discours commémoratif Muriel Driver 2017 Possibilités en matière de bien-être: Le droit à la participation occupationnelle. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(4-5), E1-E14. <https://doi.org/10.1177/0008417417753374>
- La santé communautaire au coeur de la démarche participative. (s. d.). Consulté 11 septembre 2018, à l'adresse Santé participative et éducation thérapeutique website: https://www.sante-participative.org/sant_communautaire
- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 114-127. <https://doi.org/10.1177/000841740807500207>
- Larousse, É. (s. d.). Définitions : droit - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 8 mai 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/droit/26842>
- Lemieux, M., Popplow, J., Wolf, L., Ripat, J., Davis, E., Hamilton, A., & Craik, J. (2010) (s. d.). *Perspectives internationales : Une ergothérapeute au Sénégal*. 12, 28.
- Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., & Law, M. C. (2013). Promoting an occupational perspective in public health: Promouvoir une perspective occupationnelle dans le domaine de la santé publique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(2), 111-119. <https://doi.org/10.1177/0008417413482271>
- Mougin, V. (2005). *Les SDF*. Paris: Cavalier bleu.
- Tsang, A., Davis, J. A., & Polatajko, H. J. (2013). On the edge of the possible: Considering homelessness / Aux limites du possible: Envisager le rôle de l'ergothérapie face à l'itinérance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 200-202. <https://doi.org/10.1177/0008417413505422>

Sommaire annexes

ANNEXE I – GRILLE D'ENTRETIEN VIERGE.....	1
ANNEXE II – AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE RETRANSCRIPTION.....	3
ANNEXE III - RETRANSCRIPTION – PREMIER ENTRETIEN	4
ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION – DEUXIEME ENTRETIEN.....	14
ANNEXE V - RETRANSCRIPTION – TROISIEME ENTRETIEN.....	29

ANNEXE I – GRILLE D'ENTRETIEN VIERGE

Connaissance de la personne interrogée

- 1) Pouvez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel ? Depuis quand travaillez-vous auprès des personnes sans domicile fixe ?
- 2) Qu'est-ce qui vous a amené à travailler auprès des personnes sans domicile fixe ?

Connaissance de la structure dans laquelle travaille la personne interrogée

- 3) Pouvez-vous me parler de la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ? (Depuis quand existe-t-elle, ses missions, l'équipe dans laquelle vous travaillez, qui la finance, de qui dépend-t-elle, quels sont ses objectifs, à qui bénéficie-t-elle ? etc)
- 4) Pouvez-vous me parler du rôle et des missions que vous avez au sein de cette structure, en tant qu'ergothérapeute ?

Droits occupationnels

Si je reprends le terme de droit occupationnel – que je définis comme le droit de bénéficier à des occupations, toutes confondues, nécessaires et/ou souhaitées par la personne :

- 5) Etes-vous confronté(e) à une restriction des droits occupationnels chez les personnes sans-abri ? Si oui, lesquels ?
- 6) Si oui, quels objectifs ergothérapeutiques avez-vous auprès des personnes sans-abri pour pallier à cette restriction ? Comment sont déterminés ces objectifs ?
- 7) Si oui, à l'aide de quel(s) moyen(s) palliez-vous à cette restriction ? Quels moyens mettez-vous en place pour répondre aux objectifs ergothérapeutiques ?

Type d'accompagnement proposé

- 8) Favorisez-vous la participation occupationnelle ? Si oui, dans quel(s) but(s) et à l'aide de quel(s) moyen(s) ?
- 9) Mettez-vous en place des ateliers ? Si oui, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?
- 10) Vos accompagnements sont-ils individuels, en groupe ou bien les deux à la fois ?

Travail pluridisciplinaire et résultats

- 11) Travaillez-vous seul(e) ou plutôt en équipe pluridisciplinaire ? Si équipe pluridisciplinaire, avec quels autres professionnels et quels sont leurs objectifs ? Ont-ils un objectif de participation occupationnelle eux aussi ?
- 12) Quels résultats avez-vous obtenus jusqu'à présent ?
- 13) Pour finir, souhaiteriez-vous mettre encore davantage de choses en place pour répondre au mieux à ces droits occupationnels ?

ANNEXE II – AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET DE RETRANSCRIPTION

Je soussignée Mme, autorise Mme Audrey Poirier, élève ergothérapeute en troisième année à l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse – St Sébastien de Morsent, à enregistrer et à retranscrire notre entretien téléphonique, tout en conservant mon anonymat.

Signature

ANNEXE III - RETRANSCRIPTION – PREMIER ENTRETIEN

Pour commencer, m'autorisez-vous à enregistrer cette conversation et à la retranscrire tout en concervant votre anonymat ?

Oui oui, il n'y a pas de souci !

**1) Pouvez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel ?
Depuis quand travaillez-vous auprès des personnes sans domicile fixe ?**

Euh alors j'ai été diplômée en 2018 et j'ai tout de suite été embauchée dans un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues). C'est un centre médico-social qui est porté par une association qui est AIDES (ndlr : association française de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience humaine et les hépatites virales).

Donc vous travaillez dans cette structure depuis l'obtention de votre diplôme ?

Voilà, parce que j'y ai fait mon mémoire.

2) Qu'est-ce qui vous a amené à travailler auprès des personnes sans domicile fixe ?

Je souhaitais faire mon mémoire dans le domaine de l'addictologie et c'est là que j'ai découvert le CAARUD qui s'occupait des personnes usagères de drogues et des personnes en situation de précarité et qui du coup avaient des risques de contamination au VIH (ndlr : Virus de l'Immunodéficience Humaine) et aux hépatites.

Donc vous travaillez avec des personnes qui vivent à la rue ou pas seulement ?

Donc ça va être des personnes oui voilà en situation de précarité que ce soit de logement, sociale ou financière. Ca va être avec des personnes donc du coup

usagères ou ex-usagères de drogues. Et ça peut être aussi avec des personnes migrantes, qui du coup peuvent être également en situation de précarité.

Et donc ces personnes là sont forcément usagères de drogues ?

Ca va être des personnes qui vont être usagères de drogues mais qui ne veulent pas rentrer dans le soin mais qui veulent quand même faire attention à leur santé, qui ne veulent pas rentrer dans une dépendance et donc c'est là où on va avoir à faire un travail avec eux. Et ça peut être également des personnes qui étaient usagères et qui veulent... parce qu'en fait on va travailler avec eux, c'est un centre communautaire donc leur richesse va nous apporter et ils vont échanger avec leurs pairs du coup. Donc ça peut être des personnes ex-usagères qui vont apporter leur expérience et aider les personnes usagères de drogues.

3) Depuis quand la structure dans laquelle vous travaillez existe-t-elle ?

Elle existe depuis 2014. Les objectifs c'est aider la personne à prendre en charge sa santé globale, donc euh voilà ça va être euh de faire attention à ne pas se contaminer lorsqu'elles consomment ces produits psycho-actifs, ça va être l'aider dans ses démarches administratives, l'accompagner pour qu'il soit autonome et indépendant dans ses papiers. Euh on propose également des activités, une activité « jardin » que j'ai mis en place tout récemment car il n'y avait pas d'ergothérapeute avant. Euh ça peut être aussi de l'accompagnement à l'injection, là c'est de l'éducation thérapeutique qu'on fait avec les personnes pour les aider à s'injecter avec le moins de risques possibles.

Vous travaillez avec un infirmier concernant ce dernier point ?

Voilà, dans la structure là actuellement il y a un infirmier et un éducateur spécialisé.

Donc vous êtes trois ?

Oui, trois pour tout le département.

Vous avez répondu à une ouverture de poste ?

Euh, du tout. La particularité c'est que, comme c'est de l'associatif, notre diplôme est juste un « plus ».

Et qui finance cette association ?

Ca va être l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui va financer le centre médico-social. AIDES va nous aider, nous porte en terme de locaux et en terme de visibilité mais ça va être l'ARS qui nous finance.

On va faire des mairaudes auprès des personnes, c'est-à-dire qu'on va vers eux dans la rue voir s'ils ont des besoins, s'ils ont besoin qu'on les accompagne, s'ils ont envie de faire des activités avec nous, en fonction de leurs demandes, on voit avec eux ce qui est possible.

Donc vous allez les démarcher, entre guillemets, dans la rue ?

Voilà et puis après on va les aider à faire un peu de l'empowerment, à ce qu'ils viennent un peu vers nous et puis à ce qu'ils soient autonome après dans leurs démarches administratives, pour trouver un logement ou toute autre demande qui est faite de leur part.

Et vis-à-vis de ces démarches administratives, vous n'êtes pas en lien avec une assistante sociale ?

On peut faire appel à une assistante sociale quand il y a besoin, on a des partenaires. On a entre autre une équipe mobile psychiatrique qui peut faire également des permanences avec nous lorsque la demande est faite.

4) Pouvez-vous me parler du rôle et des missions que vous avez au sein de cette structure, en tant qu'ergothérapeute ?

Et bien ça va être au travers de l'activité « jardin » par exemple, donc euh ça va être créer le lien social avec des personnes qui sont isolées, mettre en avant leurs compétences en terme de connaissances sur les drogues, qui malheureusement dans d'autres structures ne peuvent pas être mises en avant. Ca les valorise parce que ça leur permet d'échanger avec des pairs sur leurs connaissances et il y a certaines personnes qui veulent nous accompagner aussi pendant les permanences donc on les briefe sur comment ça se passe dans l'association. Et puis après ils sont autonomes, ils peuvent mener avec nous des actions et donc du coup ça crée des activités pour ces personnes, qui peuvent déboucher après sur un travail. Donc on les accompagne dans ce domaine et puis avec l'éducation thérapeutique à l'injection également.

5) Si je reprends le terme de droit occupationnel - que moi je définis comme le droit de bénéficier à des occupations, toutes confondues, nécessaires et/ou souhaitées par la personne - est-ce que vous, vous diriez justement que ces personnes là sont confrontées à une restriction de leur droit occupationnel ?

Ah bah oui totalement du fait que de ne pas avoir de logement bah ça ne les ouvre pas à une possibilité d'aller à la piscine parce qu'ils vont pas avoir, je ne sais pas moi, ne serait-ce qu'un document qui prouve où est-ce qu'ils habitent. Puis certains ne connaissent pas du tout les lieux, les personnes migrantes qui vont arriver ne connaissent pas du tout le département donc du coup ils vont pas aller poser la question de où est-ce que je peux me détendre, faire des activités, ce genre de choses. Et puis moi je considère par exemple des personnes qui consomment des produits psycho-actifs comme une activité significative, qui du coup eux ne le voient pas comme ça et j'essaie de mettre en avant qu'ils font des activités mais qu'il faut essayer de diversifier pour éviter de tomber dans une dépendance.

6) Quels objectifs ergothérapeutiques avez-vous auprès des personnes sans-abri pour pallier à cette restriction ? Comment sont déterminés ces objectifs ?

La personne va nous faire des demandes, voilà ce que j'aimerais bien c'est euh faire du jardinage, je vois que vous avez un jardin, j'aimerais bien y participer ou... j'aimerais bien faire des jeux de cartes et dans ces cas là on les accompagne vers d'autres associations qui permettent de faire des activités. Il y a le [...] qui est un centre social avec des animateurs où on peut faire des jeux de cartes, des activités « crêpes », dont ils n'ont pas forcément connaissance donc du coup on les redirige. Et puis parfois on les accompagne physiquement parce qu'ils n'osent pas donc il y a aussi tout un travail d'accompagnement.

7) A l'aide de quel(s) moyen(s) palliez-vous à cette restriction ? Quels moyens mettez-vous en place pour répondre aux objectifs ergothérapeutiques ?

L'accompagnement, la valorisation en terme de connaissances. Bah ils font des actions avec nous c'est-à-dire que quand on va faire une maraude sur une autre ville bah ils viennent avec nous, ils portent nos valeurs et puis ils vont aider également leurs pairs à rentrer dans la santé ou dans le soin s'ils le souhaitent. Donc c'est vraiment tout un travail de valorisation lorsqu'ils viennent avec nous. En fait dans l'association, ils sont considérés au même niveau que nous, bénévoles et salariés, il n'y a pas de hiérarchie donc c'est tout bénéfique pour eux en terme de valorisation.

8) Vous me parliez de jardinage donc vous mettez en place des ateliers ?

Oui, mon collègue éducateur spécialisé fait un atelier « écriture » également. C'était une demande des usagers, du fait qu'il y ait eu plusieurs demandes, et bien nous avons ouvert cette activité.

Donc vous l'atelier que vous mettez en place c'est le jardinage, c'est aussi à la suite des demandes d'usagers ?

C'est ça, parce que c'est des personnes qui souhaitent également améliorer leur nutrition donc ça apporte également ce côté là, en terme de diététique, ce sont des personnes qui malheureusement n'ont pas accès aux fruits, aux légumes donc il y a un travail qui peut également être fait dans ce domaine là.

Donc ce serait dans le but de créer d'autres ateliers, par exemple l'atelier « cuisine » ?

Voilà, c'est ça, c'est la finalité l'activité « cuisine » où bah du coup ils vont pouvoir cuisiner le fruit de leur récolte et du coup avoir fait le parcours de A à Z. Ca oui effectivement c'est dans la finalité oui. Donc ça débouche sur d'autres activités qui font que bah on peut proposer des activités tout au long de l'année.

9) Vos accompagnements sont-ils individuels, en groupe ou bien les deux à la fois ?

Les accompagnements vont plus être de l'individuel, ça va être du 1 pour 1 car ce sont des personnes qui veulent rentrer dans le soin mais qui ont des craintes donc du coup on va faire tout un travail avec eux pour les accompagner petit à petit vers le soin si c'est leur demande. Les rediger vers euh, comme ils n'ont pas accès à la mobilité (voiture, bus ou train) c'est compliqué pour eux donc nous on a possibilité de les accompagner faire leurs démarches administratives également. Donc là on sort un petit peu de l'ergothérapie mais euh c'est un travail qui est fait.

Donc il n'y a jamais d'ateliers où les personnes peuvent être en groupe ?

Au travers de l'atelier « écriture » oui, et de l'atelier « jardin ». En fait l'accompagnement pour moi ça va être quand on va être à l'extérieur des locaux.

Ah oui, j'ai peut-être pas employé le terme approprié, je parlais de vos prises en charge.

Donc oui, ça va être du collectif. J'ai également oublié de citer les groupes de parole, deux fois par semaine. Où là il y a des échanges sur la consommation de drogues, de comment ils la pratiquent, comment ils se sentent etc. Il y a la présence des salariés et des bénévoles qui le souhaitent. Et ça peut être totalement porté par un bénévole, pas dans les débuts mais ça peut être une activité qui peut être portée exclusivement par des bénévoles où en terme de valorisation bah la personne est totalement autonome sur cette activité.

Qu'est-ce que vous entendez par « bénévole » ?

C'est les usagers ou ex-usagers qui veulent aller plus loin que venir, échanger et repartir. Ils veulent vraiment s'investir dans ce domaine.

10) Favorisez-vous la participation occupationnelle ? Si oui, dans quel(s) but(s) et à l'aide de quel(s) moyen(s) ?

Pour le coup, je pense oui. Sachant qu'ils peuvent mener des activités avec nous oui je pense, en tout cas c'est le retour qu'ils nous font. Ça les aide à cadrer leur rythme de vie, à venir le matin, parce qu'il y a une heure précise où les permanences et activités vont commencer, une heure de fin et ils nous disent que ça aide à rythmer leur vie.

Donc le but de cette participation occupationnelle serait de rythmer leurs journées ?

C'est ça, avoir une motivation pour se lever le matin, les aider à moins consommer car évidemment s'ils font des activités en dehors, ils vont être moins incités à la consommation.

Justement, vos ateliers sont mis en place toutes les semaines ?

Alors, les groupes de parole ça va être deux fois par semaine, quatre heures. Ce sont des groupes ouverts, c'est-à-dire que les personnes viennent, partent, il n'y a pas d'obligation de venir, c'est en fonction du besoin qu'ils ressentent. L'activité « jardin » c'est pareil c'est deux fois par semaine. L'éducation thérapeutique à l'injection ça va être individuel, donc ça va être à la demande de la personne donc je peux pas vraiment chiffrer en terme de fréquence. Et après euh, nous quand on fait du « aller vers », lors des maraudes, ça va être euh trois fois par semaine, deux heures.

11) Travaillez-vous seul(e) ou plutôt en équipe pluridisciplinaire ? Si équipe pluridisciplinaire, avec quels autres professionnels et quels sont leurs objectifs ?

Je peux partir toute seule avec un bénévole une fois qu'il est bien briefé et qu'il est là depuis un petit moment et qu'on sait que c'est possible de partir avec lui. Pour l'infirmier, l'objectif va être principalement la réduction des risques en terme d'infections hépatites et VIH. On fait de l'éducation en terme de consommation aussi, savoir quelle aiguille utiliser, quel produit va éviter les interactions donc il va y avoir tout un domaine d'échanges sur « ne mélange pas tel produit avec tel produit », « utilise ça », « essaie de ne pas être seul ». L'éducateur spécialisé va également travailler là dessus, son objectif est d'accompagner la personne dans sa consommation, l'aider à ne pas mettre en danger sa santé et l'accompagner dans le soin si c'est sa demande.

Selon vous, vos collègues ont-ils également un objectif de participation occupationnelle ?

Mes collègues connaissent très bien le métier de l'ergothérapie, c'est des valeurs dans lesquelles ils se reconnaissent aussi et vraiment c'est un échange. L'infirmier a voulu démarrer un atelier photo qui n'a pas pu se faire où également il y allait avoir de l'occupationnel, mélanger des produits pour ceux qui arrêtent de consommer mais qui aiment bien ce petit côté « je mélange des produits » faire de la photo avec le côté tout ce qui va être frustration à travailler dessus. Donc tous les trois nous avons cet objectif de participation occupationnelle. Il y a énormément d'échanges à la fin de chaque activité.

Est-ce qu'il y aurait, selon vous, un autre professionnel qui serait utile au sein de votre équipe ?

Euh psychomotricienne. Psychomotricienne parce que c'est des personnes qui n'ont pas tout le temps l'accès aux douches, où le corps va changer au cours des années dans la rue, donc ils ne vont pas forcément se reconnaître.

12) Quels résultats avez-vous obtenus jusqu'à présent ?

Une personne qui commençait à rentrer dans une certaine dépendance avec ses produits, qui en venant à chaque permanence, en participant aux activités n'est pas rentrée dans cette dépendance, continue de consommer mais le fait qu'il ait été valorisé dans ses connaissances et bah il a eu envie de revenir à chaque permanence pour parler de lui, pour parler de ce qu'il sait et aujourd'hui il mène lui-même des actions, il va faire ce qu'on appelle « la tournée des squats » où il est totalement autonome et où il part avec un autre bénévole ou un autre salarié. Il considère ça comme une forme de travail du coup son bénévolat, ce qui est compréhensible.

Et il est toujours en situation de précarité ?

Il a réussi à trouver un logement, ce qui n'est pas grâce à nous, mais il a effectivement un logement ce qui l'a aidé à ne pas se mettre en danger en terme de santé.

Et donc sa principale occupation est le bénévolat ?

Oui, c'est une personne qui a des troubles bipolaires, qui ne peut pas travailler en milieu ordinaire et du coup il a trouvé une certaine stabilité en venant travailler avec nous.

13) Pour finir, souhaiteriez-vous mettre encore davantage de choses en place pour répondre au mieux à ces droits occupationnels ?

J'aimerais mettre en place d'autres activités, bah l'activité « photo » par exemple qui n'a pas pu se faire, par manque d'espace et par manque de temps parce qu'on est que trois salariés pour le département. Mais c'était une demande des usagers de pouvoir faire cette activité. Faire des activités aussi en dehors des locaux pour leur montrer le potentiel possible qu'il leur est accessible, les emmener à la bibliothèque, faire des démarches auprès d'autres associations pour avoir des places de cinéma plus abordables pour eux, par exemple.

Je vois que vous avez plein d'idées en tête. J'ai toutes les informations que je souhaitais avoir, merci de m'avoir accordé du temps.

Y'a pas de souci, peut-être que je vous recontacterai en fin d'année pour savoir un peu si je peux avoir accès au mémoire parce que je suis plutôt intéressée, y'a pas beaucoup d'ergothérapeutes qui s'intéressent au domaine de la précarité je trouve. Enfin moi je sais que quand j'ai fait mon mémoire j'ai eu du mal...

De même, j'ai eu beaucoup de mal à trouver des ergothérapeutes travaillant auprès de cette population !

Même en terme de documentations j'imagine....

Effectivement !... Je vous remercie encore !

Bonne chance pour la fin de vos études et pour votre mémoire !

Merci beaucoup ! Au revoir !

Au revoir !

ANNEXE IV - RETRANSCRIPTION – DEUXIEME ENTRETIEN

Pour commencer, m'autorisez-vous à enregistrer cette conversation et à la retranscrire tout en conservant votre anonymat ?

Oui, oui oui.

**1) Pouvez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel ?
Depuis quand travaillez-vous auprès des personnes sans domicile fixe ?**

Euh oui donc j'ai travaillé deux ans en pédiatrie dans un établissement médico-éducatif, ensuite j'ai fait une césure d'un an où je suis partie à l'étranger et ensuite j'ai repris, j'ai été formatrice à [...] pendant deux ans et demi et là maintenant je suis ergo en psychiatrie depuis pratiquement un an, à mi-temps entre un hôpital de jour spécialisé en réhabilitation psychosociale et une équipe mobile psychiatrie-précarité, intervention auprès de personnes sans domicile. Je travaille auprès de personnes sans domicile fixe depuis septembre 2018.

2) Qu'est-ce qui vous a amené à travailler auprès des personnes sans domicile fixe ?

J'ai un intérêt spécifique pour le domaine de la précarité depuis que je suis étudiante et quand j'ai vu que le poste avait été créé j'ai postulé et puis bah ça a marché donc c'est chouette.

Donc c'était une ouverture de poste ?

Oui c'est ça, en fait c'est le seul poste en France d'ergothérapeute en équipe mobile précarité mais j'espère que ça va se développer. C'est vrai que ça n'existe pas beaucoup alors après il faut soit créer son propre poste soit voir comment ça se développe un peu ailleurs dans les années qui viennent.

Oui, sincèrement ça a été très compliqué pour moi de trouver des ergothérapeutes à interroger donc je vous remercie de prendre du temps pour me répondre !

Pas de quoi ! C'est vrai que même moi je me sens aussi en difficulté du fait d'avoir personne avec qui échanger donc je me tourne un peu vers les groupes internationaux mais après, on ne vit pas de la même façon qu'au Canada, le système social fonctionne pas de la même façon, l'accompagnement de la précarité ne se fait pas de la même façon partout donc euh. Les lectures internationales donnent des pistes mais c'est pas adapté à notre contexte... mais bon, voilà, ça fonctionne, pour l'instant ça marche ! (rires)

3) Pouvez-vous me parler de la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ? C'est une équipe mobile c'est ça ?

Oui c'est ça, c'est une équipe mobile qui est constituée de trois infirmiers et un poste à mi-temps, deux psychologues qui sont à temps partiel donc un psychologue à 50 et un autre psychologue à 50 pour faire un équivalent temps plein, un cadre de santé à temps partiel, un médecin à 20 ou 30%, une secrétaire à temps plein et moi ergo à mi-temps. Et du coup nous on se déplace en fait dans les structures d'accueil d'urgence ou d'accueil de jour de personnes en situation de précarité et il y en a certains qui viennent dans les locaux de l'équipe mobile pour venir en entretien ou en séance ou en groupe.

Quand vous dites médecin, c'est médecin généraliste ?

Nan psychiatre. En fait l'équipe mobile dépend d'un hôpital.

Et donc c'est cet hôpital qui finance cette équipe ?

Oui, c'est ça. En fait c'est un service de l'hôpital. Comme l'hôpital de jour, comme les unités de l'hôpital.

Et elle existe depuis longtemps cette équipe ?

Elle existe depuis un petit plus de 20 ans, je crois qu'elle a été créée en 98. Ca doit faire une vingtaine d'années oui qu'elle existe. Mais le poste d'ergothérapeute existe depuis septembre dernier.

Quels sont les objectifs de cette équipe mobile ?

Alors les grands objectifs c'est permettre l'accès au soin, euh permettre de faire aussi de la prévention, alors vraiment le premier grand objectif c'est permettre vraiment l'accès au soin psychiatrique hein, c'est vraiment dans « aller vers les gens » et puis de créer une accroche thérapeutique et d'ensuite prodiguer des soins psychiatriques aux personnes qui en ont besoin. Donc ça c'est vraiment le grand objectif de l'équipe mobile.

4) Pouvez-vous me parler du rôle et des missions que vous avez au sein de cette structure, en tant qu'ergothérapeute ?

Alors moi euh le poste il a été créé un peu dans un but de réhabilitation psychosociale parce que c'est quelque chose qui ressort en ce moment. Après euh sur le terrain la mission première c'est pas la réhabilitation psychosociale évidemment hein, c'est l'accès au soin aussi. L'ergothérapeute peut permettre euh une approche différente pour euh les personnes à la rue, pour leur permettre d'accéder au soin en passant par l'activité. C'est-à-dire que des fois y'a des personnes elles ont pas envie de parler et puis quand on a l'étiquette psychologue ou infirmier ou médecin, on a l'étiquette forcément psychiatrie et en passant par l'activité en fait euh je pense que ça démedicalise un peu les choses et du coup ça leur permet d'avoir à la fois une accroche au soin et un soin en même temps à travers une activité et ça, pour certaines personnes hein pas pour tout le monde, y'en a qui viennent directement papoter mais il y a des personnes à qui ça permet vraiment d'accrocher à une activité et ensuite de créer une alliance thérapeutique en tout cas et d'enclencher sur des soins. C'est vrai qu'il y a beaucoup d'objectifs, créer du lien entre le social et le médical, favoriser la participation occupationnelle des personnes à la rue, moi je suis beaucoup là dessus hein vraiment tout ce qui est participation

occupationnelle et engagement, euh rebooster leur identité occupationnelle aussi, c'est des choses qui se perdent assez vite ou qui deviennent très soit routinière parce que c'est tous les jours je sors du foyer d'hébergement d'urgence ou de mon squat, je vais chercher à manger, je fais rien, je retourne dormir euh il y en a qui se plaignent beaucoup d'ennui donc ça permet un peu de les remettre en activité. Et puis il y a beaucoup l'aspect de revalorisation, d'estime de soi, de se sentir capable de faire des choses, après moi j'essaie aussi de faire un accompagnement qu'on peut appeler « de type communautaire » enfin voilà j'essaie de me mettre en lien avec les réseaux associatifs locaux donc c'est surtout les associations d'économie sociale et solidaire donc j'essaie déjà de les répertorier, ensuite de créer du lien avec celles qui sont le plus proche, d'aller les rencontrer pour aller leur demander si jamais il y a un patient qui serait intéressé pour être bénévole dans leur asso, est-ce que je peux les accompagner vers ces associations là et du coup on travaille l'accompagnement sur l'extérieur aussi. Je participe aussi à la création d'une sorte de festival, ça se transforme en activité mensuelle mais pour les personnes à la rue donc voilà comment on peut permettre de réunir des personnes à la rue et des personnes qui ne sont pas à la rue autour d'un événement festif un peu commun. Y'a plein d'objectifs mais en tout cas moi j'essaie vraiment de travailler avec la communauté, de travailler avec la personne, parfois il y en a qui viennent directement vers moi parce qu'ils commencent à avoir compris que l'ergo ça passe beaucoup par l'activité du coup pour certaines personnes je deviens une personne un peu ressource donc ils viennent me solliciter ils me disent « ah il paraît que t'as orienté untel vers telle asso ou que t'as fait telle activité ou que tu proposes ça via l'unité mobile, moi ça me ferait du bien aussi, est-ce que t'as de la place pour moi ? » enfin voilà des choses comme ça. Y'en a que je vois en relaxation, je les vois en individuel en relaxation, y'a aussi un groupe mais déjà rien que d'être à nouveau en accord avec son corps, avec son esprit aussi c'est-à-dire que bah on a le droit d'être détendu, on a le droit de faire des choses, d'être capable de les faire. C'est ça les gros objectifs ! L'accès au soin, l'estime de soi, la participation et l'engagement occupationnels et l'identité occupationnelle ça va un peu ensemble mais en tout cas c'est vraiment les grands objectifs de prise en charge ergo.

5) Justement en parlant de participation occupationnelle, vous me disiez que vous la favorisiez mais alors dans quel(s) but(s) et à l'aide de quel(s) moyen(s) ?

Alors bah déjà participer à une activité c'est avoir une place dans la société et c'est aussi euh se sentir capable de faire quelque chose. Parfois ce sont des personnes qui vont être en errance depuis assez longtemps, donc ça peut être quelques mois comme quelques années hein mais euh déjà quelques mois c'est pas rien donc qui sont aussi parfois dans des routines de délinquance. Enfin je pense à un jeune qui a eu une peine aménagée et qui va devoir aller faire des travaux d'intérêt général et des chantiers d'insertion mais du coup il y en a qui ont des parcours de vie très chaotiques et du coup la participation occupationnelle se résume soit à la drogue, l'alcool, la délinquance ou rien, ou l'ennui. Après il y a des gens qui prennent des parcours très différents hein c'est pas parce qu'ils sont à la rue qu'ils se droguent tous évidemment mais voilà il y a des chemins qui sont parfois assez chaotiques et la participation occupationnelle elle est limitée à soit des activités qui vont pas les porter vers l'avant et du coup le but c'est aussi de leur faire comprendre qu'ils sont capables de faire autre chose et qu'ils sont tout à fait capable de faire quelque chose et puis de les relancer dans une dynamique. Parfois rien qu'en se rendant compte qu'ils sont capables de faire les choses après ben ils vont avoir des projets. Ils vont dire « oh bah tu sais je me rends compte que ça me plaît vachement l'atelier » et puis il y en a qui me disent « je me rends compte que je suis capable de faire des choses, je pensais pas et je pense que je suis prêt à réfléchir à une formation ». enfin voilà après c'est jamais immédiat, ça prend énormément de temps déjà de créer le lien de confiance mais ça débouche sur de belles choses en fait. Ou alors il y en a qui vont dire euh « ah bah c'est vrai que l'activité elle me plaît bien mais il y a d'autres activités qui me plairaient donc je me verrai bien être bénévole dans une association pour m'engager un petit peu plus dans la communauté, pour rencontrer des gens ». Il y en a un par exemple auquel je pense c'est une jolie histoire c'est un jeune qui vient de Tunisie, il est passé par la Libye et il est arrivé en France parce qu'il n'avait pas d'avenir en fait dans son pays et il s'est retrouvé à la rue pendant trois ans je crois et euh il a commencé à faire un des ateliers que j'avais proposé donc c'est l'atelier « pâtisserie », alors ça c'est l'atelier qui marche le plus hein franchement la pâtisserie je crois que c'est ce qu'ils préfèrent, ça a beaucoup de sens pour eux enfin bref, et lui

il commence la pâtisserie, on commence à créer du lien, je vois qu'il est hyper autonome dans l'activité, il est même euh aidant, il m'aide à superviser parfois l'activité, il aide les autres, et en fait au fur et à mesure bah il se crée un lien et j'apprends qu'il a été cuisinier en Libye, qu'il a fait aussi de la cuisine en Tunisie, que c'est sa formation, qu'il adore ça donc qu'il a pas l'habitude de faire les trucs français mais que tu vois bien qu'il a la main quoi. Du coup je lui propose, ici on a un restaurant associatif donc je lui dis bah « est-ce que ça te dirait d'être bénévole là-bas » du coup je l'emmène, il devient bénévole, il y va tous les jours enfin vraiment il s'investit vraiment beaucoup donc l'association lui dit « ah bah on pourrait peut-être t'aider à trouver quelque chose en France qui correspondrait à ta situation de sans papiers » enfin voilà tout le monde commençait à réfléchir un petit peu et puis il s'est avéré qu'une des travailleurs sociaux là où je fais l'atelier pâtisserie à des contacts aux Emmaüs (ndlr : association luttant contre la pauvreté et l'exclusion) et maintenant il travaille là-bas, il a sa chambre, il a son job et du coup il a son contrat et c'est une super réussite pour lui parce que de la rue il passe à j'ai un travail, j'ai une chambre, j'ai des amis, j'ai un lieu sécuritaire, il a plus peur d'aller dans la rue du coup parce que même il avait peur de se faire renvoyer dans son pays à chaque fois qu'il sortait donc vraiment tu vois ça part de rien, c'est un petit atelier ergo et tu te dis en fait ça a débouché sur... comme quoi hein ! Tu te dis on peut avoir de belles choses. En plus en ergo on est formé à la curiosité de l'autre et du coup on essaie de voir les gens dans leur globalité et je pense que c'est un vrai plus dans l'accompagnement des gens à la rue déjà de ne pas les réduire à des gens de la rue en fait, essayer de connaître leur parcours de vie, leur sentiment d'efficacité, tout ce qui les concerne, leur environnement etc enfin il y en a on apprend des choses sur leur vie qui sont vraiment intéressantes, ce sont des gens qui sont capables de faire plein plein de choses et qui se retrouve à la rue parfois c'est dramatique hein, c'est la vie qui leur a pas fait de cadeau quoi. Il y a d'autres histoires comme ça mais lui il était vraiment... il pensait qu'il allait jamais s'en sortir et du coup ça a marché donc c'est cool et puis c'est lui, c'est grâce à lui mais je me dis que la petite goutte ergo bah elle a contribué à quoi. C'est important aussi dans le communautaire aussi je pense, c'est pour ça je pense que c'est important de vraiment travailler la réintégration dans des lieux, bah pas les laisser toujours dans la précarité enfin faut que les gens se remélangent, faut que les gens se connaissent, se comprennent,

arrêtent de se stigmatiser les uns les autres, il y a tellement de préjugés d'un côté comme de l'autre que bon bah des fois on arrive plus à vivre ensemble.

L'inclusion quoi !

Ouais ! C'est important, c'est important !

6) Vous parliez d'atelier... donc pâtisserie, est-ce qu'il y a d'autres ateliers que vous mettez en place ?

Alors oui il y a pâtisserie, il y a sport collectif, je fais une fois sur deux au même endroit, une fois sur deux pâtisserie et une fois sur deux sport co, je fais des ateliers individuels, enfin de la relaxation individuelle et en groupe mais ça c'est spécifique pour les femmes migrantes avec traumatismes liés à leur parcours migratoire ou à ce qu'elles ont vécu dans leur pays. Et là prochainement il va y avoir un atelier d'arts plastiques qui va être mis en place. Sinon je fais aussi un atelier autonomie mais ça c'est en fait un peu plus spécifique c'est pour des personnes alcoolodépendantes euh qui ont été en situation de précarité mais qui sont en CHRS (ndlr : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) donc c'est une structure qui les accueille et qui les loge donc ils ont une chambre, ils paient un petit loyer et euh du coup il y a un étage dans ce bâtiment là qui est dédié à ces personnes et ils doivent faire leurs courses et se faire à manger et s'organiser pour les tâches ménagères et tout donc j'accompagne les personnes uniquement qui sont à cet étage là, pour leur permettre de gérer leur autonomie.

7) Donc ce sont à la fois des accompagnants individuels et en groupe ?

Oui c'est ça, je fais des bilans aussi d'autonomie pour les personnes qui ont des projets de logement, que ce soit en pension de famille, en appartement thérapeutique, en foyer de vie, ça peut être aussi appartement classique mais en général on passe d'abord par... enfin pour l'instant j'ai fait aucun bilan qui va mener la personne à un logement ordinaire. Après le bilan évidemment il n'est qu'indicatif mais ça permet quand même par exemple s'il passe en commission, s'il y a un bilan ergo d'autonomie en général c'est plus facile en fait de justifier les choses et donc

honnêtement je pense qu'il y a une plus-value avec le bilan d'autonomie. Et puis même pour les travailleurs sociaux qui n'ont pas forcément le temps de les voir sur des tâches concrètes du style prendre le bus, faire la cuisine, faire les courses ça leur donne de bonnes indications sur les personnes qu'ils vont accompagner dans le relogement.

Justement vous êtes amenée à travailler avec des assistants sociaux ?

Tout le monde oui, éduc spé, moniteur éducateur, animateurs sociaux, assistants sociaux. En fait c'est vraiment euh la particularité du travail avec les gens de la rue c'est qu'on travaille tant avec les travailleurs sociaux, de tous les domaines du coup, tant avec le personnel médical. Après il y a beaucoup d'interlocuteurs donc c'est pas toujours évident, on peut vraiment être nombreux sur le suivi d'une personne mais bon on essaie de se coordonner !

Et ce ne sont que des personnes ayant des troubles psychiatriques ?

Alors normalement euh ça dépend d'un hôpital psy donc ça devrait, les personnes que je vais voir en bilan normalement oui elles ont un problème psy associé. Après dans les ateliers clairement je peux pas dire quand je vais dans une structure je vais pas dire aux personnes qui veulent se joindre à l'atelier qu'elles peuvent pas participer parce qu'elles sont pas schizophrènes. De toute façon les problématiques de la rue elles sont très en accord avec des objectifs ergo, qu'il y ait une psychose, une dépression ou pas donc euh moi ça me pose pas de souci. Après euh de toute façon même sur des jeunes qui à priori n'ont pas de souci vraiment de psychiatrie pure, y'a vraiment plein d'objectifs notamment au niveau de bah la drogue, la reprise de formation, du « sortir de la rue », de la délinquance... clairement sur un atelier je reçois tout le monde et s'il y a besoin d'un accompagnement derrière, qu'il y ait trouble psy ou pas je vais pas refuser un jeune qui me demande de l'accompagner dans une asso sous prétexte qu'il n'est pas psychotique. Après j'en parlerai à les collègues évidemment mais euh bon voilà je me donne une certaine liberté je pense là dessus, tout en tenant informé ma hiérarchie. Les gens sont de plus en plus demandeurs donc euh c'est chouette de se rendre compte que les gens demandent parce que du coup on soulève un réel besoin en fait hein. On se dit que ben y'a

vraiment besoin d'un accompagnement quelqu'il soit. Après l'activité forcément ça donne du sens en fait.

8) Si je reprends le terme de droit occupationnel - que moi je définis comme le droit de bénéficier à des occupations, toutes confondues, nécessaires et/ou souhaitées par la personne, est que vous, vous diriez que vous êtes confronté(e) à une restriction de ces droits occupationnels chez les personnes que vous rencontrez ? Si oui, lesquels ?

Oh bah oui parce qu'elles n'ont pas accès aux activités auxquelles nous on pourrait avoir accès, des activités toute bêtes hein, se faire à manger, je parlais de pâtisserie tout à l'heure, quand on est en foyer d'hébergement d'urgence clairement en fait les personnes ne se font jamais à manger, on leur sert les repas mais elles ne sont jamais amenées à se faire à manger elles-même. Même des activités de loisirs, des activités plaisir c'est super difficile d'en trouver donc euh là c'est pareil je trouve des associatifs, dès qu'il y a des évènements gratuits et tout j'essaie de les diffuser, de leur proposer d'y aller mais euh c'est pas toujours évident de le savoir et puis aussi, enfin j'aimerais bien être à temps plein, un poste à mi-temps évidemment ça ne permet pas de faire des miracles, il faut aussi s'en rendre compte c'est très contraignant de ne pas avoir une semaine complète pour des accompagnements, proposer d'autres activités, développer des réseaux mais bon voilà c'est comme ça. Et évidemment oui ce sont des personnes qui sont en rupture donc qui n'ont plus accès aux activités. Soit parce qu'elles n'ont jamais pratiqué parce que ça fait des années qu'elles sont à la rue, qu'elles ont eu un parcours de vie très difficile et jamais accès à ça mais il y en a certaines qui ont eu des choses auparavant mais qui ne les ont plus donc c'est encore d'autres problématiques. Mais oui oui il y a de vraies ruptures occupationnelles, ça ressort souvent « je m'ennuie » et puis quand je suis en vacances c'est « oh bah du coup y'a pas l'atelier bon bah ok » enfin ils sont un peu déçus parce que c'est limite la chose qui les booste dans la semaine, c'est la seule activité, en dehors des contraintes journalières, qu'ils vont avoir donc euh...

Justement, les ateliers que vous proposez sont mis en place régulièrement ?

Oui, il y a des créneaux réguliers dédiés à ces activités là. Ce qui montre aussi qu'ils sont vraiment en rupture mais aussi avec la volonté de faire des choses c'est qu'en fait ils réclament d'autres ateliers ou ils disent « oh bah la prochaine fois est-ce qu'on pourrait faire ça » ou il y en a qui m'ont demandé si en plus je pouvais faire un atelier musique, il y en a qui ont demandé si on pouvait faire un atelier de yoga, du coup ils sont quand même en demande de choses donc euh c'est qu'il y a un besoin ressenti. Et parfois le fait de proposer une activité ça va leur permettre de s'autoriser aussi à en avoir besoin. Enfin je ne sais pas si je suis claire mais il y en a qui se disent bon bah ils font pas d'activité mais de toute façon ils en feront pas, ils pourront pas en faire et le fait qu'il y ait quelqu'un qui les autorise à se faire plaisir, à faire des choses bah ça va réveiller d'autres envies.

9) Quels objectifs ergothérapeutiques avez-vous auprès des personnes sans-abri pour pallier à cette restriction ? Comment sont déterminés ces objectifs ?

Bah du coup c'est un peu comme euh je vais me répéter mais c'est vraiment de favoriser l'engagement, la participation à travers l'activité ou à travers l'intégration dans la communauté par l'activité mais dans une asso ou dans un loisir s'ils ont un peu d'argent aussi hein.

10) A l'aide de quel(s) moyen(s) palliez-vous à cette restriction ? Quels moyens mettez-vous en place pour répondre aux objectifs ergothérapeutiques ?

Y'en a qui sont à la rue mais qui touchent l'AAH (ndlr : Allocation Adulte Handicapé) par exemple donc est-ce qu'ils pourraient mettre je sais pas une dizaine d'euros un jour pour aller faire je ne sais pas une activité quelle qu'elle soit, qui leur ferait plaisir. Et puis aussi, on avait en tête en tout cas des projets de courts métrages, de street art donc voilà pour aussi leur permettre de s'exprimer à travers d'autres médias donc voilà et qu'il y ait une vraie trace laissée dans la rue. Par exemple le street art l'idée c'est de vraiment qu'ils fassent quelque chose de beau, qui est dans la rue donc c'est

quand même leur lieu de vie, que ce soit vu par les autres enfin voilà. Mais ça le projet street art c'est que 2020, faut encore attendre (rires).

11) Et donc vous êtes au sein d'une équipe pluridisciplinaire mais vous travaillez plutôt seule ou en équipe ?

Bah du coup en fait on est une équipe qui est assez soudée donc on va toujours se soutenir enfin voilà je sais que si j'ai des questions je sais que je pourrai me tourner vers ces personnes là et vice versa. Après dans mes interventions je suis souvent seule. Sur les ateliers pâtisserie et sport co y'a.. en fait c'est une permanence et il y a aussi les infirmiers qui viennent. Alors l'idée à la base c'était éventuellement qu'ils pouvaient venir à deux, qu'il y en ait un qui reste avec moi et un qui fasse des entretiens avec des personnes présentes qui auraient besoin de faire de l'entretien infirmier. Mais là ces derniers temps en fait comme on était en sous-effectif ça n'a pas été possible. Moi aussi l'idée que je voulais c'était toujours qu'il y ait un travailleur social dans l'atelier parce que je trouve que c'est important que nos deux milieux se rencontrent parce qu'on se connaît pas toujours très bien et des fois on ne comprend pas toujours bien l'autre donc l'idée c'est vraiment de faire les choses ensemble pour ensuite débriefer ensemble de ce qu'on a vu, de ce qu'on a fait avec des points différents. Donc c'est arrivé par exemple, alors aux ateliers pâtisserie je sais qu'il y a systématiquement un travailleur social, sport co c'est pas toujours possible non plus mais bon, quand ils peuvent venir ils viennent et après par exemple en bilan d'autonomie une fois y'a une éduc spé qui est venue avec moi pour faire le bilan, voir comment ça se passait et puis elle avait son regard éduc sur les choses qui se passaient et moi j'avais mon regard ergo donc c'est plutôt constructif. Moi j'ai trouvé ça vraiment sympa de partager ça avec quelqu'un. Mais c'est vrai que majoritairement les interventions se font seules.

Et concernant les objectifs de vos collègues, sont-ils aussi des objectifs de participation occupationnelle ?

Euh c'est vraiment très médical c'est vraiment les soins en psy, l'entretien psy euh ... voilà eux ils sont vraiment dans ces objectifs là. L'accès au soin, le maintien des soins, l'entretien psychiatrique donc euh évaluer l'évolution ou pas de la maladie

enfin voilà eux ils sont vraiment plus dans du médical. Après évidemment il y a des gens qui vont leur dire bah qui vont leur poser des questions je sais pas qu'ils aimeraient faire telle activité ou trouver une activité gratuite pour leurs enfants, quand ils posent la questions aux infirmières, elles leur répondent mais elles travaillent pas dans le but de. Enfin voilà, ça c'est mon travail. Après euh j'ai l'impression que depuis qu'il y a le poste ergo qu'il y a vraiment un intérêt en tout cas à relancer de l'activité pour les patients. Là par exemple le groupe relax pour les femmes traumatisées, je le fais avec une infirmière et du coup comme là par exemple je suis absente, elle propose elle à d'autres patients de la relax individuelle. On l'a fait un peu ensemble et maintenant elle le fait aussi avec des patients qui en expriment le besoin. Euh elle le fait je lui ai imprimé des textes enfin voilà un peu pic de relax, on commence à travailler ça ensemble et puis elle applique. Enfin voilà moi je trouve ça bien parce que y'a pas que l'ergo qui doit faire ça et si ça peut apporter du bien-être aux patients tant mieux ! Et tant mieux si le poste d'ergo a permis de lancer cette dynamique là ! Enfin voilà c'est cool !

Par rapport à cette équipe, est-ce que vous verriez un professionnel qui manquerait à l'heure actuelle et qu'il serait judicieux d'intégrer à l'équipe ?

Euh... bah c'est vrai qu'à la base il n'y avait pas d'assistante sociale parce que justement on travaillait en collaboration avec les structures du système, aujourd'hui le social est très en souffrance, il manque terriblement de moyens, humains comme matériels donc... pourquoi pas une assistante sociale, ça pourrait être une bonne idée. Enfin même les infirmières elles en ressentent assez le besoin d'avoir une assistante sociale. Après c'est vrai que tous les acteurs sont les bienvenus j'ai envie de dire, pourquoi pas une psychomot hein pour plutôt la relax, les trucs comme ça. Ce serait intéressant d'avoir un psychomotricien oui. Après comme on est une équipe mobile on travaille beaucoup avec l'extérieur donc quand il y a besoin d'un professionnel extérieur on va le trouver. Mais euh ouais l'assistante sociale ça nous permettrait peut-être de nous dépatouiller de certaines situations des fois, notamment chez les migrants aussi ça c'est un peu compliqué et ça pourrait être bien.

12) Quels résultats avez-vous obtenus jusqu'à présent ?

La première reconnaissance c'est que les gens sont en demande et puis on sent bien qu'ils trouvent du plaisir à faire les ateliers, ils reviennent, ils s'investissent donc euh c'est plutôt positif, ils sont aussi en demande de plus, enfin voilà des fois ils demandent s'ils peuvent avoir des suivis plus individualisés ou d'être accompagnés sur des choses plus spécifiques donc bon on se dit que ça avance, c'est cool, ça permet ... bien sûr c'est un travail conjoint, l'ergothérapie c'est pas miraculeux non plus mais ça permet d'avoir des ...en fait c'est très complémentaire au reste donc c'est chouette ! Il y en a même qui arrivent au soin, du coup c'est assez cool ! Après il n'y a évidemment pas assez de temps et puis parfois même dans les ateliers j'ai pas forcément le temps à consacrer aux personnes qui auraient peut-être besoin plus d'écoute, déjà j'ai pas le temps parce que j'ai un groupe, il faut que je puisse gérer tout le monde donc j'essaie de tourner, de voir chaque personne, de discuter un petit peu mais évidemment il y en a qui aurait peut-être besoin de plus et c'est du temps que je ne peux pas leur accorder. Alors ensuite des fois quand il y a vraiment besoin je leur propose des rendez-vous individuels mais voilà c'est pas toujours possible. Y'a des limites de moyens aussi, quoique j'ai un petit budget aussi donc ça me permet de faire des choses mais j'essaie toujours de me restreindre à des activités qui ne coûtent pas cher. J'aimerais les emmener faire du cheval par exemple, je pense que ça leur ferait un bien fou d'aller dans la nature, de voir un animal, enfin ces thérapies ça a d'autres vertues vraiment intéressantes et je pense que pour des personnes à la rue, même avec des traumatismes, ça pourrait être bien de leur proposer une médiation animale, dans la nature, en dehors des trottoirs et du béton. Mais ça pareil, c'est pas du tout finançable donc euh... on pourrait peut-être le faire pour une sortie dans l'année mais bon après voilà c'est pas... c'est pas finançable.

13) Pour finir, souhaiteriez-vous mettre encore davantage de choses en place pour répondre au mieux à ces droits occupationnels ?

Il y a toujours des choses à améliorer dans les activités proposées, la façon dont on le fait, les échanges avec les autres équipes, ce sont vraiment des postes où il faut être dans une communication et moi j'avais fait cette erreur là c'est que l'atelier par

exemple pâtisserie il prenait tellement de temps et ensuite j'enchainais avec une réunion et j'avais pas toujours le temps de débriefer avec les travailleurs sociaux et il s'est avéré que ça vraiment c'est une erreur à ne pas faire parce qu'après sinon les travailleurs sociaux ils vont te dire « mais toi ton atelier je suis capable de le faire » enfin en gros tu sers à rien quoi. Bon après ils se rendaient bien compte que ça apportait beaucoup de choses mais ils voyaient pas forcément le côté psy dans l'atelier, qu'eux attendent. Faut savoir que quand on a une étiquette thérapeute, pour eux on a une étiquette psychiatrie donc euh, il faut vraiment faire attention aux collègues. Donc ça c'est des choses qu'on a rediscuté et qui sont maintenant réglées mais vraiment la communication c'est hyper important ! Après c'est vraiment des contraintes temporelles qui ne permettent pas de faire tout ce qu'on voudrait faire. Et puis on apprend de ses erreurs hein, on fait des erreurs en atelier après on les corrige enfin voilà on a pas des répercussions dramatiques disons ! Voilà je n'ai tué personne encore en ergo et je compte tuer personne (rires). C'est vrai qu'il y a des personnes qui parfois, enfin je me souviens d'une personne qui était assez alcoolisée, qui a voulu faire l'atelier, moi j'étais pour, tout le monde a le droit de participer et ils avaient un petit peur les travailleurs sociaux parce qu'il peut être un petit peu violent des fois. On a dit bon on essaie mais il y a quelqu'un qui reste systématiquement avec lui. Et en fait il s'est avéré qu'il s'est tellement adouci pendant l'atelier, enfin c'était, ça lui a fait du bien en fait. Il commençait à me dire que ça lui rappelait son enfance, quand il faisait la pâtisserie avec sa grand-mère et du coup ça l'a carrément calmé alors qu'à la base ils étaient même pas pour qu'il participe mais le fait de participer ça lui a aussi redonné confiance en ses capacités, ça l'a renvoyé à des souvenirs et ça s'est très très bien passé donc euh... donc voilà faut faire attention quand il y a des personnes potentiellement violentes effectivement mais parfois ça peut avoir un effet calmant !

Si justement vous aviez davantage de temps, est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez mettre en place ?

Je pense que j'irai faire un atelier d'écriture dans un foyer d'hébergement d'urgence, je pense que ça ce serait pas mal de permettre de libérer la parole à travers l'écrit. Il y a certaines personnes qui nous disent qu'elles écrivent un journal, qu'elles essaient de trouver une manière de s'exprimer. Euh voilà ça pourrait être intéressant ... Bah

je travaillais sur des projets, bah le projet street art j'aurai plus de temps pour le bosser, le projet vidéo... La pâtisserie ça pourrait se faire une fois par semaine et le sport co sur un autre créneau, une fois par semaine aussi. Ca permettrait de diversifier l'offre et de faire de l'accompagnement individuel plus souvent, d'avoir plus de temps pour créer du réseau avec ces associations locales. Parce que là clairement la semaine elle passe trop vite (rires), j'ai pas le temps de pause presque. D'avoir un temps de rédaction et de lecture, enfin tout simplement une demi-journée toutes les semaines où je ferai rien ce serait top, ça me permettrait de lire des articles, éventuellement d'en écrire un parce que le poste il n'existe nulle part ailleurs, de rédiger les bilans... Bon après j'essaie de me garder du temps de temps en temps mais ce serait bien que dans la semaine il y est forcément un temps libre et puis d'autres temps pour les activités et puis d'autres temps, d'autres créneaux d'activité pour varier... et de pouvoir aller dans plus d'institutions aussi parce que là je suis très limitée, y'a plein de foyers où je ne peux pas aller parce que je n'ai pas le temps... il y a certains lieux que je trouvais vraiment intéressant et j'ai pas le temps, je peux pas y aller...

Je pense avoir toutes les informations qu'il me fallait, je vous remercie pour le temps accordé et puis bravo à vous !

Ah bah merci c'est gentil, je fais de mon mieux ! (rires) Bon courage pour la rédaction du mémoire en tout cas et puis je serai intéressée de le lire si vous êtes d'accord !

Pas de souci, j'ai mon adresse mail donc je vous le ferai parvenir !

Super ! Moi j'aime bien lire ça me permet aussi de me mettre à jour, sur les concepts et s'il y a d'autres ergo qui en ont parlé, de voir aussi ce que les autres disent, enfin c'est bien aussi ça fait progressé donc voilà !

D'accord, bah écoutez merci encore !

De rien, bon courage ! Bonne continuation ! Au revoir !

Merci, au revoir !

ANNEXE V - RETRANSCRIPTION – TROISIEME ENTRETIEN

Pour commencer, m'autorisez-vous à enregistrer cette conversation et à la retranscrire tout en concervant votre anonymat ?

Oui oui il n'y a pas de souci.

**1) Pouvez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel ?
Depuis quand travaillez-vous auprès des personnes sans domicile fixe ?**

Alors, mon parcours professionnel, euh j'ai fait mon mémoire de fin d'études en milieu carcéral, donc il faut croire que j'étais prédestinée à travailler avec ce genre de public, euh ensuite j'ai travaillé dans un centre hospitalier où il n'y avait pas du tout d'ergo, donc on a créé le service ergo. Donc dans un premier temps on a ouvert un premier service ergo en médecine, parce qu'à l'époque ça ne s'appelait pas encore SSR (ndlr : Soins de Suite et de Réadaptation) donc voilà, donc après ça s'est transformé en SSR. On a embauché plusieurs ergo donc au fur et à mesure on a grossi nos effectifs d'ergo et donc euh élargi notre champ d'application dans différents services notamment euh le service euh... donc il y a eu la médecine, après il y a eu l'EHPAD (ndlr : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), il y a eu le réseau gérontologique donc là c'était des interventions à domicile, donc à l'extérieur. On a ouvert un UPAD (ndlr : Unité pour Personnes Agées Démentes), donc une unité fermée pour les personnes Alzheimer et juste avant que je ne parte on avait ouvert un FAM (ndlr : Foyer d'Accueil Médicalisé). Et donc après moi je suis partie et je suis arrivée au sein de cette association.

Et donc vous êtes diplômée depuis ... ?

Alors je suis diplômée depuis euh... 2000 !

2) Qu'est-ce qui vous a amené à travailler auprès des personnes sans domicile fixe ?

Je voulais euh, en quittant l'hôpital, je voulais une expérience sociale et euh ... voilà je voulais quitter un petit peu le secteur hospitalier pour voir un petit peu ce qu'il se passait ailleurs.

3) Pouvez-vous me parler de la structure dans laquelle vous travaillez actuellement ?

Alors c'est une structure qui accueille des personnes issues de la grande précarité donc ça c'est ouvert il y a une trentaine d'années. Au départ ils ont commencé juste avec un bus dans les rues de la ville pour proposer un plateau repas ou proposer un peu de, voilà une consultation médicale, une consultation assistante sociale, enfin c'était assez précaire, c'était juste dans un bus donc les gens défilaient et voilà ils pouvaient avoir un entretien avec un médecin et obtenir des papiers, vraiment les choses de base. Et puis euh c'était des permanences assurées juste par des bénévoles donc euh ils étaient de plus en plus nombreux et quand ils sont arrivés à peu près à 200 bah les services publiques ont fini par dire bah on pourrait pérenniser l'action et mettre du budget là dedans pour en faire quelque chose d'officiel on va dire. Donc là ils ont eu leurs premiers locaux en dur où ils ont fait un accueil donc en journée où les gens pouvaient venir pour pareil hein, une consultation, mais pouvaient venir aussi passer toute la journée sauf que, le soir il fallait qu'ils repartent quoi. Mais ils pouvaient venir la journée, on leur offre le café le matin, on leur offre, ça existe toujours hein cet accueil de jour il existe encore, on leur offre euh un sandwich le midi euh possibilité de se doucher, possibilité de faire des machines à laver, rencontrer des médecins, assistantes sociales et possibilité aussi d'avoir une adresse postale. Euh donc ça c'est le premier service officiel de l'association euh après ils se sont dit bon ben ouais c'est bien maintenant il y a ça mais les gens on les remet quand même à la rue pour la nuit. Donc il y a eu la « halte de nuit » qui s'est ouvert, donc là c'est où ils accueillent les gens mais exclusivement pour la nuit, donc je crois que ça ouvre à 18h30 et ça ferme à 8h le matin. Euh mais là ça accueille qu'un petit nombre de personnes, c'est un service qui est assez hard parce qu'ils mettent à l'abri là les gros toxicomanes ou les alcooliques enfin c'est un service qui est assez chaud quoi. Euh c'est vraiment de la mise à l'abri pour la nuit quoi. Euh et puis ils ont ouvert des CHRS donc Centre Hospitalier de Réinsertion Sociale ou de stabilisation, euh le but c'était là de proposer un hébergement aux gens mais l'idée

c'était que, après avec les éduc qui sont sur place, qu'on travaille à une solution plus perenne, une solution d'hébergement de sortie. Euh donc voilà il y a eu les CHRS puis après ils se sont dit bah oui c'est bien maintenant on héberge des gens mais quand ils sont malades, qu'est-ce qu'on fait pour eux, qu'est-ce qu'il y a pour eux et donc là ont été créé, je crois que c'est en 2009, les premiers LAM et LHSS donc LHSS c'est on accueille des gens, donc je travaille à mi-temps aussi dans le LAM et le LHSS, euh on accueille des gens donc qui sont vraiment issus de la rue mais qui sont malades et qui ont besoin de soin. Donc si ce sont des soins de courtes durées c'est un LHSS, donc Lit Halte Soins Santé, donc c'est vraiment une halte soins, ils peuvent rester une semaine, ils peuvent rester un mois, maximum ils vont rester trois mois. Ils ont trois mois aussi pour euh bah appeler euh les services qui peuvent leur trouver un logement et un hébergement et avoir une solution de sortie. Sinon, au bout de trois mois et ben ils sont dehors, on les remet sur le trottoir. S'ils ont une pathologie plus longue comme un cancer à soigner, ou euh la tuberculose ou des choses qui nécessitent un traitement de longue durée, ils passent en LAM, là c'est des Lits d'Accueil Médicalisés et donc là euh, bah là ils peuvent rester tout le temps qu'ils ont besoin pour leurs soins et quand les soins sont terminés, notre assistante sociale travaille avec eux pour une solution de sortie. Ces gens là on ne les remet pas sur le trottoir tant qu'il n'y a pas de solution de sortie, on ne les laisse pas sortir. Et il faut qu'ils soient d'accord avec la solution de sortie. Alors souvent ils sont tellement bien chez nous qu'eux ils sont pas forcément d'accord avec la solution qu'on leur propose, ils refusent tout en bloc parce qu'ils sont bien là quoi. Donc voilà pour les LAM. Et notre difficulté pour les LAM, c'est que bah voilà ils sont bien, ils ne veulent pas repartir, ils refusent tout en bloc et du coup on est obligé de bosser vraiment dans la négociation avec eux. Et le dernier né à l'association et bien c'est le FAM. Donc pour rentrer au FAM, il faut avoir des troubles cognitifs avérés. Alors au FAM on accueille pas uniquement parce qu'on a des subventions qui viennent du conseil général et de l'ARS donc il y a eu un accord entre l'association et puis l'ARS et le conseil général, euh on accueille pas uniquement des gens qu'on a l'habitude d'accueillir à l'association donc qui sont des gens très marginalisés, on accueille aussi des gens qui sont issus de psychiatrie ou qui étaient au domicile mais dans des conditions déplorables.

Donc vous prenez en charge tout type de soin, que ce soit physique, physiologique ou bien psychiatrique ?

Oui, oui, voilà. Donc on peut avoir, donc ici sur le FAM on a des gens qui sont plutôt abimés psychologiquement, des pathologies de Korsakoff qui sont liées à des alcoolisations massives pendant les périodes d'errance ou des addictions toxicomanes aussi, euh donc qui ont créé des lésions cérébrales plus ou moins importantes et du coup des troubles cognitifs plus ou moins importants. Par contre, de l'autre côté, au niveau des LAM et LHSS, on accueille des gens qui sont en sevrage alcoolique ou qui sont euh, il y a beaucoup de gens qui sont amputés, des gens qui ont des escarres parce que bah voilà ce sont des gens qui... tous les migrants ils se mettent dans des situations pas possibles, ils se font traîner à l'arrière des camions du coup ils ont des accidents mais hallucinants quoi ! Et comme ils ont de très mauvaises qualités de soin ben évidemment ils sont à la rue, ben on se retrouve avec des gens qui ont des amputations, amputations membre inf souvent pour beaucoup.

Et qui finance l'association ?

Alos il y a des dons, il y a énormément de partenaires dans toute l'agglomération de la ville et il y a aussi conseil général et l'ARS. Mais l'ARS c'est uniquement pour le FAM.

4) Pouvez-vous me parler du rôle et des missions que vous avez au sein de cette structure, en tant qu'ergothérapeute ?

Alors mes missions elles sont vraiment différentes que ce soit d'un côté ou de l'autre. Alors j'ai commencé au FAM en fait en 2014, à temps plein. Du coup là on travaille beaucoup comme on peut travailler en psychiatrie, c'est-à-dire qu'on travaille par le biais des ateliers. Donc on peut faire des ateliers écriture car ce sont des gens qui ont des difficultés à rédiger un courrier, à faire des phrases correctes, à écrire sans faute d'orthographe donc ça c'est une demande qui émane de leur part en fait. Ce sont des gens bah voilà quand ils sont atteints de Korsakoff ce sont des gens qui ont

beaucoup de troubles de l'équilibre, difficultés au niveau réflexes donc on a mis en place un atelier de gym douce, des ateliers équilibre, des ateliers pédaliers aussi pour travailler tout ce qui est activité réflexe, coordination, rapidité et puis équilibre. On travaille aussi par le biais des activités artisanales, tout ce qui est la coordination, la créativité, ce sont des gens en fait qui sont assez vides et qui n'ont plus d'envie. Donc on essaie aussi de leur redonner des envies, de leur redonner des buts, quand on peut les entendre dire « oh bah ça c'était bien » bah c'est magnifique parce que ce sont des gens qui disent jamais « oh ça c'était bien » et pour eux faire un panier en vannerie bah ils en ont rien à faire enfin je veux dire c'est pas une priorité pour eux. Mais quand ils y viennent et quand ils le font et quand on les voit sourire et s'investir vraiment dans un projet, on se dit qu'on avance. Alors au FAM aussi moi je travaille beaucoup tout ce qui est l'hygiène. Ce sont des gens bah quand ils étaient à la rue ou en psychiatrie se laver bah c'était pas la priorité donc c'est des gens qui ne savent pas prendre soin d'eux, qui ont très peu d'estime d'eux-même donc on travaille aussi vraiment voilà tout ce qui est l'estime de soi, l'hygiène, l'hygiène aussi de l'entourage, euh nettoyage de la chambre et tout ça quoi. Tandis que de l'autre côté, mon rôle il est complètement différent, j'y vais que depuis un an, donc maintenant je suis à mi-temps depuis 2018 de chaque côté et là euh on travaille plutôt vraiment avec les kinés, comme dans un service plus de rééducation fonctionnelle avec tout ce qui est matériel. Donc mon job là c'est d'adapter les fauteuils, parce qu'en fait ils étaient tous dans des fauteuils complètement défoncés donc j'ai dû me créer euh ma petite liste de partenaires ben pour pouvoir avoir des fauteuils roulants et avoir les options nécessaires sur mes fauteuils quand besoin se fait. Euh ouais donc y'a ça, y'a aussi donc je travaille beaucoup avec les kinés, on fait des séances de rééducation individuelles, on fait du renforcement musculaire, travail des transferts aussi pour tous les gens qui sont amputés euh ouais voilà travail des transferts, renforcement musculaire c'est le plus gros boulot qu'on a là-bas en fait.

5) Si je reprends le terme de droit occupationnel - que je définis comme le droit de bénéficier à des occupations, toutes confondues, nécessaires et/ou souhaitées par la personne - est-ce que vous, vous diriez que vous êtes confrontée à une restriction de ces droits occupationnels chez les personnes sans-abri ?

Alors c'est pas vraiment une restriction du droit. En fait euh nous on est vraiment à leur disposition. Le problème c'est que ce sont des gens qui ont quitté le parcours de soin classique et qui sont souvent en rupture avec ce parcours de soin donc euh ils veulent pas aller à leur rendez-vous, ils veulent pas se présenter quand les kiné sont là, ils veulent pas... en fait ils sont tellement bien assis à boire du café et fumer des clopes toute la journée, ils sont à l'abri, pour eux tout va bien. Euh sauf que nous on a quand même un job à faire et c'est très difficile de le faire. C'est pas du tout comme dans un service de rééducation où les gens arrivent à l'hôpital, ils savent que, en fait c'est eux qui viennent chercher le soin, on leur propose un soin mais eux viennent le chercher. Tandis qu'ici, on propose mais eux ils en veulent pas donc il y a une grosse partie du travail qui est déjà de les séduire (rires) pour qu'ils acceptent de venir avec nous. On marche vraiment à l'inverse d'une démarche de soin classique où on nous dit, c'est vrai qu'à l'école on vous dit souvent le patient doit adhérer au traitement, il doit être vraiment partie prenante, acteur de son traitement et il ne doit surtout pas faire les choses pour nous faire plaisir. Et ben avec les gens qui sont issus comme ça de la grande précarité, on marche vraiment à l'envers en fait. Il faut les séduire, il faut qu'ils aient envie de venir avec nous, ils vont faire l'activité pour nous faire plaisir et ça leur fera jamais plaisir à eux parce qu'eux leur plaisir c'est de fumer des clopes et de boire du café quoi. Donc ça leur fera pas plaisir de faire une activité quelle qu'elle soit avec nous. Mais même des sorties hein, euh non ils ont pas envie. Donc euh on doit vraiment faire une opération séduction pour qu'ils aient envie de venir avec nous, ils vont avoir envie de nous faire plaisir et là on va pouvoir travailler et faire passer nos objectifs. Donc c'est vraiment une démarche qui est hors des sentiers battus par rapport à tout ce qu'on peut connaître et quand j'ai mes stagiaires qui viennent c'est vrai qu'elles sont assez hallucinées en général (rires) par la manière dont on est obligé de travailler parce que, faut vraiment mener des opérations séduction, être dans la négociation tout le temps parce qu'ils ne veulent pas et qu'il n'y a pas d'obligation de venir aux activités donc euh. Mais bon moi sinon je suis payée à rester là et à attendre (rires).

Et alors comment ces personnes là sont amenées à venir au sein de l'association ?

Alors ben en fait euh bon il y a les maraudes hein qui tournent dans la rue donc euh quand elles trouvent des personnes qui sont vraiment en danger dans la rue soit en danger pour eux-même soit en danger pour d'autres parce que quand on laisse une personne qui a des troubles schizophrènes dans la rue c'est quelqu'un qui peut agresser quelqu'un au couteau comme ça rien que parce qu'il a peur en fait donc c'est très compliqué. Donc euh ben eux vont nous les ramener, donc ils vont pas nous les ramener au FAM mais en LAM ou LHSS parce que c'est le premier endroit où on va ramener les gens pour les soigner. Après là-bas il y a un diagnostic qui est fait, on essaie de stabiliser les gens. Alors soit une fois qu'ils sont stabilisés ils peuvent ressortir, soit et ben il faut vraiment qu'ils restent en structure et alors ils arrivent au FAM.

6) Tout à l'heure vous parliez d'objectifs, alors justement, quels objectifs ergothérapeutiques avez-vous auprès des personnes sans-abri et comment sont déterminés ces objectifs ?

Alors euh, on fait des bilans en fait quand les personnes arrivent. Alors pas au LAM et LHSS mais au FAM. Il y a un premier bilan à 15 jours de présence au FAM, il y en a un autre à 6 mois et après c'est tous les ans, euh où on évalue un petit peu comment la personne se débrouille au niveau de la toilette, de l'habillement, de l'alimentation euh enfin vraiment comment elle est... son autonomie dans la vie de tous les jours. Donc à partir de là euh voilà on remplit nos petits trucs, on remplit nos objectifs, qu'est-ce qu'il faut qu'on travaille avec cette personne là, quelles sont ses difficultés voilà il faut qu'on pallie à ça. Et en fonction de ça et de ce qu'éventuellement elle aime le plus on va dire (rires) on leur demande de venir à certaines activités mais ça c'est pas gagné.

7) Donc les activités sont des moyens pour répondre aux objectifs si je comprends bien ?

Voilà. Voilà. Euh le but c'est que, eux prennent un minimum de plaisir, euh nous on fait passer nos objectifs mais eux doivent pas s'en rendre compte en fait. Eux ils viennent faire de la vannerie, ils viennent faire de la gym douce mais ils ont pas forcément notion des objectifs thérapeutiques que nous on peut avoir derrière quoi.

8) Justement qu'est-ce que vous mettez en place comme ateliers, activités ?

Alors nous il y a la gym douce, l'atelier équilibre, l'atelier pédalier, alors ça c'est au niveau activité physique, ah on fait de la danse aussi, j'ai des dames qui aiment beaucoup la danse donc euh c'est génial pour travailler l'équilibre. Euh il y a l'atelier écriture, atelier mémoire, atelier poésie euh qu'est-ce qu'on a encore... atelier expression alors ça peut être de l'expression verbale ou non verbale par le biais de jeux de mimes ou de jeux de rôles voilà on fait aussi du photolangage, là on travaille avec la psychologue. Donc ça c'est ce qui est expression. On fait une gazette tous les deux mois. Donc la gazette en fait c'est génial parce qu'elle regroupe tous nos objectifs donc euh ben les poésies on les met dans la gazette, euh rédiger les articles sur les sorties qui ont été faites avec mes collègues donc ça fait travailler la mémoire, ils doivent écrire un retour donc formuler des phrases correctes. Donc ça regroupe vraiment tous les ateliers qu'on peut faire au niveau ergo. Et euh qu'est-ce qu'on a d'autre... et ben euh l'activité artisanale ! Donc là ils viennent, c'est une journée complète, c'est le jeudi euh ils savent, j'arrive à 9h le matin, je m'en vais à 17h le soir et ils viennent quand ils veulent, ils font ce qu'ils veulent et moi j'encadre. On fait de la vannerie, de la poterie, on fait du cartonnage, on fait de la peinture, décoration de pots de fleur, là cette année on a fait une action jardinage où on a fait une vente de plants potagers, donc on a vendu des tomates, des courgettes, des potirons, des poivrons. Euh là ils sont en train de faire pousser des trucs pour la fête des mères qu'on va mettre dans des petits pots qu'ils auront décoré enfin voilà.

9) Et donc vos accompagnements sont à la fois individuels et en groupe ?

Alors c'est surtout en groupe. Au FAM, c'est surtout en groupe. Aux LAM et LHSS de l'autre côté, c'est plus individuel parce que forcément c'est de la rééducation donc je prends les personnes de manière individuelle. C'est du renforcement musculaire alors surtout renforcement musculaire membre sup pour pouvoir travailler les transferts. Euh voilà on s'est réparti le boulot avec les kinés en fait.

10) Selon vous, est-ce que vous favorisez la participation occupationnelle ?

Alors c'est-à-dire ?

Euh et bien est-ce que pour vous, à l'aide de tout ce que vous mettez en place, donc les moyens que vous avez pu me citer, est-ce que pour vous ça favorise la participation occupationnelle chez les personnes sans-abri ?

Ben oui mais euh... faut encore qu'elles soient d'accord pour venir. Alors quand elles viennent euh ben évidemment elles ne sont pas oisives pendant la demie journée où elles vont venir faire une activité donc euh ça veut dire que, elles ne fument pas toutes les 10 minutes leur clope et que donc au niveau pulmonaire et ben c'est mieux pour elles parce que c'est des gens qui en général sont BPCO (ndlr : BronchioPneumopathie Chronique Obstructive) donc qui ont des gros problèmes cardiaques, pulmonaires, elles devraient fumer moins mais au contraire elles font rien de leurs journées donc elles fument plus. Euh en même temps elles ne boivent pas de café tous les quarts d'heure non plus donc c'est mieux aussi au niveau cardio euh donc oui cette activité pour eux qui est occupationnelle permet de leur faire oublier on va dire bah tout ce qu'elles réclament à longueur de temps mais qui n'est pas bon pour eux. Mais il faut qu'elles viennent.

11) Si j'ai bien compris vous travaillez plutôt en équipe ?

Ouais ! Ouais ouais.

Est-ce que vous pourriez me décrire cette équipe, quels professionnels la composent ?

Alors euh, nous il y a essentiellement des aides soignants et des AMP (ndlr : Aide Médico-Psychologique). Euh ... voilà. Il y a un éduc spé, une monitrice éducatrice, enfin eux ils travaillent ensemble. Euh les kinés ce sont des kinés libéraux. Euh et il y a une équipe infirmière. Après il y a la psychologue, une assistante sociale et la chef de service et c'est tout.

Et ces professionnels ont quels objectifs vis-à-vis de la population des sans-abri ?

Alors euh l'équipe aides-soignants et AMP eux en fait font le même travail et donc ils sont plus dans les soins. Le matin ils sont plus dans les étages, le matin ils veillent à ce que les résidents prennent leur douche, enfin fassent leur toilette, fassent le ménage, ils les accompagnent en fait, dans ces activités là, dans le ménage de leur chambre et la douche. Donc en fait ça leur prend toutes la matinée. Après ils gèrent avec les résidents le repas et l'après-midi euh bah ils s'occupent du linge, enfin en fait ils font tourner la structure surtout quoi. Euh ils ne sont pas vraiment eux en activité avec les résidents si ce n'est que quelques sorties où les éduc veulent pas tout seul donc euh du coup il y a un éduc et souvent un AMP ou un aide-soignant qui partent en extérieur. Après au niveau des activités euh moi je suis toute seule. Avec mes stagiaires (rires).

Est-ce que vous diriez que vos collègues ont aussi comme objectif de favoriser la participation occupationnelle ou c'est plutôt votre objectif, en tant qu'ergothérapeute ?

Bah elles le font mais elles sont vraiment dans le côté occupationnel, plaisir, faire du beau euh moi avec mes résidents, j'estime pas faire de l'occupationnel en fait. Moi j'ai vraiment derrière quand même des objectifs bien précis euh... mes collègues elles en ont rien à faire de leur faire euh travailler l'équilibre par exemple. Alors des fois elles font des trucs euh moi j'arrive je dis ben vas y vas y on va faire comme ça et elles me disent mais non pourquoi tu veux faire comme ça, je dis bah parce que regarde madame elle a du mal à tendre le bras donc moi je mets le jeu un peu plus loin pour qu'elle doive tendre le bras. Mais ça ils ont pas ça en fait dans leur formation, ils ont pas cette notion là donc des fois on passe aussi pour des gros méchants quoi, les ergos parce que ben forcément nous on va compliquer la tâche dans un objectif de rééducation quoi. Euh par exemple j'aime bien emmener les gens au bowling parce qu'on a des gens qui ont énormément besoin de canaliser leur énergie mais du coup j'emmène pas du tout les mêmes personnes au bowling que mes collègues emmènent. Et j'en emmène moins forcément parce que c'est des gens qui vont envoyer la boule n'importe comment, elle peut atterrir trois pistes plus

loin donc je suis obligée de faire vraiment un gros boulot d'encadrement et travailler justement cette coordination et cette maîtrise de la gestion de leur énergie quoi (rires). Donc euh voilà nous on travaille tout le temps quelle que soit l'activité, je travaille tout le temps mes objectifs mais mes collègues elles ont pas du tout ces objectifs là, c'est plus vraiment dans le côté plaisir, occupationnel, faire du beau. Moi si en peinture ils me font des trucs moches ben tant pis je m'en fiche je me dis c'est représentatif de leur humeur d'aujourd'hui donc si demain la personne elle me fait quelques choses avec des couleurs super chatoyantes je vais me dire voilà elle va mieux ! Euh mes collègues souvent je vois euh là on a fait les masques de carnaval, il y a une dame elle a fait des masques tous noirs euh limite ils l'ont engueulée en lui disant bah non c'est moche, mettez de la couleur ce serait plus gai ! Bah oui mais madame elle allait pas bien, elle allait pas mettre du bleu, du vert, du rouge alors qu'elle allait pas bien. Et ça nous permet aussi d'avoir une représentation euh dans tout ce qui est artisanal on voit bien ressortir aussi ce que la personne ressent à un moment bien précis quoi.

12) Quels résultats avez-vous obtenus jusqu'à présent ?

Ben euh, quels résultats j'ai obtenu... J'en sais rien, c'est un éternel recommencement en fait. C'est très compliqué de travailler avec ce public là parce qu'on a l'impression de monter un escalier avec eux et puis on est tellement content et puis tout d'un coup boum ils redescendent à la première marche. On sait pas pourquoi mais du coup ben nous on redescend aussi avec eux à la première marche et euh... c'est frustrant, c'est fatigant (rires).

Donc c'est régulièrement les mêmes personnes que vous accueillez ?

Euh oui, au FAM c'est des gens qui restent. Aux LAM et LHSS c'est différent ils sont vraiment de passage mais là-bas on a pas du tout les mêmes objectifs, on a plus un objectif de rééducation. Bon ben moi je vois une personne pendant un temps donné, une fois qu'elle sait faire ses transferts convenablement j'ai plus besoin de travailler avec cette personne là. Donc c'est complètement différent.

13) Pour finir, souhaiteriez-vous mettre encore davantage de choses en place pour répondre au mieux à ces droits occupationnels ?

Oui j'ai proposé à l'association un projet d'ouverture d'un accueil de jour. Où on travaillerait ben ergo éduc pour avoir l'oeil d'éducatif et puis l'oeil thérapeutique. Un accueil de jour où pareil, on ferait différentes activités et où les gens pourraient être inscrits en fonction de leur PAI (ndlr : Projet d'Accueil Individualisé), en fonction de leurs besoins, de leurs difficultés, comment bah ils s'inscriraient dans des activités qui pourraient les aider à pallier leurs difficultés. En fait on se rend compte que, en structure, moi ma salle d'ergo elle est au troisième étage, il y a un ascenseur c'est pas un problème, ils ont très vite fait de monter. Mais du coup ils ont aussi très vite fait de partir. Donc euh ils sont en activité, il leur prend une lubie d'aller se chercher une tasse de café, ben ils vont se barrer mais je les verrai jamais revenir. Tandis que quand ils vont faire des activités en extérieur la donne elle est complètement différente. Ils vont et ils savent qu'ils y sont pendant un temps donné. Donc ils vont donner de leur personne et de leur énergie pendant dans tout ce temps là en fait. C'est pareil avec les kinés. On se rend compte que, quand ils vont chez le kiné, leur rééducation elle est bien plus productive que quand les kinés viennent ici à domicile.

D'accord. Je pense avoir toutes les informations dont j'avais besoin ! Merci pour le temps accordé car il n'a pas été facile pour moi de trouver des ergothérapeutes travaillant dans ce milieu !

Je me doute ouais ! De rien et puis ben bon courage pour le mémoire !

Merci beaucoup ! Au revoir !

De rien. Au revoir !

Ergothérapie et itinérance : le droit occupationnel chez les personnes Sans Domicile Fixe

Audrey Poirier

Résumé :

L'accompagnement et le devenir des personnes sans domicile fixe sont des problèmes de santé actuels que la société et le gouvernement tentent de résoudre. La question est de savoir comment l'ergothérapie peut contribuer à la résolution de ces problèmes de santé communautaire et en quoi les réponses qu'elle peut apporter face au droit occupationnel sont favorables à la réinsertion des personnes sans-abri.

Trois entretiens téléphoniques ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes.

Nous apprenons que ces ergothérapeutes, de par leur accompagnement et la mise en place d'ateliers, optimisent et diversifient la participation occupationnelle, valorisent les personnes sans-abri et permettent la reprise de liens sociaux favorisant la réinsertion sociale.

L'ergothérapie s'inscrit dans l'esprit de la santé communautaire ; elle donne les moyens aux personnes sans domicile fixe de pouvoir bénéficier de leur droit occupationnel et de se réinsérer au sein de la communauté.

Mots clés : • Ergothérapie • Personnes Sans Domicile Fixe • Droit occupationnel • Participation Occupationnelle • Réinsertion sociale

Occupational therapy and homelessness : occupational right in homeless people

Abstract :

This thesis focuses on the role that an occupational therapist can play in community health, with homeless people, and particularly on the answers he can give to occupational right to promote the reintegration of these persons.

The results were obtained through three interviews with occupational therapists.

In order to allow them a social reintegration, the occupational therapist diversifies and optimizes the occupational participation, values homeless people and allows recovery of social links.

By giving homeless people the means to benefit from their occupational right and to reintegrate society, occupational therapy is part of a community health policy.

Keywords : • Occupational therapy • Homeless person • Occupational right • Occupational participation • Social reintegration

