

Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



**L'approche communautaire en ergothérapie auprès des
personnes sans-abri : une réponse aux injustices
occupationnelles**

Mémoire d'initiation à la recherche

RAMSAMY Emma
Promotion 2017-2020

HERNANDEZ Hélène
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'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

***Je soussigné-e* RAMSAMY Emma**

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 Champhol

Le 05 mai 2020 signature

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

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

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

Remerciements

Je tiens à remercier,

Ma maîtresse de mémoire, Hélène Hernandez, pour ses précieux conseils ainsi que sa disponibilité et sa réactivité,

Les ergothérapeutes qui ont contribué à ce travail de recherche qui n'aurait pu exister sans leur participation,

L'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse et plus particulièrement l'ensemble de mes responsables pédagogiques qui ont accueilli mes doutes et qui m'ont encouragée dans ce projet ainsi que tout au long de ma formation,

Et enfin, de tout cœur, ma famille et mes amis, pour leur présence et leur soutien durant ces trois années.

Sommaire

Introduction.....	10
1. Cadre théorique.....	12
1.1. <i>Les personnes sans-abri</i>	12
1.1.1. La précarité.....	12
1.1.2. La pauvreté.....	12
1.1.3. L'exclusion sociale	13
1.1.4. Le sans-abrisme	13
1.2. <i>La santé et ses concepts associés</i>	15
1.2.1. La santé.....	15
1.2.2. Les déterminants de la santé.....	15
1.2.3. Les inégalités sociales de santé	15
1.2.4. La stratégie nationale de santé.....	16
1.2.5. La promotion de la santé.....	17
1.2.6. L'approche communautaire.....	17
1.3. <i>L'ergothérapie et ses concepts associés</i>	19
1.3.1. L'ergothérapie	19
1.3.2. L'occupation	20
1.3.3. La justice occupationnelle.....	21
1.3.4. Les formes d'injustice occupationnelle.....	23
1.4. <i>Le lien entre l'ergothérapie et les personnes sans-abri</i>	24
1.5. <i>Le lien entre l'ergothérapie et l'approche communautaire</i>	25
2. Problématique et hypothèse.....	27
3. Cadre méthodologique	28
3.1. <i>Objectifs de la recherche</i>	28
3.2. <i>Choix de la méthode de recherche</i>	28
3.3. <i>Choix de la population</i>	29

3.3.1. Critères d'inclusion.....	29
3.3.2. Recherche des participants.....	29
3.4. <i>Choix de l'outil de recueil de données</i>	30
4. Présentation et analyse des résultats.....	31
4.1 <i>Présentation des résultats</i>	31
4.1.1. Présentation des participants	31
4.1.2. Pratique professionnelle des participants	32
4.1.3. Injustices occupationnelles chez les personnes sans-abri	35
4.1.4. Approche communautaire.....	36
4.1.4. Ouverture.....	39
4.2. <i>Analyse et interprétation des résultats</i>	39
4.2.1. Présentation des participants	39
4.2.2. Pratique professionnelle des participants	40
4.2.3. Injustices occupationnelles chez les personnes sans-abri	41
4.2.4. Approche communautaire.....	41
5. Discussion	42
5.1. <i>Retour sur l'hypothèse de recherche</i>	42
5.2. <i>Biais, limites et perspectives de l'étude</i>	44
5.2.1. Biais.....	44
5.2.2. Limites	44
5.2.3. Perspectives	45
5.3. Projection professionnelle.....	45
6. Conclusion.....	46
Annexes.....	1

Introduction

La conclusion d'un enseignement qui nous a été dispensé lors de notre première année de formation indiquait qu'il existe différents motifs de marginalisation impactant à la fois la capacité et le pouvoir des personnes à construire leur propre destin ainsi que leur participation sociale. Cette conclusion soulevait la problématique suivante : Faut-il nécessairement être malade pour bénéficier de soins en ergothérapie ?

Parmi les différents motifs de marginalisation évoqués, le handicap, la vieillesse et la précarité ont été cités et plus précisément le fait de ne pas avoir de domicile fixe. Ce dernier motif m'a particulièrement interpellée. En effet, je ne saurais énumérer le nombre de fois où je suis passée devant une personne « faisant la manche ». En revanche, je sais que chacun de ces passages a systématiquement fait émerger en moi un sentiment mêlé à la fois d'impuissance et d'injustice.

J'ai choisi la profession d'ergothérapeute car son principal objectif est de permettre à chaque personne de participer aux activités¹ dont elle a besoin et/ou envie, de s'y engager et de les réaliser peu importe ses capacités ou incapacités. Selon moi, l'ergothérapie lutte de fait contre l'injustice que peuvent représenter le handicap ou encore la vieillesse. Songer alors que cette même profession peut lutter contre une autre forme d'injustice qu'est la précarité a fortement suscité mon intérêt. Finalement, pourquoi l'ergothérapeute ne pourrait-il pas permettre à chaque personne de recourir aux activités dont elle a besoin et/ou envie peu importe ses capacités ou incapacités et peu importe son contexte de vie et ses ressources ?

J'ai donc entamé une réflexion sur l'apport des compétences de l'ergothérapeute dans l'amélioration de la condition des personnes sans-abri et j'en suis arrivée au constat suivant :

¹ Le terme « activité » devant être compris comme le terme anglo-saxon « occupation ». Les occupations comprennent « *toutes les activités que réalise une personne pour s'épanouir à travers un projet de vie personnel* » (ANFE, 2017) soit toutes les activités qu'une personne a envie de faire, besoin de faire ou doit faire (WFOT, 2012).

La situation de précarité, de pauvreté et d'exclusion sociale des personnes sans-abri les conduit à subir des injustices occupationnelles. Ces injustices étant des « *inégalités quant aux possibilités de participer à des occupations significatives et à l'accès aux ressources permettant une telle participation* » (Townsend in Monin, 2019). L'ergothérapeute, qui place l'occupation au centre de sa pratique, apparaît alors comme l'un des acteurs de l'accompagnement de ce profil de population.

Cependant, en France, peu d'ergothérapeutes travaillent auprès de personnes sans-abri. L'injustice occupationnelle et les concepts qui y sont associés sont peu voire non abordés lors du parcours de formation. Pour cause, ce n'est pas une obligation. L'ergothérapeute, manquant d'informations et de formation, est donc susceptible de se sentir démuni face à cette population qui présente de nombreuses problématiques occupationnelles.

Ce constat, qui axe notre recherche sur les approches que l'ergothérapeute pourrait utiliser afin d'accompagner les personnes sans-abri, nous conduit à nous poser la question suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner les personnes sans-abri qui souffrent d'injustice occupationnelle ?

Afin de répondre à cette question de départ, nous allons dans un premier temps nous intéresser aux concepts théoriques nécessaires à la compréhension de ce travail de recherche. Nous nous intéresserons ensuite à la méthodologie de recherche utilisée afin de répondre à la problématique qui découle de la mise en tensions de ces concepts. Enfin, l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus grâce à une enquête de terrain nous permettront d'aboutir à une discussion.

1. Cadre théorique

1.1. Les personnes sans-abri

1.1.1. La précarité

La notion de précarité est apparue à la suite de la crise économique et sociale des années 80. Elle correspond à « *l'instabilité des situations de vie* » (Potvin, Moquet et Jones, 2010). Elle est définie plus spécifiquement par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités offrant la possibilité à un individu ou à un ménage d'assumer ses obligations familiales, professionnelles et sociales et de jouir de ses droits fondamentaux. Lorsque l'insécurité qui en résulte affecte plusieurs domaines de l'existence et perdure dans le temps, elle peut avoir de graves conséquences telles que la pauvreté (Wresinski, 1987).

1.1.2. La pauvreté

Sont considérées comme pauvres « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent* » (Conseil des ministres de l'Union européenne, 1984). Cette définition rend compte du caractère multidimensionnel de la pauvreté.

En France, la pauvreté est davantage associée au revenu monétaire. La pauvreté monétaire est un statut social attribué à un individu ou à un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce seuil est établi en fonction de la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population (Institut National des Etudes Economiques (INSEE), 2016). Une étude menée par l'INSEE nous apprend qu'en 2016, 14% de la population française vivait en dessous du seuil de pauvreté.

Selon Potvin, Moquet et Jones, « *vivre en situation de pauvreté implique un plus grand niveau de stress, un plus grand sentiment d'absence de contrôle de sa vie et de devoir composer avec moins d'opportunités et de ressources que les populations plus nanties matériellement ou socialement* » (Potvin, Moquet et Jones, 2010).

1.1.3. L'exclusion sociale

La précarité peut également conduire à l'exclusion sociale. L'exclusion sociale est « *la négation ou le non-respect des droits fondamentaux et notamment des droits sociaux, ces derniers étant caractérisés par le droit à une certaine qualité de vie minimale ainsi que par celui de participer aux principales institutions sociales et professionnelles* » (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, 2000). Il s'agit d'un phénomène de marginalisation des personnes qui ne correspondent pas ou plus au modèle dominant d'une société (Bourdieu et Paugam in Monin, 2019). L'exclusion sociale est également caractérisée « *par un processus plus ou moins brutal de rupture des liens sociaux, généralement non choisi et mal perçu socialement* » (Potvin, Moquet et Jones, 2010).

1.1.4. Le sans-abrisme

Outre la pauvreté et l'exclusion sociale, la précarité peut également avoir pour conséquence le mal-logement ou encore le sans-abrisme.

En France, près de 15 millions de personnes sont touchées par la crise du logement. Parmi celles-ci, environ 12 millions rencontrent des difficultés de logement (impayés de loyers, surpeuplement, précarité énergétique...) et environ 4 millions sont mal logées voire privées de logement personnel (Fondation Abbé Pierre, 2019). Les personnes privées de logement personnel constituent la population des personnes sans-abri. Il n'est pas aisé de définir cette population tant ses membres présentent des profils variés. Comme rappelé au cours de la conférence de consensus sur les personnes sans-abri :

« les personnes sans domicile forment une population hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiables. Contrairement au sens commun qui définit la personne sans domicile comme celle qui dort dehors et plus directement celle qu'on voit dans la rue, il y a un consensus sur le fait que les personnes sans domicile ne forment pas un groupe social homogène distinct du reste de la population » (Conférence de consensus sur les personnes sans-abri, 2007).

Bien que le nombre d'enquêtes conduites afin d'appréhender cette population ait augmenté en France, les personnes sans-abri restent une population peu ou mal représentée. Les enquêtes Sans-Domicile menées en 2001 et en 2012 par l'INSEE auprès des personnes utilisatrices des services d'aide ont permis une meilleure connaissance des personnes sans-domicile fixe, c'est-à-dire des personnes qui, un jour donné, ont eu recours à un service d'hébergement ou ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (abri de fortune, rue...) la nuit précédente (INSEE, 2001). Ces enquêtes n'incluent pas les personnes en situation de logement difficile (hébergement chez un proche ou dans des logements insalubres et surpeuplés) et les personnes ne fréquentant pas les services d'hébergement et de repas qui, cependant, comme les personnes sans-domicile fixe, font partie de la population des personnes sans-abri.

On apprend de ces enquêtes qu'en 2012, plus de 140 000 personnes sont sans-domicile fixe. La population des personnes sans-domicile fixe a donc augmenté de plus de 50% en onze ans. Elle reste principalement masculine, cependant, le nombre de femmes a fortement augmenté tout comme le nombre d'enfants. De plus, elle comprend une proportion plus importante de personnes nées à l'étranger.

Le mode d'hébergement principal des personnes sans-domicile fixe reste le centre d'accueil mais l'hébergement en hôtel est de plus en plus fréquent. Les hôtels accueillant notamment des couples sans-domicile fixe sont de plus en plus nombreux.

Le Revenu de Solidarité Active (RSA) est la ressource la plus souvent perçue. Cependant, il est à noter qu'un quart des adultes sans-domicile fixe âgés de moins de 65 ans ont un emploi et perçoivent un salaire.

Enfin, l'état de santé perçu des personnes sans-domicile fixe est moins bon que celui des personnes bénéficiant d'un logement ordinaire.

Afin de comprendre les disparités de santé qui existent entre les personnes sans-abri et le reste de la population, il convient de s'intéresser à la santé et aux concepts qui y sont associés.

1.2. La santé et ses concepts associés

1.2.1. La santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946). La santé peut aussi être définie comme « *la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie* » (Editeur officiel du Québec, 2011). L'état de santé d'une personne peut être influencé par des facteurs appelés « déterminants » de la santé.

1.2.2. Les déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont des « *facteurs définissables qui influencent l'état de santé ou qui y sont associés* » (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Les déterminants de la santé peuvent être individuels, c'est-à-dire propres à l'individu, ou sociaux, c'est-à-dire propres à l'environnement dans lequel l'individu évolue. Les déterminants sociaux de la santé regroupent l'ensemble des facteurs socio-économiques tels que les « *circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* » (OMS, 2008) ainsi que « *les forces et les systèmes plus larges qui influencent ces conditions de vie* » (Albuquerque, 2019). Ce sont des facteurs externes qui dépendent de la répartition de l'argent, des ressources, du pouvoir et qui reflètent des choix politiques. Les déterminants sociaux de la santé constituent l'une des principales causes des inégalités sociales de santé (OMS, 2008).

1.2.3. Les inégalités sociales de santé

Selon le Haut Conseil de la santé publique, ces Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont « *des différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais de plus, qui sont considérées comme inévitables et injustes* » (Haut conseil de la santé publique, 2009).

Les ISS témoignent du lien étroit entre la santé et l'appartenance à un groupe social. En effet, elles « *reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux* » (Potvin, Moquet et Jones, 2010).

Les définitions de la santé mettent en avant le caractère social de cette dernière. La seconde définition insiste plus particulièrement sur l'importance d'agir et d'avoir un rôle au sein de la communauté ou du groupe social auquel on appartient.

Les personnes sans-abri, vivant dans des situations précaires et en marge de la société, ne peuvent donc pas être considérées en « bonne santé ». En effet, « être précarisé », « être pauvre » ou encore « être socialement exclu » sont des déterminants sociaux de la santé qui impactent négativement l'état de santé des personnes sans-abri et majorent les ISS dont elles souffrent.

1.2.4. La stratégie nationale de santé

En France, la lutte contre les ISS est une priorité de santé publique. Ainsi, en 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé a adopté pour les cinq années suivantes (2018-2022) une nouvelle stratégie nationale de santé. La stratégie nationale de santé « *constitue le cadre de la politique de santé et se fonde sur l'analyse du Haut Conseil de la santé publique sur l'état de la santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables* » (Monin, 2019). Un des quatre axes de cette stratégie est la lutte contre les inégalités sociales et territoriales.

La stratégie nationale de santé actuelle s'intéresse donc aux problématiques des populations précaires et vulnérables et vise l'équité en matière de santé. La promotion de la santé est un moyen pouvant être utilisé afin d'atteindre cette équité.

1.2.5. La promotion de la santé

La promotion de la santé est définie par l'OMS comme « *un processus de mise en capacitation – empowerment² – des populations afin qu'elles obtiennent un meilleur contrôle sur leur santé et ses déterminants en vue de l'améliorer* » (Albuquerque, 2019). Elle est composée de pratiques et de stratégies diversifiées et spécialisées qui visent « *le changement des comportements humains et des environnements sociaux liés à la santé* » (O'Neill in Monin, 2019). Elle s'appuie notamment sur « *des approches collectives et participatives* » ainsi que sur « *des démarches communautaires centrées sur les besoins des personnes* » (Monin, 2019). En effet, l'action communautaire ou approche communautaire est reconnue comme une stratégie clé en promotion de la santé (Monin, 2019).

1.2.6. L'approche communautaire

L'approche communautaire « *désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière* » (OMS, 1998). Cette définition peut être complétée par celle de Lamoureux, Lavoie et Mayer qui écrivent que :

« l'action communautaire en promotion de la santé désigne toute initiative de personnes, d'organismes communautaires, de communautés (territoriale, d'intérêt, d'identité) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun, contribuant à exercer un plus grand contrôle sur les déterminants de la santé, à améliorer leur santé et à réduire les inégalités sociales de santé. » (Lamoureux, Lavoie et Mayer in Monin, 2019).

Selon Morel, l'approche communautaire permet également d'« *améliorer les conditions de vie et de participation sociale des citoyens particulièrement ceux et celles qui sont en situation d'exclusion* » et d'« *accroître le sentiment d'appartenance au milieu* » (Morel, 2007).

² L'empowerment est un processus d'« *accroissement de la capacité d'agir pour une personne ou pour un groupe* » (Potvin, Moquet et Jones, 2010).

L'approche communautaire se mène au niveau d'un territoire qui doit donc être préalablement défini. Le territoire constitue en effet un levier puisque *« les milieux de vie quotidienne qui le composent sont des ressources et des lieux d'ancrage pour les actions »* (Monin, 2019). De plus, la communauté doit être impliquée dans l'ensemble de la démarche ce qui suggère que les actions sont coconstruites entre la communauté et les professionnels (Monin, 2019). L'échange de connaissances entre communauté et professionnels *« contribue à redonner confiance et estime de soi au public ciblé par l'action souvent précaire et permet aussi la construction d'un langage commun ainsi que l'identification des ressources de la communauté »* (Monin, 2019). Enfin, l'approche communautaire s'appuie sur une méthodologie spécifique divisée en cinq phases.

La première phase a pour but de définir la communauté et le territoire d'action. Une communauté étant un :

« groupe de personnes, qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire. » (OMS, 1998).

Selon Hyppolite et Parent, les communautés peuvent être d'identité, d'intérêt et territoriales. Les communautés d'identité partagent une identité acquise ou souhaitée. Les communautés d'intérêt partagent des problèmes sociaux communs. Enfin, les communautés territoriales partagent un même territoire (Hyppolite et Parent in Monin, 2019).

La seconde phase a pour but de procéder à l'analyse de la situation de la communauté aussi appelée « diagnostic communautaire ». Ce diagnostic permet de faire émerger un besoin ou un problème social.

La troisième phase a pour but de définir et de planifier les actions et stratégies à mettre en œuvre pour répondre à ce besoin ou à ce problème.

Enfin, la quatrième et la cinquième phases ont respectivement pour objectif de réaliser ces actions puis de procéder à leur évaluation.

Nous pouvons constater que la stratégie nationale de santé actuelle vise l'équité en matière de santé, c'est-à-dire la réduction des ISS, et qu'il existe des stratégies, telles que la promotion de la santé et plus particulièrement l'approche communautaire, permettant d'atteindre cet objectif. L'ergothérapeute, en tant que professionnel de santé, se doit d'être acteur des politiques de santé actuelles donc de se saisir de ces stratégies.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'ergothérapie et aux concepts qui y sont associés.

1.3. L'ergothérapie et ses concepts associés

1.3.1. L'ergothérapie

L'ergothérapie est une profession de santé qui s'exerce à la fois dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. Elle est fondée sur le lien entre l'activité humaine et la santé, l'activité devant être comprise comme le terme anglo-saxon « occupation ».

L'objectif de l'ergothérapie est de diminuer les restrictions d'activités rencontrées par une personne ou par un groupe de personnes afin de permettre la réalisation de ces activités de façon efficace et sécurisée. Par conséquent, l'ergothérapie réduit voire supprime les situations de handicap rencontrées par ces personnes. Elle tend à maintenir, à développer ou à restaurer leur autonomie, leur indépendance ainsi que leur implication dans la société. Pour atteindre cet objectif, l'ergothérapeute tient compte des habitudes de vie de ces personnes ainsi que de leur environnement (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2010).

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) ajoute à cette définition que l'ergothérapeute cherche et met en place avec la ou les personnes des solutions afin de « *relever le défi du quotidien* » et de leur permettre « *d'agir, de retrouver leur rôle social et ainsi de mener une vie satisfaisante* » (ANFE, 2019).

La World Federation of Occupational Therapy (WFOT) définit l'ergothérapie comme une profession concernée par la promotion du bien-être et de la santé à travers l'occupation dont l'objectif principal est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Pour atteindre cet objectif, les ergothérapeutes travaillent avec une personne ou une communauté afin d'améliorer leur capacité à s'engager dans les occupations qu'elles ont envie, besoin ou qu'elles doivent réaliser en adaptant ces occupations ou en modifiant l'environnement (WFOT, 2012).

Ainsi, « *l'objectif de la profession reste bien d'habiliter les personnes à participer aux activités de la vie quotidienne au sein de leur communauté rejoignant fortement la promotion de la santé* » (Albuquerque, 2019) afin de contribuer à leur bien-être et à leur santé.

Après avoir défini l'ergothérapie, nous allons nous intéresser à un concept clé de sa définition : l'occupation.

1.3.2. L'occupation

Selon Doris Pierce,

« une occupation est une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un événement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socioculturelles perçues qui sont propres à cette occurrence unique. Une occupation a une forme, une cadence, un début et une fin, un aspect partagé ou solitaire, un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues. » (Pierce, 2016).

L'occupation est donc une expérience ponctuelle, propre à individu, qui a une signification culturelle et sociale pour ce dernier. Elle se déroule dans un contexte spatiotemporel précis et elle possède encore bon nombre d'autres caractéristiques.

Le groupe European Network of Occupation Therapy (ENOTHE) définit quant à lui les occupations comme « *un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société* » (ENOTHE).

Ainsi, les occupations désignent l'ensemble des activités auxquelles s'adonne une personne et qui ont du sens pour elle dans son contexte de vie et dans son quotidien. Elles comprennent « *toutes les activités que réalise une personne pour s'épanouir à travers un projet de vie personnel* » (ANFE, 2017).

1.3.3. La justice occupationnelle

Dans un second temps, nous allons nous intéresser à la définition de la justice occupationnelle.

Afin de comprendre ce qu'est la justice occupationnelle, il est important de définir ce qu'est la justice sociale en amont. Cependant, il n'existe pas une définition universellement reconnue de chacun de ces concepts. Ces derniers sont « évolutifs », culturellement définis et, de fait, susceptibles de différer. Les définitions proposées ont été construites à la suite de lectures de divers articles scientifiques.

La justice sociale est un concept revendiquant le fait que tous les êtres humains ont la même valeur et qu'ils doivent donc être traités de la même façon. Ils doivent également avoir accès aux mêmes droits et aux mêmes responsabilités. Pour ce faire, une répartition juste des ressources et des opportunités permises par ces ressources doit être faite (Whiteford et Townsend, 2011).

La justice occupationnelle est considérée comme un aspect, un complément ou encore un dérivé de la justice sociale (Wilcock et Townsend, 2010). Il s'agit d'un concept qui repose sur la conviction que, puisque l'Homme est un être occupationnel, l'engagement et la participation dans des occupations significatives contribuent à sa qualité de vie et à sa santé. Elle est définie par un accès équitable aux opportunités et aux ressources permettant à chaque individu de faire, d'appartenir, et de devenir ce qu'il a le potentiel d'être, ainsi que par l'absence de préjudice évitable (Wilcock et Hocking, 2015). En effet, afin qu'un individu puisse mettre à profit l'ensemble de ses capacités et s'épanouir, il doit avoir l'opportunité de s'engager dans les occupations de son choix. Ainsi, dans la perspective de la justice occupationnelle, tous les êtres humains doivent avoir accès aux mêmes opportunités de s'engager dans les occupations qui leur sont propres afin de répondre à leurs besoins tout en développant leur potentiel (Wilcock et Townsend, 2009).

L'accès aux occupations qui nous sont propres est donc revendiqué comme un droit. Les droits occupationnels sont définis comme le droit de tous les individus de s'engager dans des occupations significatives qui contribuent positivement à leur bien-être et au bien-être de leur communauté (Hammell, 2008). Synthétisant les principes repris dans la « Position Statement on Human Rights » élaborée par la WFOT, Stadnyk identifie quatre droits occupationnels majeurs : le droit d'être autonome dans le choix de ses occupations ; le droit de participer à des occupations qui contribuent au développement personnel, à la santé et à l'inclusion sociale ; le droit de faire l'expérience d'occupations enrichissantes et significatives et enfin le droit de bénéficier de privilèges induits par la participation à ces occupations.

Chacun de ces droits est associé à une forme d'injustice occupationnelle. En effet, tout ce qui restreint la participation d'une personne dans ses occupations est considéré comme étant une injustice (Wilcock et Townsend, 2004). Dans la littérature, cinq formes d'injustice occupationnelle sont décrites : l'apartheid occupationnel, la marginalisation occupationnelle, le déséquilibre occupationnel, l'aliénation occupationnelle et enfin la privation occupationnelle.

1.3.4. Les formes d'injustice occupationnelle

Nous allons maintenant nous intéresser aux définitions des différentes formes d'injustice occupationnelle.

L'apartheid occupationnel se produit lorsqu'une catégorie d'individus ne peut pas s'engager librement dans les occupations de son choix du fait d'une ou de plusieurs de ses caractéristiques personnelles : âge, nationalité, statut social, etc.

La marginalisation occupationnelle se produit lorsqu'une catégorie d'individus n'est pas autorisée à choisir les occupations dans lesquelles elle peut s'engager du fait de normes informelles déterminant qui a le droit ou non de participer à certaines occupations. Les individus souffrant de marginalisation occupationnelle ne peuvent majoritairement que participer à des occupations socialement peu valorisées offrant peu de liberté de choix, de contrôle (Stadnyk et al., 2010). Cette marginalisation peut conduire à l'exclusion sociale (Hammell, 2008).

L'aliénation occupationnelle se produit lorsqu'une personne s'adonne à des occupations dénuées de sens et insatisfaisantes.

Le déséquilibre occupationnel se produit lorsqu'une personne doit allouer plus de temps à certaines occupations au détriment d'autres.

Enfin, la privation occupationnelle se produit lorsqu'un individu n'a pas l'opportunité de s'engager dans les occupations de son choix du fait de causes externes telles que le contexte dans lequel il évolue (économique, politique, social...) ou encore son environnement. La privation occupationnelle a des effets à long terme sur les individus (Whiteford, 2012) et peut avoir d'importantes conséquences sur la santé (Wilcock, 2006).

1.4. *Le lien entre l'ergothérapie et les personnes sans-abri*

Pour résumer leur situation, les personnes sans-abri rencontrent au quotidien de nombreuses problématiques qui, lorsqu'elles se cumulent, empirent leur condition : impossibilité de répondre à leurs besoins fondamentaux (besoins physiologiques et besoins de sécurité), problèmes de santé, accès difficile au logement et à l'emploi, précarité, pauvreté, exclusion sociale... Elles n'ont accès ni aux mêmes droits, ni aux mêmes occupations, qu'un individu lambda dont la condition serait stable. Elles sont à la fois privées de justice sociale et de justice occupationnelle. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, si des facteurs externes conduisent à une restriction de la participation de l'individu dans ses occupations, ses droits occupationnels ne sont pas respectés. Il souffre alors d'injustice occupationnelle.

Chez les personnes sans-abri, l'injustice occupationnelle peut prendre plusieurs formes susceptibles de coexister. Or, selon la « Position Statement on Human Right » élaborée par la WFOT, un des défis auquel l'ergothérapeute doit faire face est d'accepter la responsabilité professionnelle d'identifier et de lutter contre les injustices occupationnelles afin de limiter leur impact sur les individus (WFOT, 2006). Ainsi, pour remplir ses devoirs professionnels, l'ergothérapeute doit à la fois s'engager dans la lutte contre les ISS et dans la lutte contre les injustices occupationnelles dont souffrent les personnes sans-abri.

En ergothérapie, il existe une opportunité de travailler avec des populations qui souffrent d'injustice occupationnelle et qui sont socialement exclues afin de découvrir des alternatives à la participation et de créer des sociétés qui sont davantage « occupationnellement » et « socialement » inclusives (Townsend et Hocking, 2015). Pour ce faire, il convient de travailler à l'échelle d'une communauté ou d'une population et non d'un individu. Hanneke Van Bruggen, ergothérapeute, affirme que « *s'engager dans la justice occupationnelle en développant des approches communautaires fondées sur l'occupation dans lesquelles tous les individus trouvent leur place est une étape pour combattre la pauvreté, les inégalités sociales de santé et la privation occupationnelle* » (Van Bruggen, 2014).

L'utilisation de l'approche communautaire auprès des personnes sans-abri permettrait donc à l'ergothérapeute, d'une part, de répondre aux exigences des politiques de santé actuelles en s'engageant dans la lutte contre les ISS et en se saisissant des stratégies en promotion de la santé. D'autre part, elle lui permettrait également de lutter contre l'injustice occupationnelle.

1.5. *Le lien entre l'ergothérapie et l'approche communautaire*

L'approche communautaire a des similitudes avec les approches qui existent en ergothérapie telles que l'approche client-centrée et l'approche top-down. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'approche communautaire repose « *sur un repérage collectif des problèmes et des potentialités qui implique la population (diagnostic)* » (Morel, 2007). De plus, elle s'appuie sur « *la participation de tous les acteurs concernés (décideurs, professionnels, usagers)* » et « *inclut les dynamiques sociales à l'œuvre dans la collectivité* » (Morel, 2007). Ainsi, dans l'approche communautaire, les ressources du groupe sont utilisées pour identifier ses propres problématiques ainsi que les solutions et moyens possibles pour y répondre. En outre, les initiatives déjà mises en place par les différents acteurs locaux sont mises à profit. Cette approche peut donc s'apparenter à une approche client-centrée en ergothérapie qui est définie comme une « *approche fondée sur la collaboration et le partenariat, utilisée pour promouvoir l'occupation auprès de clients qui peuvent être des individus, des groupes, des organismes privés ou gouvernementaux, des associations ou autres* » (Association canadienne des ergothérapeutes, 2002).

Enfin, dans l'approche communautaire, on s'intéresse aux problématiques occupationnelles des communautés, et non à ses incapacités, qui sont davantage d'origine sociale que pathologique. Cette approche s'apparente donc également à une approche top-down qui est définie comme une approche qui apprécie la personne dans sa globalité et qui « *s'intéresse à sa participation dans ses contextes de vie pour déterminer ce qui est important et pertinent pour elle* » (Brown, Chien, 2010).

Certains ergothérapeutes se sont d'ailleurs déjà saisis de l'approche communautaire. C'est ce que nous allons voir avec l'exemple de l'association Embellimur.

L'association Embellimur a été créée en 2011 par Laurent Vuilleumier, un ergothérapeute suisse travaillant dans le domaine de la migration depuis plusieurs années. L'association accompagne des personnes demandeuses d'asile ou réfugiées ainsi que des personnes en mesure d'insertion sociale. L'activité principale proposée par l'association est la réalisation de grandes fresques murales en mosaïque sur les murs du canton.

D'autres activités sont également proposées telles que des activités de loisirs, créatives et sportives, du jardinage ou encore des repas communautaires. L'association propose également des suivis ergothérapeutiques individuels.

L'association s'essaie à répondre aux problématiques occupationnelles des personnes qu'elle accompagne en :

- Permettant aux personnes de s'impliquer dans des activités significatives au sein de ces ateliers et dans la communauté,
- Distribuant une indemnité financière aux personnes ayant participé aux chantiers issue des gains qu'ils ont généré,
- Favorisant la mobilité des usagers en leur délivrant une attestation de présence qui leur permet d'obtenir un abonnement aux transports publics.

Les actions de l'association permettent aux usagers de s'engager dans de nouvelles occupations dans un cadre bienveillant et sécurisé. Elles leur permettent également de renforcer leur estime personnelle ainsi que le sentiment d'avoir un contrôle sur leur existence. Enfin, ces actions permettent également aux usagers d'avoir un rôle au sein de la communauté et favorisent leur intégration sociale.

Ainsi, « l'association tente de favoriser, à son échelle, une forme de justice occupationnelle auprès d'une population fortement touchée par les inégalités, la discrimination et confrontée à de nombreux obstacles pour développer et accéder aux occupations souhaitées » (Boder, Vuilleumier, 2017).

2. Problématique et hypothèse

Le rôle de l'ergothérapeute qui s'engage dans l'approche communautaire est d'évaluer l'environnement d'individus constituant une communauté et les ressources dont ils disposent afin de déterminer dans quelle mesure leur participation occupationnelle est possible. Ce travail lui permettra ensuite de créer un environnement favorisant l'accès à de nouvelles occupations, l'intégration ainsi que la participation occupationnelle et sociale des individus au sein de la communauté.

L'approche communautaire semble être un outil idéal pour lutter contre l'injustice occupationnelle. Elle permet de traiter des problématiques occupationnelles communes à une population afin d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des membres de celle-ci. Elle pourrait donc être une approche dont les ergothérapeutes pourraient se saisir afin d'accompagner les personnes sans-abri.

L'approche communautaire constitue le modèle de notre étude. Nous avons cherché à savoir si cette approche pouvait être utilisée par les ergothérapeutes auprès des personnes sans-abri. Ainsi, notre question de recherche est la suivante :

En quoi l'utilisation de l'approche communautaire en ergothérapie peut-elle contribuer à la lutte contre l'injustice occupationnelle dont souffrent les personnes sans-abri ?

Afin de répondre à cette problématique, une méthode hypothético-déductive a été utilisée. Cette méthode suppose de construire une ou plusieurs hypothèses. L'hypothèse de notre recherche est la suivante : **L'utilisation de l'approche communautaire en ergothérapie auprès de personnes sans-abri leur permet de participer à des occupations qui renforcent leur estime de soi.**

Dans le but de valider ou d'invalider cette hypothèse, nous avons réalisé une enquête de terrain. La méthodologie que nous avons utilisée pour mener cette enquête est détaillée dans la partie suivante.

3. Cadre méthodologique

3.1. *Objectifs de la recherche*

Les personnes sans-abri présentent de nombreuses problématiques occupationnelles. Elles souffrent notamment d'injustices occupationnelles. L'objectif principal de cette étude était de déterminer si l'utilisation de l'approche communautaire en ergothérapie auprès de ces personnes peut réduire ces injustices notamment en contribuant au renforcement de l'estime de soi. En outre, cette enquête avait également pour objectifs de réfléchir aux conditions garantissant l'efficacité et la pertinence d'une telle approche ainsi qu'à ses éventuelles limites et de questionner les approches utilisées par les ergothérapeutes auprès des personnes sans-abri d'une façon plus générale.

3.2. *Choix de la méthode de recherche*

Il existe deux méthodes pour conduire une recherche : la méthode quantitative et la méthode qualitative. La méthode quantitative permet de recueillir des données quantifiables afin de produire des statistiques. La méthode qualitative s'intéresse quant à elle aux aspects qualitatifs des actions sociales tels que les jugements, les motivations ou encore le sens que donnent les individus à ces actions. L'objectif de cette méthode est de se rapprocher au plus près de leur définition de la réalité.

La méthode qualitative semblait être la plus appropriée pour échanger sur les approches utilisées par les ergothérapeutes auprès des personnes sans-abri et pour questionner l'intérêt de l'approche communautaire dans la lutte contre l'injustice occupationnelle dont elles souffrent. En effet, ces données ne peuvent être mesurées.

Il existe deux approches dans la méthode qualitative : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. L'approche inductive consiste en l'élaboration d'une hypothèse de travail à partir de données recueillies sur le terrain. Cette hypothèse aboutit à une problématique au fur et à mesure du déroulement de l'enquête.

L'approche hypothético-déductive consiste en l'élaboration d'une ou de plusieurs hypothèses de recherche en réponse à une problématique qui découle d'un travail de lectures établi en amont. Ces hypothèses sont validées ou invalidées à la fin de l'enquête.

Dans notre recherche, nous avons utilisé une approche hypothético-déductive. Après avoir formulé l'hypothèse de notre recherche, nous avons mené une enquête de terrain puis nous avons analysé et interprété les résultats de celle-ci via la littérature afin de valider ou d'invalidier notre hypothèse.

3.3. *Choix de la population*

3.3.1. Critères d'inclusion

Dans le cadre de notre enquête et conformément à la loi relative aux recherches impliquant la personne humaine du 2 mars 2012, plus communément appelée Loi Jardé, nous avons eu la possibilité de nous entretenir avec des professionnels de santé tels que des ergothérapeutes.

Ainsi, dans notre recherche, nous avons interrogé des ergothérapeutes diplômés ayant travaillé ou travaillant encore à ce jour avec des personnes sans-abri. Il s'agissait là de nos seuls critères d'inclusion. Pour cause, peu d'ergothérapeutes interviennent auprès de cette population. Il était donc important de ne pas avoir de critères trop restrictifs. De plus, nous tenions à échanger sur les approches qu'ils utilisaient ou utilisent encore auprès des personnes sans-abri et à recueillir leur opinion sur l'intérêt de l'approche communautaire. Ainsi, la diversité de leur expérience et de leur parcours ne pouvait qu'enrichir notre réflexion.

3.3.2. Recherche des participants

Nous avons cherché à prendre contact par courriel avec des ergothérapeutes qui, lors des Quatrième Assises Nationales de l'Ergothérapie, ont eu l'opportunité de présenter leur expérience auprès de personnes sans-abri au travers de conférences.

Malheureusement, nous n'avons pas eu de retour de leur part. Parallèlement, nous avons sollicité les réseaux sociaux afin d'entrer en contact avec des ergothérapeutes répondant à nos critères d'inclusion. Nous avons pu nous entretenir avec cinq d'entre eux.

3.4. Choix de l'outil de recueil de données

L'outil de recueil de données que nous avons choisi d'utiliser pour conduire notre enquête est l'entretien semi-directif. Un entretien semi-directif permet de comprendre le sens que l'enquêté donne à ses pratiques. Il laisse la place à l'échange et aux digressions c'est-à-dire qu'il est possible de rebondir sur les réponses de l'enquêté ou encore de créer spontanément de nouvelles questions lorsque l'on souhaite approfondir un sujet en particulier.

Afin de mener à bien ces entretiens, un guide d'entretien a été élaboré (Annexe I). Ce guide permet d'initier l'échange et d'en entretenir la dynamique. Il permet également de s'assurer qu'aucune question prévue n'a été omise.

L'entretien débute par un bref rappel du sujet de l'enquête. Il se divise ensuite en trois parties. La première partie concerne la présentation du participant, elle questionne plus particulièrement son parcours professionnel ainsi que les raisons pour lesquelles il a été amené à travailler auprès des personnes sans-abri.

La seconde partie concerne la pratique professionnelle du participant. Elle cherche à déterminer si, selon lui, les personnes sans-abri souffrent d'injustices occupationnelles et si tel est le cas quelles en sont les conséquences. Elle questionne également les autres problématiques que le participant a identifiées chez cette population ainsi que les approches et moyens qu'il utilise ou qu'il a utilisés pour y répondre.

La troisième et dernière partie concerne l'approche communautaire. Selon que le professionnel utilise ou non cette approche dans sa pratique, les questions varient légèrement. Cette partie questionne plus particulièrement l'intérêt et la plus-value d'une telle approche, les conditions pour qu'elle soit efficace et pertinente ainsi que ses éventuelles limites.

Enfin, avant que l'entretien ne prenne fin, il est possible pour le participant de nous faire part de ses éventuelles questions et/ou remarques. Au total, notre guide d'entretien est composé de treize questions.

À noter que, du fait de la crise sanitaire COVID-19, seuls des entretiens téléphoniques ont été réalisés. De plus, avant chaque entretien, les participants ont dû remplir et signer un formulaire de consentement (Annexe II) les tenant informés des conditions de participation à l'enquête.

4. Présentation et analyse des résultats

Afin de procéder à l'analyse de l'ensemble des données recueillies, tous les entretiens ont été retranscrits. La retranscription d'un de ces entretiens est disponible en annexe (Annexe 3). Une approche d'analyse thématique a ensuite été utilisée.

Dans le but de respecter l'anonymat des participants, un codage a été établi comme suit : « EX » où la lettre E correspond au terme ergothérapeute et la lettre X correspond à un numéro. Ainsi, pour exemple, le premier ergothérapeute interrogé est identifié par le code « E1 ».

4.1 *Présentation des résultats*

4.1.1. Présentation des participants

Les ergothérapeutes interrogées sont toutes des femmes. Quatre d'entre elles ont entre 20 et 25 ans (E1 à E4) et une d'entre elles a entre 30 et 35 ans (E5). E1, E2 et E3 ont obtenu leur diplôme en 2019 et E4 et E5 ont respectivement obtenu leur diplôme en 2017 et en 2012. Ces ergothérapeutes ont exercé ou exercent encore à ce jour auprès de personnes sans-abri bénévolement, dans le cadre de stages ou encore dans le cadre de leur pratique professionnelle. Quatre d'entre elles ont exercé ou exercent encore à ce jour dans la région Normandie et une d'entre elles dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

E1 intervient bénévolement dans un foyer d'hébergement depuis 6 mois et E4 intervient depuis trois ans dans le cadre de stages (stages d'ergothérapie, de Master et de Doctorat) dans des centres d'hébergement ainsi que dans des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Les foyers d'hébergement, les centres d'hébergement et les CHRS proposent des solutions d'hébergement temporaire. La particularité des CHRS est que la durée de séjour y est limitée et que les résidents y bénéficient d'un accompagnement social dont l'objectif est de favoriser leur autonomie ainsi que leur insertion sociale.

E2 a réalisé un stage de deux mois au sein d'une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) lorsqu'elle était étudiante en ergothérapie, elle était alors sous la tutelle de E5. En effet, E5 a travaillé plus d'un an et demi dans cette même EMPP. Son poste était une création de poste et il s'agit encore aujourd'hui du seul poste d'ergothérapeute dans une telle équipe. Les EMPP ont pour objectifs de développer l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ainsi que le travail en réseau avec l'ensemble des acteurs qui accompagnent ces personnes. Il est important de préciser qu'E2 et E5 n'ont pas connaissance du fait qu'elles ont toutes deux été interrogées dans le cadre de cette enquête.

E3 travaille depuis quatre mois au sein d'un réseau de coordination psychiatrie social et médico-social, son poste est une création de poste. L'objectif de ce réseau est de coordonner le parcours de soins de personnes en situation de souffrance psychique après qu'une évaluation multidimensionnelle de leur situation (médicale et sociale) ait été réalisée.

Enfin, toutes les ergothérapeutes interrogées, à l'exception de E3, désiraient intervenir auprès de personnes en situation de précarité. La précarité étant un domaine pour lequel elles avaient un intérêt particulier. E3, quant à elle, n'avait pas de préférence quant à la population qu'elle souhaitait accompagner.

4.1.2. Pratique professionnelle des participants

Le tableau ci-dessous, Tableau I – Pratique professionnelle des ergothérapeutes, présente les différents objectifs et moyens utilisés par les ergothérapeutes interrogées.

	Objectifs	Moyens
E1	Développer les habiletés sociales Favoriser la prise de plaisir Stimuler les capacités cognitives	Ateliers de groupe jeux de société
E3	Evaluer et optimiser l'autonomie dans les activités de vie quotidienne Accompagner la réinsertion socio-professionnelle	Evaluation de l'autonomie Evaluation des capacités de travail et mises en situation professionnelle
E4	Mutualiser les besoins, les envies, les compétences et les ressources des membres d'un groupe afin de favoriser leur participation occupationnelle	Entretiens individuels Ateliers de groupe « projet »
E2 et E5	Evaluer et optimiser l'autonomie dans les activités de vie quotidienne Favoriser la participation occupationnelle et la prise de plaisir Renforcer l'estime personnelle en mettant en avant les capacités d'agir et de s'exprimer Contribuer à l'insertion sociale et à l'intégration dans la cité Faciliter l'accès aux soins en santé mentale	Autoévaluation/évaluation de l'autonomie et mises en situation écologique Ateliers de groupe (arts plastiques, pâtisserie, sport, relaxation) Orientation des personnes vers des associations locales afin d'être bénévole ou de participer à une activité au sein de la cité

Tableau I – Pratique professionnelle des ergothérapeutes

E1 précise que, lorsqu'elle s'est engagée en tant que bénévole dans le foyer d'hébergement où elle intervient, elle a été libre de mettre en place les activités qu'elle souhaitait. Pour faire son choix, elle s'est entretenue avec les travailleurs sociaux du foyer ainsi qu'avec les résidents. E1 évoque également un projet de rénovation de la salle d'ergothérapie au sein du foyer. Les résidents se sont en effet plaints de l'état de cette pièce que E1 décrit comme étant délabrée. Ils ont donc communément réfléchi à une solution pour rendre cette pièce plus accueillante et plus conviviale. Ils sont actuellement en train de chercher un budget afin de repeindre la pièce en collaboration avec des personnes en service civique dans la commune où est localisé le foyer. Ces personnes apprendront aux résidents du foyer à repeindre un mur, à utiliser le matériel nécessaire pour ce faire, etc.

E4 précise que, lors de ses stages, elle a été libre de mettre en place les activités qu'elle souhaitait et que sa pratique est inspirée de l'approche communautaire. En effet, E4 et les membres du groupe qu'elle anime choisissent ensemble le projet qu'ils souhaitent élaborer et mettre en place en fonction des besoins et des envies de chacun. Les membres du groupe sont pleinement acteurs de ce projet et ils sont invités à utiliser leurs propres ressources ou à aller chercher des ressources dans la cité lorsque cela est nécessaire.

E5 précise que sa fiche de poste était déjà créée lorsqu'elle a été embauchée mais qu'elle a pu bénéficier d'une certaine autonomie puisqu'il s'agissait d'une création de poste. Certains ateliers qu'elle animait avaient lieu au sein de la cité. C'est notamment le cas de l'atelier pâtisserie qui se tenait dans un restaurant social. Les pâtisseries confectionnées lors de cet atelier étaient partagées avec toutes les personnes qui se trouvaient dans ce restaurant et pas uniquement entre les membres du groupe. E5 évoque également un projet autour du *street-art* qu'elle n'a pas pu poursuivre ayant quitté son poste. Ce projet avait été établi en partenariat avec un Centre Communal d'Action Sociale. L'idée était que les participants au projet choisissent un mur ainsi qu'une fresque qu'ils auraient réalisée eux-mêmes. E5 spécifie qu'il s'agissait d'un projet qui avait lieu dans le cadre d'un festival :

« C'était dans le cadre d'un festival auquel on avait prévu de participer avec un groupe de personnes pour qu'elles aient un lieu d'expression artistique puis quelque chose qui reste aussi dans la ville. Embellir des murs de ville pour des personnes qui vivent dans la rue, ça a du sens, en tout cas, elles y trouvent du sens. C'est un projet qu'on a évidemment conçu avec elles, ce n'est pas un truc qui nous est sorti de la tête pour lequel on s'est dit : « Bon on va leur demander de faire ça » » (E5).

Enfin, quatre des ergothérapeutes interrogées ont identifié la fréquence d'absences des participants aux ateliers qu'elles proposaient comme une difficulté souvent rencontrée dans leur pratique. Deux d'entre elles précisent qu'il est cependant important de ne pas prendre ce facteur trop à cœur car les personnes sans-abri sont des personnes qui ont des priorités différentes qui relèvent parfois de l'urgence vitale et qui ont surtout une temporalité différente.

4.1.3. Injustices occupationnelles chez les personnes sans-abri

L'ensemble des ergothérapeutes interrogées estime que les personnes sans-abri souffrent d'injustices occupationnelles.

E1 et E5 rapportent que leur énergie et leur temps sont consacrés à l'assouvissement de besoins fondamentaux (besoins physiologiques et besoins de sécurité) ainsi qu'à la réalisation de démarches administratives : *« J'ai l'impression qu'elles sont tellement obnubilées par toutes ces démarches qu'elles doivent faire [...] qu'elles n'arrivent plus à se dégager du temps pour s'investir dans d'autres activités »* (E1). E2 précise qu'elles ne peuvent pas répondre à ces besoins comme elles le souhaiteraient puisqu'elles dépendent majoritairement d'associations et de structures d'accueil et d'hébergement pour ce faire.

Les ergothérapeutes interrogées rapportent également que les personnes sans-abri ont des difficultés à accéder à certaines occupations et plus particulièrement à l'emploi et aux loisirs du fait de leur situation. E2 ajoute qu'elles n'ont pas accès à des occupations leur permettant de se réaliser c'est-à-dire d'avoir un sentiment de compétence.

E4 spécifie que les personnes demandeuses d'asile ou sans-papier ne peuvent pas avoir de logement ou se former et travailler légalement ce qui est une injustice supplémentaire.

Enfin, E5 conclut en disant que les personnes sans-abri sont occupées mais qu'elles ne sont pas occupées « *de façon équilibrée et satisfaisante* » (E5).

Toutes ces injustices occupationnelles ont de nombreuses répercussions sur les personnes sans-abri. Les ergothérapeutes interrogées affirment qu'elles contribuent à leur exclusion sociale et à leur stigmatisation. Trois ergothérapeutes avancent que ces injustices ont un impact sur leur construction identitaire : « *Être sans-abri, ça fait partie de leur identité, ça devient quasiment leur rôle social parce qu'elles n'ont plus rien à côté* » (E1). Deux ergothérapeutes pensent que ces injustices ont également pour conséquences une difficulté à prendre du plaisir et la perte d'objectif et que, de fait, les personnes sans-abri ne se projettent pas dans le futur. De plus, ces injustices seraient également responsables d'une perte d'estime personnelle et d'une importante dévalorisation :

« *Moi c'est vraiment ça qui m'a frappée, la dévalorisation, le manque de confiance, le manque d'estime. Le fait de ne pas se sentir capable de faire les choses, de s'appuyer sur un système social, parce qu'on ne se sent plus capable de faire les choses soi-même.* ». (E5).

Enfin, selon E5, ces injustices entraînent une négligence de leur état de santé car la priorité est portée sur la réalisation d'occupations de soins personnels soit l'assouvissement de besoins fondamentaux.

E3 reconnaît avoir des difficultés à cibler directement l'impact de ces injustices et se demande si ce sont ces injustices qui ont entraîné l'exclusion sociale et des problématiques de santé ou si ce sont des problématiques de santé qui ont entraîné l'exclusion sociale et des injustices occupationnelles.

4.1.4. Approche communautaire

L'ensemble des ergothérapeutes interrogées pense que l'approche communautaire peut être utilisée auprès des personnes sans-abri.

Les ergothérapeutes s'accordent sur le fait que cette approche contribuerait à la lutte contre l'exclusion sociale et la stigmatisation dont souffrent les personnes sans-abri et favoriserait ainsi leur intégration. E5 précise que cette approche offrirait aux membres de la cité l'opportunité d'apprendre à connaître les personnes sans-abri et ainsi de diminuer les *a priori* qu'ils ont à leur égard :

« Je pense que travailler avec l'approche communautaire peut à la fois guérir les personnes qui souffrent d'exclusion mais elle peut aussi guérir la société par rapport à tous les préjugés qu'elle a sur les gens, travailler sur l'acceptation, l'intégration, la tolérance. Enfin, je pense que c'est vraiment une approche qui peut être bénéfique pour tout le monde. » (E5).

Quatre ergothérapeutes avancent que cette approche contribuerait au renforcement de leur estime personnelle par la valorisation de leurs capacités et de leurs compétences. Trois d'entre elles pensent qu'elle permettrait aux personnes sans-abri d'avoir des projets, d'en être acteur et de retrouver un rôle social et un sens à leur quotidien. E4 précise que cette approche redonnerait *« du pouvoir d'agir aux personnes, de l'empowerment »* (E4). Trois ergothérapeutes ont relevé qu'il s'agirait d'une approche qui permettrait également de sortir d'un système sanitaire et social qui *« chronicise »* et isole les personnes en situation de handicap ou en situation de précarité entre elles. Deux d'entre elles pensent qu'elle faciliterait l'accès à de nouvelles occupations. E2 précise que cette approche procurerait un *« sentiment de normalité »* aux personnes sans-abri et E4 qu'elle leur offrirait la possibilité de prendre du plaisir sans culpabiliser, les personnes sans-abri ayant tendance à ne pas s'autoriser à avoir des activités de loisirs et de plaisir.

Toutes les ergothérapeutes interrogées pensent ainsi que l'approche communautaire permettrait de lutter contre les injustices occupationnelles dont les personnes sans-abri souffrent. Cette approche faciliterait en effet l'accès et la participation à de nouvelles occupations. E5 ajoute que cette approche permettrait également aux personnes sans-abri d'avoir l'opportunité de choisir les occupations dans lesquelles elles souhaiteraient s'engager ce qui est un choix qui leur est rarement laissé et qui contribuerait à leur investissement dans ces occupations. Elles réaliseraient alors des occupations qui ont du sens pour elles ce qui contribuerait également au renforcement de leur estime personnelle et à leur revalorisation. De plus, cela leur permettrait de recréer des liens sociaux.

Les conditions que les ergothérapeutes interrogées ont identifiées afin que cette approche soit efficace et pertinente sont les suivantes : Trois ergothérapeutes pensent qu'il est indispensable de connaître les acteurs présents sur le territoire et de travailler en partenariat avec ces derniers. Selon E5, il est également nécessaire d'enrichir constamment son réseau et d'avoir une approche éducative avec ses partenaires. En effet, certaines personnes sans-abri, parfois exclues de la société depuis plusieurs années, peuvent avoir des comportements déplacés ou inadaptés. Avoir une approche éducative auprès des partenaires permettrait à ces derniers de comprendre ces comportements et de ne pas mal les interpréter. Deux ergothérapeutes pensent qu'il est primordial de ne pas imposer ses idées ou ses choix aux membres de la communauté, de ne pas faire à leur place et de respecter leur rythme. Selon E1, avoir un appui de la municipalité serait un atout car il permettrait la réalisation et la valorisation de certaines actions. La municipalité pourrait également servir d'intermédiaire entre les différents acteurs présents sur le territoire. E4 ajoute qu'il est important d'avoir un lieu fixe où peuvent se tenir les séances et de travailler l'absence des personnes lorsqu'elles ne se rendent pas à ces dernières. Enfin, E5 pense qu'il est nécessaire de trouver un équilibre entre l'autonomie qui est laissée aux membres de la communauté et l'accompagnement qui leur est délivré sachant que ces personnes n'ont pas été intégrées depuis des années.

Les limites de cette approche qu'ont identifiées les ergothérapeutes sont les suivantes : Trois ergothérapeutes identifient le fait d'avoir une difficulté à trouver des partenaires et d'avoir un réseau trop restreint comme une limite. De plus, selon E2 mobiliser ces partenaires pour œuvrer pour la même cause n'est pas une tâche aisée d'autant plus si la stigmatisation des personnes sans-abri persiste. Deux ergothérapeutes ajoutent qu'il peut être difficile de trouver de l'argent et du matériel pour mettre en place des actions et qu'il s'agit d'une approche coûteuse en énergie et en temps. E4, dont la pratique est inspirée de l'approche communautaire et qui était seule à animer son groupe, rapporte que la charge mentale était considérable. Elle ajoute également que regrouper des personnes qui ont des problématiques similaires (alcool, drogue, passé délinquant) peut entraîner des rechutes ou des récidives.

4.1.4. Ouverture

Seule E4 a souhaité faire une remarque à la fin de l'entretien. Elle a tenu à préciser que l'approche communautaire peut prendre plusieurs formes et qu'elle ne se cantonne pas uniquement à l'accompagnement des membres d'une communauté. Selon elle, il peut aussi s'agir de concevoir des environnements, en collaboration avec les membres de la communauté, qui leur offriraient la possibilité de participer à diverses occupations et de développer leurs capacités.

De plus, toujours selon E4, de nombreux professionnels vont pouvoir utiliser l'approche communautaire dans leur pratique mais chacun de ces professionnels aura un regard différent selon sa profession d'origine et donc une plus-value différente. Selon elle, la plus-value de l'ergothérapeute dans l'approche communautaire est qu'il a appris à « faire avec » et non à « faire à la place de » et qu'il est formé à identifier et faire valoir les capacités et les habiletés des personnes.

4.2. *Analyse et interprétation des résultats*

4.2.1. Présentation des participants

L'exercice de l'ergothérapie auprès de personnes sans-abri semble être davantage pratiqué par des ergothérapeutes qui ont un intérêt particulier pour le domaine de la précarité et qui ont récemment été diplômés. En effet, à l'exception de E5, toutes les ergothérapeutes interrogées ont été diplômées il y a moins de 3 ans. De plus, cette pratique semble être peu développée en France puisque ces ergothérapeutes ont moins de 3 ans d'expérience auprès des personnes sans-abri et seul deux d'entre elles accompagnent ces personnes dans le cadre de leur pratique professionnelle. En outre, leurs deux postes ont été créés il y a moins de 2 ans. Malgré cela, les structures dans lesquelles les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès des personnes sans-abri semblent être variées.

4.2.2. Pratique professionnelle des participants

E4 est la seule des cinq ergothérapeutes interrogées qui verbalise le fait que sa pratique soit inspirée de l'approche communautaire. Cependant, E1 et E5 tendent elles aussi vers une pratique qui s'en approche comme en témoignent les projets qu'elles souhaitent ou souhaitaient mettre en place. De plus, on retrouve dans la pratique d'E5 des objectifs et des moyens communs à l'approche communautaire tels que l'insertion sociale et l'intégration dans la cité des personnes sans-abri via la réalisation d'activités au sein même de la cité ou encore le travail en partenariat avec des acteurs locaux.

E3 est l'ergothérapeute dont la pratique diffère le plus de l'approche communautaire. Il s'agit également de la seule ergothérapeute qui n'exprime pas avoir bénéficié d'une part d'autonomie ou de liberté lorsqu'elle a pris son poste et qui ne souhaitait pas spécifiquement accompagner des personnes en situation de précarité. Il est donc possible qu'elle n'ait pas envisagé l'ensemble des approches pouvant être utilisées auprès de cette population et qu'elle ait pris pour seul repère sa fiche de poste.

Les missions définies par l'institution et assignées aux ergothérapeutes dans le cadre de l'accompagnement des personnes sans-abri sont généralement des missions classiquement attribuées aux ergothérapeutes telles que l'évaluation de l'autonomie. E5 rapporte que son poste a notamment été créé car l'EMPP avait besoin d'un professionnel pour évaluer l'autonomie des personnes suivies par l'équipe. On constate cependant que lorsque les ergothérapeutes peuvent se détacher d'une fiche de poste et être plus autonome, plus libre, leur pratique est davantage centrée sur les besoins et les envies exprimées par les personnes qu'elles accompagnent. De plus, elles coconstruisent des projets avec ces dernières et favorisent leur participation occupationnelle. Finalement, leur pratique tend davantage vers l'approche communautaire. Ce phénomène peut s'expliquer par la vision de l'ergothérapeute, sa vision de l'occupation, qui lui permet de se détacher de la vision biomédicale qui est dominante dans notre système de santé. Elle lui permet de considérer la personne autrement que par ses incapacités ou ses troubles et de se focaliser sur d'autres aspects qui ont également un impact sur sa santé tels que l'exclusion sociale ou le manque d'occupations par exemple.

4.2.3. Injustices occupationnelles chez les personnes sans-abri

L'ensemble des ergothérapeutes interrogées s'accorde sur le fait que les personnes sans-abri souffrent d'injustices occupationnelles. L'aliénation occupationnelle, le déséquilibre occupationnel et la privation occupationnelle semblent être les formes d'injustices auxquelles elles sont le plus confrontées au quotidien. Les personnes demandeuses d'asile ou sans-papier sont également susceptibles de faire face à de l'apartheid occupationnel. Les conséquences de ces injustices sont l'exclusion sociale, la stigmatisation, la perte des rôles sociaux. De plus, les personnes sans-abri ne parviennent plus à se projeter dans le futur. Elles ont une très faible estime d'elles-mêmes et se sentent parfois dépendantes d'un système social. Elles ne parviennent pas à prendre du plaisir au quotidien et négligent leur santé.

Enfin, toutes ces injustices occupationnelles mènent les personnes sans-abri à ne plus être actrices de leur vie et les enferment dans un cercle vicieux. Leur priorité de vie est l'assouvissement de besoins fondamentaux auxquels elles ne parviennent que difficilement à répondre. Elles n'ont pas accès à des occupations de loisirs, de plaisir, à des occupations qui leur permettent de faire valoir leurs compétences si bien qu'elles finissent par ne plus se sentir capable de faire certaines activités. Elles n'ont plus de rôle dans la société dont elles vivent en marge. Comment ces personnes pourraient-elles se projeter dans le futur alors qu'elles subissent un quotidien qui n'a plus de sens ? Comment pourraient-elles s'intégrer à une société à laquelle elles ne pensent plus appartenir alors qu'elles ne pensent pas avoir les compétences requises pour ce faire ?

4.2.4. Approche communautaire

L'ensemble des ergothérapeutes s'accorde sur le fait que l'approche communautaire pourrait être utilisée auprès des personnes sans-abri et qu'elle permettrait de réduire les injustices occupationnelles dont elles souffrent. En effet, l'approche communautaire permettrait aux personnes sans-abri d'accéder et de participer à des occupations de leur choix, il s'agirait donc d'occupations qui auraient du sens pour elles et à travers lesquelles elles pourraient se réaliser. De plus, cette approche leur permettrait de s'investir dans un projet et de retrouver un rôle au sein de la société.

Les personnes sans-abri auraient donc plus de maîtrise sur leur quotidien. Elles pourraient également faire valoir leurs compétences et recréer du lien social ce qui contribuerait au renforcement de leur estime personnelle.

Pour que cette approche puisse être efficace, il est nécessaire de travailler en collaboration avec les acteurs locaux et d'enrichir constamment son réseau de partenaires. La municipalité pourrait faire partie de ces acteurs ce qui pourrait être un atout pour mener à bien certaines actions. Il est également important que cette approche soit toujours centrée sur les personnes sans-abri, sur leurs besoins et leurs envies, et que ces dernières puissent mener et réaliser des actions par elles-mêmes. L'ergothérapeute doit leur laisser le plus d'autonomie possible tout en veillant au bon déroulement de ces actions et en intervenant lorsqu'il pense que cela est nécessaire. Cependant, cette approche ne semble pas si évidente à mettre en œuvre. La collaboration entre les différents acteurs impliqués dans cette approche peut parfois s'avérer complexe. Il peut également être difficile de trouver les moyens financiers et matériels pour réaliser certains projets. Cette approche demanderait également à l'ergothérapeute beaucoup d'énergie et de temps. Selon E2, « *c'est une approche qui est idyllique car compliquée à mettre en œuvre* » (E2).

5. Discussion

5.1. Retour sur l'hypothèse de recherche

L'analyse des données recueillies lors de notre enquête de terrain nous permet de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse de recherche. Pour rappel, notre hypothèse avançait que l'utilisation de l'approche communautaire en ergothérapie auprès de personnes sans-abri leur permettrait de participer à des occupations qui renforceraient leur estime de soi.

Quatre des cinq ergothérapeutes interrogées affirment que l'approche communautaire contribuerait au renforcement de l'estime de soi des personnes sans-abri grâce à la réalisation d'occupations, leurs capacités et leurs compétences étant valorisées au travers de ces dernières. Notre hypothèse de recherche est donc validée.

Dans notre cadre théorique, nous avons présenté le concept de justice occupationnelle qui correspond à un accès équitable aux opportunités ainsi qu'aux ressources nous permettant de nous engager dans les occupations de notre choix afin de répondre à nos besoins tout en développant notre potentiel (Wilcock et Townsend, 2009). Notre enquête a permis de mettre en avant le fait que les personnes sans-abri font face à de nombreuses injustices occupationnelles. Elles souffrent en effet de déséquilibre occupationnel puisqu'elles s'attachent en priorité à répondre à leurs besoins fondamentaux et délaissent ainsi les occupations de vie quotidienne, de loisir et de plaisir. Elles souffrent également de privation occupationnelle, n'ayant pas l'opportunité ni les ressources nécessaires pour s'investir dans de telles occupations, et d'aliénation occupationnelle puisqu'elles ne parviennent plus à prendre du plaisir et que leur quotidien est vide de sens.

L'ergothérapeute, en se saisissant de l'approche communautaire, pourrait se focaliser sur les besoins et les envies des personnes sans-abri afin de coconstruire avec ces dernières des actions dont elles seraient pleinement actrices et qui pourraient s'inscrire au sein de la cité. Cela favoriserait leur intégration, leur participation occupationnelle et sociale, et valoriserait ainsi leurs capacités et leurs habiletés. Les personnes sans-abri auraient un rôle social autre que celui de « sans-abri » et leur quotidien aurait de nouveau un sens. Elles verraient leur estime de soi ainsi que leur pouvoir d'agir se renforcer. Ce gain d'estime de soi associé au sentiment d'avoir un contrôle sur leur quotidien leur permettrait d'envisager un avenir autre que celui auquel la rue semblait les avoir condamnées et de se projeter de nouveau. Ainsi, l'utilisation de l'approche communautaire en ergothérapie contribuerait à la lutte contre les injustices occupationnelles mais aussi contre les injustices sociales dont elles souffrent.

Au-delà de ces injustices, il apparaît que les personnes sans-abri souffrent également de troubles cognitifs et psychiatriques. Ces troubles se manifestent notamment par de l'apraxie, de l'incurie ou encore par une désorientation temporo-spatiale. Cependant, l'ergothérapeute est habilité à prendre en charge ces troubles. Ainsi, la diversité des compétences de l'ergothérapeute acquises au cours de sa formation ainsi que sa vision de l'occupation seraient pour ce dernier de réels atouts dans le recours à l'approche communautaire auprès des personnes sans-abri.

5.2. *Biais, limites et perspectives de l'étude*

Cette étude présente des biais et des limites qu'il convient d'identifier afin d'en objectiver les résultats.

5.2.1. Biais

Afin de nous entretenir avec le plus d'ergothérapeutes possible et en sachant que peu d'entre eux accompagnent des personnes sans-abri, nos critères d'inclusion étaient très vastes. Ainsi, trois ergothérapeutes sur les cinq interrogées avaient moins de six mois d'expérience dans ce domaine ce qui ne leur permet pas d'avoir énormément de recul sur leur pratique. De plus, une des ergothérapeutes interrogées a accompagné des personnes sans-abri alors qu'elle était sous la tutelle d'une ergothérapeute que nous avons également interrogée. Leur pratique était donc similaire ce qui ne permet pas un enrichissement optimal de nos données.

En outre, au cours de la réalisation des entretiens, nous avons pu constater qu'il était difficile pour les ergothérapeutes ne connaissant pas l'approche communautaire auparavant de s'exprimer à ce sujet et plus particulièrement d'identifier les conditions garantissant son efficacité ainsi que ses éventuelles limites.

5.2.2. Limites

L'exercice de l'ergothérapie auprès de personnes sans-abri est peu développé en France. Ainsi, nous n'avons pu nous entretenir qu'avec cinq ergothérapeutes ce qui ne permet pas de généraliser nos résultats et d'obtenir une vision générale des approches utilisées par les ergothérapeutes auprès des personnes sans-abri.

De plus, du fait de la crise sanitaire COVID-19, seuls des entretiens téléphoniques ont pu être réalisés. Ce mode de passation ne nous permet pas d'accéder aux informations de l'ordre du langage corporel et de la qualité de l'émotion, cette dernière étant toujours émoussée au travers d'un échange téléphonique. Ces informations auraient pu appuyer les propos des ergothérapeutes interrogées et enrichir nos résultats.

5.2.3. Perspectives

Afin de déterminer plus précisément les conditions garantissant l'efficacité de l'approche communautaire ainsi que ses éventuelles limites, il serait nécessaire de questionner des professionnelles qui connaissent cette approche et dont la pratique y est comparable. Une expérience de terrain objectiverait en effet leurs réponses.

En outre, pour cibler davantage la plus-value de l'ergothérapeute dans l'approche communautaire, il aurait été intéressant de questionner d'autres professionnels intervenant auprès des personnes sans-abri au sujet de leur pratique mais également au sujet de l'approche communautaire. Leurs réponses auraient permis d'illustrer la différence des approches et des points de vue selon la formation suivie et la profession d'origine. L'idée n'étant pas d'instaurer une concurrence entre les professionnels mais de faire ressortir les atouts de chacun d'entre eux et ainsi de souligner la richesse de l'interprofessionnalité.

5.3. Projection professionnelle

Cette initiation à la recherche m'a permis de me familiariser avec la méthodologie nécessaire afin de mener un travail de recherche. La recherche me semble d'ailleurs indispensable en ergothérapie afin de développer des approches innovantes telles que l'approche communautaire et d'étayer les concepts et les fondements de notre discipline.

De plus, ce travail a été extrêmement enrichissant car il m'a permis, d'une part, d'approfondir mes connaissances et d'en développer d'autres et, d'autre part, de me rendre davantage compte de l'importance de prendre en considération les problématiques occupationnelles des usagers que nous rencontrons car elles peuvent avoir des répercussions sur toutes les sphères de leur quotidien.

Enfin, la rédaction de ce mémoire a contribué à la construction de mon identité professionnelle. Je me suis découvert un réel attrait pour l'approche communautaire dans laquelle j'ai identifié des valeurs professionnelles qui me tiennent à cœur. Ainsi, j'aimerais pouvoir développer des projets communautaires dans ma future pratique

auprès de personnes sans-abri ou auprès de toute communauté en situation d'exclusion. Je suis personnellement convaincue de la plus-value d'un ergothérapeute dans ce type d'approche. Pour ce faire, je pense néanmoins qu'il est nécessaire que je développe mes connaissances dans le domaine de la promotion de la santé et que je sois capable de concevoir et de mettre en place des projets, de chercher des financements, des partenaires, d'où ma volonté de poursuivre mes études en Master de santé publique.

Ce projet est conforté par ma dernière expérience de stage. J'ai réalisé un stage en co-tutorat au sein d'une EMPP auprès de personnes en situation de précarité. Malheureusement, du fait de la crise sanitaire COVID-19, ce dernier a été suspendu au bout de deux semaines. J'ai tout de même eu la possibilité de réfléchir aux missions qu'aurait pu avoir un ergothérapeute dans un tel service et je pense qu'il aurait pu tout à fait se saisir de l'approche communautaire dans sa pratique.

6. Conclusion

Bien que des problématiques sociales puissent avoir des répercussions considérables sur la santé des individus, comme en témoignent les inégalités sociales de santé, il existe en France un clivage entre les secteurs sanitaire et social.

L'accompagnement des personnes sans-abri est principalement attribué aux travailleurs sociaux. Les ergothérapeutes intervenant auprès de cette population sont peu nombreux. Pourtant, les personnes sans-abri souffrent d'injustices occupationnelles qui impactent l'ensemble des sphères de leur quotidien et restreignent notamment leur intégration sociale et leur pouvoir d'agir. Ces injustices occupationnelles impactent donc inévitablement leur état de santé. Les ergothérapeutes, qui cherchent à promouvoir la santé grâce à l'occupation, ont donc leur place aux côtés des travailleurs sociaux.

Ce travail de recherche a permis de démontrer que les ergothérapeutes pourraient se saisir de l'approche communautaire afin de lutter contre les injustices occupationnelles auxquelles les personnes sans-abri font quotidiennement face. Cette approche

favoriserait en effet leur participation occupationnelle et sociale. Elle leur permettrait de se défaire d'un système dont elles se sentent dépendantes et d'avoir une meilleure maîtrise de leur santé.

Néanmoins, si l'ergothérapeute souhaite devenir acteur de ce changement social, il apparaît nécessaire qu'il développe ses compétences dans d'autres disciplines que l'ergothérapie telles que la promotion de la santé. Il est donc pertinent de se demander si l'ergothérapeute est prêt à s'engager dans cette démarche afin de développer et d'élargir sa pratique.

Bibliographie

Ouvrages

Pierce, P. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. p. 25. France : De Boeck Supérieur.

Potvin, L., Moquet, M.J., Jones, C. M. (2012). *Réduire les inégalités sociales en santé*. pp. 1-51. France : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

Articles

Albuquerque, S. (2019). La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations. *ErgOThérapies*, 73, pp. 45-53.

Boder, Y., Vuilleumier, L. (2017). Description d'une approche ergothérapeutique communautaire et sociale auprès de migrants en Suisse. *Journal de l'Association Suisse des ergothérapeutes*, 0617, pp. 20-23.

Hammell, K. R. W. (2017). Critical reflections on occupational justice : Toward a rights-based approach to occupational opportunities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84(1), pp. 47-57. DOI:10.1177/0008417416654501.

Hammell, K. R. W., et Iwama, M. K. (2012). Well-being and occupational rights : An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), pp. 385-394.

DOI:10.3109/11038128.2011.611821.

Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice : The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*, 24(1), pp. 29-42.

DOI:10.1080/14427591.2017.1294016.

Hocking, C., et Townsend, E. (2015). Driving social change : Occupational therapists' contributions to occupational justice. *World Federation of Occupational*

Therapists Bulletin, 71(2), pp. 68-71. DOI:10.1179/2056607715Y.0000000002.

Monin, M. (2019). L'approche communautaire en ergothérapie : projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics. In : Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G., et al. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. pp. 343-362. France : ANFE.

Van Bruggen, H. (2019). Aborder les inégalités et les injustices par des approches basées sur l'occupation. In : Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G., et al. *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive*. pp. 87-100. France : ANFE.

Van Bruggen, H. (2014). Turning challenges into opportunities : How occupational therapy is contributing to social, health and educational reform . *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 70.

Autres références

ANFE. (2019). La profession. Disponible sur :

<https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (Consulté le 05/03/2020).

ENOTHE. (2016). Conférence ENOTHE. Disponible sur :

http://enothe.eu/Wordpress%20Documents/Galway/Conf%C3%A9rence%20ENOTHE2016_05_03%20french%20version.pdf (Consulté le 25/03/2020).

Fondation Abbé Pierre (2019). *24^{ème} rapport sur l'état du mal-logement en France*.

France : Fondation Abbé Pierre.

INSEE. (2016). *Introduction de cadrage : Les sans-domicile en France :*

Caractéristiques et principales évolutions entre 2001 et 2012. Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2123142?sommaire=2123156> (Consulté le 14/10/2019).

INSEE. (2014). *Les sans-domicile en 2012 : Une grande diversité de situations*.

Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529> (Consulté le 14/10/2019).

INSEE - Niveaux de vie - Pauvreté. Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676666?sommaire=3696937> (Consulté le 14/10/2019).

INSEE - Pauvreté monétaire - Seuil de pauvreté. Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653> (Consulté le 14/10/2019).

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. *Journal officiel*, 156.

OMS. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Genève : OMS.

WFOT. (2012). About Occupational Therapy. Disponible sur :

<https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy> (Consulté le 05/03/2020).

Annexes

Annexe I – Guide d’entretien	2
Annexe II – Formulaire de consentement	5
Annexe III – Retranscription d’entretien	7

Guide d’entretien

Cet entretien s’inscrit dans le cadre d’un mémoire d’initiation à la recherche. Ce travail s’intéresse aux approches utilisées par les ergothérapeutes auprès des personnes sans-abri ainsi qu’à l’intérêt de l’utilisation de l’approche communautaire auprès de cette population.

Avez-vous des questions avant que l’entretien ne débute ?

Présentation du participant :

- 1) Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?
- 2) Pouvez-vous me décrire brièvement votre parcours professionnel ? De quand à quand avez-vous travaillé avec des personnes sans-abri ou depuis quand travaillez-vous avec ces dernières ?
- 3) Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez été amené(e) à travailler auprès de cette population ?

Pratique professionnelle du participant :

- 4) D’après vous, les personnes sans-abri souffrent-elles d’injustices occupationnelles ?

Les injustices occupationnelles sont des inégalités quant aux possibilités de participer à des occupations significatives et à l’accès aux ressources permettant une telle participation.

Les occupations comprennent toutes les activités que réalise une personne pour s’épanouir à travers un projet de vie personnelle soit toutes les activités qu’une personne a envie de faire, besoin de faire ou doit faire.

- 5) Si oui, quelles sont selon vous les conséquences de ces injustices sur la santé des personnes sans-abri ?
- 6) Quelles autres problématiques avez-vous identifiées chez les personnes sans-abri ?
- 7) Quelle approche(s) et quel(s) moyen(s) avez-vous utilisé ou utilisez-vous pour y répondre ?

Si la ou les approches utilisées sont similaires à l'approche communautaire :

- 8) Quelle est l'intérêt et la plus-value de l'approche que vous utilisez ?
- 9) Pensez-vous que cette approche contribue à réduire les injustices occupationnelles dont les personnes sans-abri souffrent ? Si oui, comment ?
- 10) Comment cette approche s'est-elle mise en place ?
- 11) Quelles sont les conditions pour que cette approche soit efficace et pertinente ?
- 12) Quelles sont les limites de cette approche ?

Si la ou les approches utilisées ne sont pas similaires à l'approche communautaire :

Je vous remercie de m'avoir partagé votre expérience.

J'aimerais désormais avoir votre avis sur une autre approche qu'est l'approche communautaire. En effet, je pense que cette approche pourrait être utilisée auprès des personnes sans-abri. L'approche communautaire est une stratégie utilisée en promotion de la santé. Son objectif est d'apporter une solution collective et solidaire à un besoin commun ou à un problème social. L'approche communautaire permet également d'améliorer les conditions de vie et de participation sociale des citoyens et d'accroître leur sentiment d'appartenance à un milieu.

Pour se faire, les membres de la communauté, en collaboration avec des professionnels, participent à l'identification de ce besoin ou de ce problème ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en place d'actions pour y répondre.

8) Pensez-vous que cette approche pourrait être utilisée auprès de personnes sans-abri ?

9) Si oui, pourquoi ? Quels en seraient les intérêts et la plus-value ?

10) Pensez-vous que cette approche contribue à réduire les injustices occupationnelles dont les personnes sans-abri souffrent ? Si oui, comment ?

11) Selon vous, quelles seraient les conditions pour que cette approche soit efficace et pertinente ?

12) Quelles en seraient les limites ?

Ouverture :

13) Pour finir, avez-vous des questions, des remarques ou des suggestions ?

Je vous remercie pour votre attention et votre temps. Si vous le souhaitez, je vous ferai parvenir les résultats de ce travail de recherche.

Formulaire de consentement

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie. Elle s'intéresse aux approches utilisées par les ergothérapeutes auprès des personnes sans-abri ainsi qu'à l'intérêt de l'utilisation de l'approche communautaire auprès de cette population.

Déroulement de l'étude

La participation à cette étude se fera au moyen d'un entretien téléphonique ou par visioconférence au cours duquel il vous sera proposé de répondre à des questions et de partager votre expérience auprès des personnes sans-abri. Cet entretien sera enregistré, avec votre consentement, afin de faciliter l'analyse de son contenu.

Toutes les données récoltées seront anonymisées et utilisées uniquement à des fins de recherche dans le cadre de ce mémoire. Elles seront détruites après la soutenance orale de ce dernier.

Une fois ce travail terminé, il vous sera possible d'avoir accès aux résultats de cette étude en formulant une demande auprès de l'étudiante l'ayant conduite.

Compensation financière

Vous acceptez que votre participation à cette étude ne fasse l'objet d'aucune compensation financière.

Consentement éclairé

Votre participation à cette étude se fait volontairement. Vous êtes libre d'y mettre fin à tout moment de l'étude et sans avoir à fournir de justification.

Signature

Je soussigné(e) accepte
participer à l'étude menée par Emma RAMSAMY, étudiante en troisième année
d'ergothérapie au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse.

J'ai lu et compris les informations qui m'ont été transmises. L'ensemble de mes
questions ont été prises en compte et éclaircies.

J'accepte que cet entretien soit enregistré, retranscrit intégralement et utilisé à des fins
de recherche en ergothérapie.

Fait à , le / / 2020.

Signature :

Annexe III – Retranscription d'entretien

E5 : Allô ?

Emma : Oui, bonjour, c'est mademoiselle Ramsamy.

E5 : Oui, très bien.

Emma : Comme je vous l'ai expliqué et comme vous avez pu le voir dans le formulaire de consentement que je vous ai envoyé, mon travail s'intéresse aux approches qu'utilisent les ergothérapeutes auprès des personnes sans-abri ainsi qu'à l'intérêt de l'approche communautaire.

E5 : Oui.

Emma : Est-ce que vous avez des questions avant que l'on ne débute ?

E5 : Hum, non, pas particulièrement.

Emma : Très bien alors si vous êtes prête nous pouvons commencer.

E5 : Parfait !

Emma : Avant d'entrer dans le vif du sujet, est-ce que vous pourriez vous présenter en quelques mots et me parler de votre parcours professionnel s'il vous plaît ?

E5 : Euh bah du coup je suis ergothérapeute depuis 2012. J'ai commencé par faire deux ans en pédiatrie puis je suis partie un an à l'étranger, je suis revenue, j'ai fait de la formation et ensuite je suis arrivée dans un hôpital psychiatrique, un hôpital de jour pour adultes, et dans une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) à mi-temps qui était en fait une création de poste.

Emma : D'accord.

E5 : Voilà mon parcours.

Emma : D'accord et de quand à quand avez-vous travaillé dans cette EMPP ?

E5 : J'ai travaillé à l'EMPP de juin 2018 à fin février 2020.

Emma : D'accord, très bien.

E5 : Oui j'ai fini aujourd'hui.

Emma : Ah d'accord !

E5 : Oui je ne travaille plus à l'EMPP, j'ai quitté mon poste.

Emma : J'avais mal interprété le sens de « J'ai fini aujourd'hui ».

E5 : Ah non, l'EMPP ce n'est pas fini, c'est fini pour moi.

Emma : Oui c'est fini pour vous. Du coup qu'est-ce qui vous a amenée à postuler dans cette EMPP et à travailler plus particulièrement auprès d'une population précarisée ?

E5 : Euh, en fait moi depuis que je suis étudiante, je m'intéresse à ce sujet-là mais je

suis vraiment plus intéressée par la migration.

Emma : D'accord.

E5 : La précarité en soi m'intéresse aussi mais c'est vrai que la première chose qui m'a toujours intéressée c'est plutôt l'interculturalité dans les soins. J'avais fait mon mémoire là-dessus justement quand j'étais étudiante et puis j'avais fait un stage en Afrique du coup j'avais pu être confrontée aussi à ces questions-là et c'est vrai que tout le sujet de la migration ça m'intéresse depuis longtemps. Je suis retournée à l'université en fait après mes études d'ergothérapie, j'ai aussi travaillé sur l'inclusion scolaire des primo-arrivants au collège, dans les classes de français/langue étrangère notamment, ça m'avait vraiment beaucoup intéressée.

Emma : D'accord.

E5 : Et du coup quand j'ai vu qu'il y avait un poste qui s'était créé dans une EMPP, enfin c'est une de mes copines qui m'a envoyé l'annonce parce que je ne le savais pas, je me suis dit « C'est l'occasion ». Mon contrat se terminait au CHU de la ville où je travaillais, c'était l'occasion d'enfin accéder à un poste qui pouvait me faire travailler avec cette population qui m'intéresse depuis longtemps et c'est vrai qu'en ergothérapie, en France, c'est un peu compliqué d'accéder à des postes pareils donc j'ai postulé. Il ne devait pas y avoir beaucoup de candidats. J'ai été retenue. J'ai eu la chance d'être retenue.

Emma : D'accord, très bien. Merci. Du coup c'était finalement la première fois que vous trouviez une offre d'emploi qui vous permettez de travailler auprès de cette population ?

E5 : Bah oui parce qu'après j'ai contacté pas mal de monde sur des créations de postes notamment sur une population avec laquelle on travaille peu malgré les études, malgré les mémoires, malgré les recherches, on se sent un peu perdu.

Emma : Oui.

E5 : Je suis allée chercher du soutien auprès de collègues et c'est vrai que j'ai appris qu'il n'y avait pas d'autre ergothérapeute en EMPP en France, en tout cas, en juin 2018. Du coup c'est vrai que j'étais un peu moins étonnée d'avoir jamais trouvé cette fiche de poste vu que c'est le premier poste d'ergothérapeute en EMPP et à mi-temps donc...

Emma : Oui c'est sûr.

E5 : En France ça met quand même beaucoup de temps à arriver l'ergothérapie plus sociale disons que dans d'autres pays.

Emma : Oui c'est sûr oui, c'est vrai que dans certains pays c'est finalement assez développé.

E5 : Bah oui et puis c'est une évidence dans certains autres pays et ça ne l'est pas forcément chez nous où l'ergothérapie sociale va être attribuée aux travailleurs sociaux.

Emma : Oui.

E5 : Ce sont beaucoup des travailleurs sociaux qui vont faire ça sauf qu'eux ils ne peuvent pas faire à la fois leur travail social plus ce que nous on fera en ergothérapie à côté.

Emma : Oui.

E5 : Donc ils font un peu ce qu'ils peuvent mais, enfin, je le vois à l'EMPP, les travailleurs sociaux finalement c'étaient mes meilleurs alliés, ils étaient très demandeurs.

Emma : Ah oui, d'accord.

E5 : Ah bah ils étaient super contents d'avoir une ergothérapeute finalement. Alors au début, évidemment, c'est toujours difficile parce qu'il y a une nouvelle profession qui arrive dans une équipe médicale qui ne comprenait pas forcément l'intérêt d'avoir une ergothérapeute parmi elle donc faut déjà... Enfin, l'EMPP avait déjà vingt ans quand je suis arrivée donc elle a fonctionné vingt ans sans ergothérapeute, sans savoir vraiment ce qu'était une ergothérapeute, donc il a fallu déjà travailler avec cette équipe-là qui m'a très bien accueillie mais bon faut réussir aussi à faire comprendre son intérêt au sein même de son équipe, au sein même de son hôpital, et ensuite faire comprendre son intérêt auprès des travailleurs sociaux. Par contre, une fois que la machine est enclenchée, c'est chouette, enfin, ça marche très bien.

Emma : Oui.

E5 : Faut beaucoup de patience, faut se prendre quelques petites claques et puis après c'est bon, c'est lancé.

Emma : Oui c'est sûr, oui j'imagine que ça n'a pas dû être facile de....

E5 : Non ça été très long...

Emma : de trouver sa place quoi !

E5 : Oui ça été long mais bon c'était vraiment ce que je voulais donc en fait il ne faut pas trop le prendre pour soi, faut faire beaucoup de pédagogie, faut...

Emma : Faut promouvoir.

E5 : Faut ravalier son égo et puis faut bien expliquer. Mine de rien ce sont aussi les

résultats qui payent parce qu'on a beau expliquer, tant qu'il n'y a pas de retour positif par exemple des personnes qu'on accompagne, tant que les gens ne se rendent pas compte qu'il y a effectivement un effet bénéfique, bah parfois c'est un peu difficile de se rendre compte de l'intérêt.

Emma : Oui c'est sûr.

E5 : Donc faut beaucoup de patience, c'est long, c'est vraiment long comme ce n'est pas évident en France d'avoir des ergothérapeutes dans le social. Dans le social on a encore vraiment tout à prouver. Nous dans notre cercle d'ergothérapeutes vachement intéressés par ça on voit l'évidence.

Emma : Oui.

E5 : Toi étudiante qui travaille là-dessus tu vois forcément l'intérêt, après quand on arrive sur le terrain, tout le monde n'est pas aussi enthousiaste que nous et faut faire aussi nos preuves.

Emma : Oui bien sûr, ça ne me surprend pas du tout.

E5 : Oui après les gens restent bienveillants hein mais voilà il faut faire ses preuves.

Emma : D'accord. Je vais commencer à vous poser quelques questions qui vont être plus en lien avec mon sujet, directement en lien, en fait. Ma première question, c'est : est-ce que, selon vous les personnes sans-abri souffrent d'injustices occupationnelles ? Je pense que, d'après le document que vous m'avez envoyé, ce sont des termes qui vous sont familiers mais si jamais vous souhaitez que je redéfinisse ce que j'entends par injustices occupationnelles, il n'y a aucun souci.

E5 : Non ça va, ça devrait aller au niveau des termes. D'ailleurs, j'ai écrit un article récemment à ce sujet-là enfin, qui combine un peu ces sujets parce que, dans les articles d'ergothérapie, on est limité dans les mots donc il faut développer les concepts très succinctement. Mais c'est vrai que la plupart des gens souffrent effectivement d'une injustice occupationnelle dans le sens où il y a un déséquilibre flagrant dans leurs occupations quotidiennes. Comment formuler cela... En fait, les gens de la rue ne manquent pas d'occupations, ça c'est un fait, ils sont occupés toute la journée : ils sont occupés par les démarches administratives, par la quête de nourriture, par la quête d'un logement, d'un toit, d'une bagagerie pour poser leurs affaires, comme d'un endroit où aller manger et pour échapper à la violence de la rue. Enfin, ils sont constamment occupés. Ils peuvent être occupés aussi parce qu'ils sont tellement fatigués en journée qu'il faut bien qu'ils dorment donc le sommeil aussi va constituer une occupation. Par contre, ils ne sont pas occupés de façon équilibrée et

satisfaisante. Ce qui ressort beaucoup des témoignages, c'est qu'effectivement les journées sont remplies. Parfois il y en a qui ne sont pas remplies mais la plupart des journées sont très remplies par des occupations en lien avec les besoins de survie et non pas de vie quotidienne comme nous on peut aller faire de la peinture, aller manger au restaurant, aller boire un verre avec ses amis en terrasse. Eux la question quotidienne c'est : « Où je vais dormir ? Où je vais manger ? Et où je vais me poser sans que ce lieu soit dangereux pour moi ? ». Dans ce sens-là, effectivement, les personnes sans-abri sont coupées d'occupations qui vont avoir du sens et de la valeur à leurs yeux donc on peut clairement dire qu'elles souffrent d'injustice occupationnelle et d'un manque d'équilibre, d'un déséquilibre occupationnel vraiment très important. Les occupations aussi des personnes sans-abri, la plupart, enfin ce sont des gros clichés, mais ça va aussi pouvoir être des occupations déviantes qui vont être centrées sur l'alcoolisation massive, la prise de drogue. Alors je sais que dans la littérature la « déviance » occupationnelle est peu développée mais ça contribue aussi. Je pense que ça vaut le coup d'aller fouiller un peu là-dedans selon l'orientation des recherches parce que ça contribue fortement au déséquilibre occupationnel.

Emma : Oui d'accord. Et du coup, est-ce que vous vous avez identifié les conséquences de ces injustices occupationnelles sur leur état de santé général ?

E5 : Alors, bah oui du coup, les injustices occupationnelles peuvent mener à des occupations déviantes, ça peut être dans les deux sens : c'est soit l'occupation déviante qui va mener au statut de personne à la rue et qui va petit à petit dégrader la qualité de vie, le bien-être, la santé, soit c'est la rue qui va mener à ces occupations là aussi par la violence, par le rejet, la marginalisation, etc. Il y a des conséquences sur l'estime de soi, moi c'est la première chose qui m'a vraiment frappée. Après c'est surtout chez des personnes qui sont à la rue depuis assez longtemps, alors chez les jeunes aussi, évidemment, mais quand les jeunes sont à la rue en général ils ont quand même un parcours de vie assez difficile donc l'estime elle a été bafouée dès le plus jeune âge.

Emma : D'accord.

E5 : Quand on les récupère dehors ils ne vont pas être en très grande forme, je parle pour une majorité, évidemment, chaque cas est différent... On ne doit pas aborder une personne à la rue comme une autre enfin voilà.

Emma : Oui.

E5 : De toute façon, dans notre profession d'ergothérapeute, on le fait plutôt

spontanément. C'est ce qu'on nous apprend en tout cas.

Emma : C'est sûr.

E5 : Hum... Du coup, les conséquences sur l'estime de soi : une dévalorisation. Moi c'est vraiment ça qui m'a frappée, la dévalorisation, le manque de confiance, le manque d'estime. Le fait de ne pas se sentir capable de faire les choses, de s'appuyer sur un système social, parce qu'on ne se sent plus capable de faire les choses soi-même. Après, il y a des gens aussi qui vont négliger leur santé parce qu'ils ont des besoins primordiaux à assouvir, manger, dormir, et aussi qui ne vont plus forcément penser à leur bien-être et voilà. La conséquence principale je pense que c'est vraiment la marginalisation parce que du fait du rejet de l'autre bah les personnes sans-abri s'isolent et leurs contacts sociaux sont vraiment très diminués donc l'estime de soi est au ras des pâquerettes quoi !

Emma : D'accord.

E5 : Et du coup un manque de participation enfin après ça va un peu crescendo, c'est un peu comme dans la boucle du Modèle de l'Occupation Humaine hein, l'estime de soi, la position, tout ça est bafoué. Le reste ne va pas suivre dans le cercle et en plus l'environnement est complètement défaillant donc t'imagines bien que ça devient très compliqué d'avoir un équilibre et d'avoir une bonne santé mentale.

Emma : Oui, quand on n'a pas tout ça, oui.

E5 : Hum, bon bah y en a qui s'accrochent hein, y en a qui ont une force de caractère incroyable, mais bon, ils s'accrochent parfois quelques années et puis parfois c'est un petit peu plus dur quoi.

Emma : D'accord ! J'allais vous demander si en dehors des conséquences des injustices occupationnelles vous avez identifié d'autres problématiques de santé mais c'est vrai que y a déjà beaucoup de problématiques qui ont été énoncées, finalement, ça a beaucoup de conséquences.

E5 : Ah oui, ça a beaucoup de conséquences oui, la santé est vraiment négligée. Des fois, nous on les avait... Enfin, on faisait des permanences dans des immeubles donc on allait sur les lieux où ils logent, où ils dorment, voilà. On était obligé de dire à certains d'aller à l'hôpital pour aller se faire soigner, enfin, il y a même des français, après les migrants ça c'est un autre problème, mais il y a même des français qui n'ont pas de couverture médicale donc on se dit c'est quand même...

Emma : Oui.

E5: C'est quand même la base pour prendre soin de soi, pour avoir des médicaments,

des traitements, des soins, et il y en a qui n'ont même plus d'accès aux droits en fait donc on se dit « Ah oui, quand même ! ». Ils négligent leur santé, enfin, négliger je ne sais pas si c'est le bon terme mais ils oublient, ils s'oublient, ils oublient leur santé au point de ne même plus avoir de droits ouverts.

Emma : D'accord.

E5 : Alors les travailleurs sociaux travaillent vachement là-dessus aussi, ils les accompagnent mais bon vraiment la santé on a l'impression que ça passe derrière tout. J'en voyais un qui était blessé, ouvert et tout, il n'allait même pas se faire désinfecter, même pas se faire soigner. On voit des fois que quand ils dorment sur du dur un peu trop longtemps, il y a des sortes d'escarres qui commencent à se former qui ne sont même pas nettoyées alors que ça suinte. Nous dès qu'on a une petite coupure limite on met du désinfectant, un pansement et tout, eux, ils ont des escarres dégueu, jaunes, suintantes, et ils ne se font pas soignés. Après, évidemment, ce n'est pas généralisable mais ce sont des choses qu'on voit.

Emma : Oui d'accord donc finalement c'est vraiment de la survie et finalement peu importe comment on survit quoi, tant qu'on survit.

E5 : Ouais c'est un peu ça. Enfin même que ce soit somatique ou psychologique, enfin la santé ce n'est pas forcément la priorité. C'est pour ça d'ailleurs que les EMPP existent parce que faut aller chercher les gens pour les soigner en fait.

Emma : Oui, oui tout à fait.

E5 : Et leur proposer des soins, leur dire qu'on est là et que s'ils ont besoin, on est là parce que la démarche spontanée elle existe mais pas toujours quoi, elle reste assez marginale.

Emma : Oui d'accord. Du coup quand vous avez ouvert ce poste c'est, j'imagine que vous avez défini vos propres missions, objectifs, etc... Et du coup pour répondre à toutes ces problématiques que vous avez identifiées, quelles approches et quels moyens vous avez utilisés au sein de votre EMPP ?

E5 : Alors, en fait, lorsque je suis arrivée ma fiche de poste était déjà écrite.

Emma : Ah d'accord.

E5 : Oui, tu vois, c'est un peu bizarre mais voilà c'était déjà écrit après j'imagine qu'il fallait l'écrire de toute façon pour créer le poste.

Emma : Oui, pour pouvoir embaucher la personne.

E5 : Oui, voilà, donc elle était rédigée mais après évidemment quand on arrive sur un poste et qu'on crée les choses, on a aussi sa part d'autonomie hein, mais il y a des

choses qui m'ont été demandées par l'équipe médicale. Ils ont créé ce poste aussi parce qu'ils en avaient besoin notamment au niveau de l'évaluation de l'autonomie, tout ce qui était bilan d'autonomie pour les personnes suivies par l'équipe et les médecins, dans le but de retrouver un logement et de voir quel type de logement en fait serait adapté à la personne.

Emma : D'accord.

E5 : Et c'étaient des personnes à la rue que je voyais en bilan écologique donc avec différentes tâches du quotidien à effectuer par exemple prendre le bus, gérer un tout petit budget pour se faire à manger, faire des courses, faire le repas, participer au repas, respecter des règles d'hygiène, etc. Un bilan assez classique que tous les autres ergothérapeutes font aussi à l'hôpital, en tout cas, dans l'hôpital où je travaillais. Et par contre moi du coup je le faisais avec le MOH parce que j'y ai été formée donc j'utilisais cet outil-là. Sur de l'auto-évaluation, j'utilisais l'OSA par exemple. Pour moi c'était vraiment important que la personne puisse s'auto-évaluer et me parler de son ressenti par rapport à ça, surtout qu'il y a des gens qui ont été coupés de ces activités là quand même depuis longtemps donc on ne les évalue pas du tout de la même façon qu'un jeune qui décompense et qui a vécu chez ses parents enfin qui a eu un toit ou qui a aidé à cuisiner ou des trucs comme ça. Evidemment on fait le bilan mais si la personne n'y arrive pas, mais qu'on voit qu'elle a les capacités de le faire ou d'apprendre sur le plan cognitif, forcément, on ne va pas faire un bilan catastrophique. Enfin, c'est une démarche un peu différente que pour des personnes logées. Ensuite, je faisais des permanences dans des accueils de jour et des foyers. Par exemple, un des accueils de jour était en fait un restaurant social. Le midi, ce restaurant offre des repas et l'après-midi, il offre un endroit pour se poser. Le but aussi c'est de lutter contre l'isolement.

Emma : D'accord.

E5 : Donc dans ce restaurant, je proposais des activités de groupe en ergothérapie. C'était aussi dans une intention d'aller vers les gens, de leur proposer une alternative à la parole en fait pour accéder aussi aux soins en santé mentale et puis favoriser la participation. On avait plusieurs idées d'activités et puis finalement à force de, c'est le sport et la pâtisserie qui sont ressortis donc ça, ça a été fait avec les travailleurs sociaux, mais aussi avec les gens qui fréquentent les lieux parce que je leur ai proposé des trucs et c'est ce qui a marché, c'est ce qui a plu, l'idée ce n'était pas de leur imposer une activité qui ne les intéresserait pas.

Emma : Oui c'est sûr.

E5 : L'idée, c'était de travailler avec une équipe, avec les personnes qui souhaitaient participer, donc voilà tous les jeudis après-midi, quand il faisait beau on allait une fois sur deux à l'extérieur faire du sport et une fois sur deux on faisait de la pâtisserie et l'hiver on faisait quasiment que de la pâtisserie.

Emma : D'accord.

E5 : De temps en temps, on faisait des jeux de société mais c'était vraiment plus accès pâtisserie. C'est une activité qui a vachement bien marché en fait. Ça avait vachement de sens pour les gens et... Même ceux qui n'avaient pas forcément envie de participer à l'activité en tant que telle, ils venaient regarder, ils donnaient des conseils, ils posaient des questions. L'idée c'était de faire un gâteau qu'ils avaient choisi la semaine d'avant ou deux semaines avant et ensuite de le faire et de le servir à l'heure du goûter à tout le monde. Ce n'était pas que le groupe qui avait fait la pâtisserie qui la consommait, c'était tout le monde. Il y avait un vrai moment de partage à la fin de l'activité avec toutes les personnes qui étaient présentes donc c'était vraiment chouette. Souvent les gens qui participaient à l'activité étaient super fières de distribuer les assiettes de gâteau et que tout le monde leur fasse des compliments. C'était vraiment comme s'ils n'avaient jamais reçu de compliments depuis des années et c'était trop bien qu'on leur dise que leur part de gâteau était bonne.

Emma : Oui c'est sûr.

E5 : Et puis on faisait que des trucs élaborés hein, pas des gâteaux au yaourt hein (rires).

Emma : (rires).

E5 : Donc c'était assez valorisant et puis pour le sport en fait ils ont choisi la pétanque. Ils adoraient la pétanque donc du coup on en faisait vachement souvent, je leur proposais de changer, mais non, il fallait qu'ils gardent la pétanque !

Emma : (rires)

E5 : Après du moment que ça a du sens. Enfin, le but aussi pour nous, c'est un peu de s'effacer et de laisser les choses se faire et d'être juste un « superviseur ».

Emma : Oui.

E5 : Un peu un catalyseur d'interactions sociales, de fierté, de motivation, mais si on peut être un peu invisible en soi, ce n'est pas plus mal non plus. Du coup ça a permis à pas mal de gens d'accéder aux soins. Il y a des gens qui venaient d'abord à la pâtisserie ou à la pétanque, qui commençaient à discuter un petit peu, le moral n'était

pas forcément super bon mais ça leur faisait du bien de faire une activité, que ça les mettait en valeur, ça leur rappelait des souvenirs d'enfance aussi : « J'ai fait ça avec ma grand-mère quand j'étais petit » ou « J'ai fait ça avec ma maman » ou ah bah tiens on apprend que un tel a été cuisinier, qu'il a fait le tour du monde sur des bateaux parce qu'il a été cuisinier pour les croisières et puis, de fil en aiguille, on tisse vachement de liens en fait grâce à l'activité, il y a beaucoup de confessions qui arrivent et puis ça créé aussi des interactions entre eux, ils apprennent à se connaître autrement que par d'autres formes d'activités qu'elles soient déviantes ou pas hein.

Emma : Oui.

E5 : Du coup c'était assez sympa et ça a aussi permis à des gens qui avaient peur de la psychiatrie d'accepter d'avoir des soins.

Emma : Ah oui d'accord.

E5 : Donc il y en a certains que j'ai commencé à voir et ensuite j'ai passé le relais aux psychologues, aux infirmiers et voire au médecin quand il y avait besoin d'un traitement.

Emma : D'accord.

E5 : Donc ça a aussi permis des portes d'entrée à des soins médicaux.

Emma : Donc ça prenait tout son sens dans le cadre de l'EMPP quoi.

E5 : Oui bah oui parce que l'idée aussi quand on travaille pour un hôpital c'est de remplir les missions du service.

Emma : Evidemment.

E5 : On peut avoir une idée de l'ergothérapie, de ce que c'est l'ergothérapie sociale, mais il y a aussi des attentes de la part de l'institution donc il faut essayer de trouver un équilibre entre la vision qu'on a nous de ce que peut être l'ergothérapie sociale mais aussi la vision hospitalière qu'on est un peu obligé de respecter parce que c'est aussi pour ça qu'on a été embauché.

Emma : Oui bien sûr.

E5 : Donc voilà, je pense que l'accès aux soins psychologiques en fait aussi partie, enfin, c'est chouette qu'un professionnel puisse permettre à des gens de se soigner, quand la parole ne suffit pas, c'est bien d'avoir un autre moyen d'accès.

Emma : Oui.

E5 : Sinon je travaillais pas mal avec des foyers donc il y avait aussi des projets en cours que je n'ai pas pu poursuivre donc c'est ma remplaçante qui, j'espère, pourra les reprendre. Il y a des foyers qui étaient très demandeurs d'activités au sein même

du foyer. Pour moi ça a plus de sens quand même d'aller sur le lieu de vie que de demander aux gens de venir puisqu'ils ont une temporalité qui est quand même... Disons, déjà une routine, qui est particulièrement difficile et ils ont aussi une temporalité qui n'est pas tout à fait la même que la nôtre donc... Enfin, là on le voit bien nous, quand on n'a pas de repère, de travail... Enfin on est un peu paumé dans les jours. Eux, ils n'ont pas toujours un calendrier sous le nez, ni d'agenda, donc voilà.

Emma : Oui, oui.

E5 : Donc quand on donne un rendez-vous dans les locaux c'est possible que, enfin, moi j'avais donné un rendez-vous à un patient le lundi à 10h00 et il est venu le vendredi à 15h00 parce qu'il croyait qu'on était lundi 10h00.

Emma : D'accord.

E5 : C'est caricatural mais c'est arrivé donc c'est plus facile d'aller vers eux, s'ils sont là, tant mieux on le fait, s'ils ne sont pas là, on le fait avec d'autres personnes.

Emma : D'accord donc ce n'étaient pas forcément les mêmes participants qui venaient chaque semaine quoi.

E5 : Alors on avait un groupe d'art-plastique, notamment pour des personnes qui avaient beaucoup de mal à verbaliser, pour qui c'était plus difficile d'avoir le groupe au complet. Enfin, je crois qu'on n'a jamais eu le groupe au complet parce que ce n'était pas forcément facile de se tenir à une heure et à un jour en fait.

Emma : D'accord.

E5 : Ça a marché quand même hein, ça a donné des résultats sympas pour certaines personnes, mais il y a d'autres personnes pour qui c'était impossible de respecter un groupe, un endroit, une heure et un jour précis soit parce qu'il y avait des urgences vitales, du quotidien, soit parce qu'ils avaient zappé en fait.

Emma : Oui.

E5 : Mais souvent, quand ils s'en souvenaient, ils appelaient, ils s'excusaient, ils revenaient à une heure qui n'était pas la bonne. Donc à l'EMPP, on avait arts-plastique et de la relaxation mais ça c'était plus avec, il y avait des personnes sans-abri qui participaient, mais c'était beaucoup plus axé sur les soins aux demandeurs d'asile, migrants, réfugiés, pour travailler sur tout ce qui était stress post-traumatique.

Emma : D'accord. Et c'étaient des ateliers qui avaient lieu à l'EMPP directement ?

E5 : Oui, c'est ça, à l'EMPP.

Emma : D'accord.

E5 : Mais pareil, ce n'était pas forcément facile de tenir un rythme, ces personnes ont

les mêmes problématiques en plus de tout ce qui est clandestinité, traumatisme, voilà.
Emma : Oui.

E5 : Après la relaxation ça marche aussi pour les personnes de la rue qui ont eu un parcours de vie traumatique également, ce n'est pas le même, ce n'est pas forcément la guerre, la torture, mais ce sont d'autres traumatismes qu'il faut également évacuer et verbaliser et ce n'est pas toujours facile. Donc ces deux activités là, c'est pas mal à faire avec cette population par contre il ne faut pas forcément s'attendre à des miracles : qu'ils soient là toutes les semaines, qu'ils se tiennent à une régularité temporelle, c'est compliqué.

Emma : D'accord, oui il faut en avoir conscience quand on met en place ce genre d'ateliers.

E5 : Oui. Après je pense que quand tu travailles avec une population précaire, il ne faut pas avoir d'attentes trop importantes. Dans le sens où on a toujours envie de bien faire, évidemment, on se dit qu'on fait tout ça pour eux, on donne plein d'énergie, mais s'ils ne sont pas là, ce n'est pas grave, il y a d'autres problématiques. Je dis cela parce qu'au début, je me disais : « Mince ça se trouve ce n'est pas bien ce que je fais », je me suis vachement remise en question. Parce que, par exemple quand on arrive un lundi, et que dans le groupe, il n'y a personne, ça fout un peu les boules parce qu'on y a mis de l'énergie, on l'a préparé et tout mais ça n'a rien de personnel, ce n'est pas contre l'activité en soi parce que les retours sont en fait toujours positifs, c'est juste qu'il y a une question de temporalité, de priorité de vie, ce n'est pas facile. Et puis parfois il n'y a pas le moral donc pas l'envie de se déplacer forcément. Ce sont des gens qui marchent beaucoup, qui vont d'une institution à l'autre donc parfois aller dans une énième institution c'est compliqué. Donc voilà il faut plutôt s'adapter à eux que leur demander à eux de s'adapter à nous.

Emma : D'accord.

E5 : Et puis après il y avait des projets avec les travailleurs sociaux. Suite au bilan d'autonomie, ils m'avaient demandé si on pouvait faire un groupe de cuisine pour des gens qu'ils voulaient orienter vers des pensions de famille c'est-à-dire quitter les foyers pour aller vers des appartements autonomes mais dans des pensions dans lesquelles il y a des travailleurs sociaux qui peuvent les accompagner si besoin. Je suis allée aussi dans un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Socio-professionnelle (CHRS) où les personnes sont alcoolodépendantes. Donc avec eux, on travaillait beaucoup l'autonomie. Il y avait un étage dédié à des personnes complètement autonomes. On

a travaillé là-dessus parce que ce n'était pas vraiment le cas à la base, ils n'avaient pas de contact, ils continuaient à bénéficier du réfectoire du CHRS alors qu'ils n'étaient pas censés vu qu'ils avaient un appartement avec cuisine et tout donc on a travaillé là-dessus. Ce n'était pas facile mais c'était bien. Et en dernier, j'avais un projet avec un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS). C'était un projet autour du street art, avec un groupe d'artistes locaux et un groupe de personnes : choix d'un mur, choix d'une fresque, création et conception de la fresque. C'était un chantier qui devait avoir lieu au printemps.

Emma : Ah...

E5 : Bah oui c'est un peu dommage.

Emma : Oui.

E5 : C'était dans le cadre d'un festival auquel on avait prévu de participer avec un groupe de personnes pour qu'elles aient un lieu d'expression artistique puis quelque chose qui reste aussi dans la ville. Embellir des murs de ville pour des personnes qui vivent dans la rue, ça a du sens, en tout cas, elles y trouvent du sens. C'est un projet qu'on a évidemment conçu avec elles, ce n'est pas un truc qui nous est sorti de la tête pour lequel on s'est dit : « Bon on va leur demander de faire ça ».

Emma : Ah oui, d'accord.

E5 : Le dernier point de la prise en charge était plus axé sur la cité. Dans la ville où je travaillais, il y a un tissu associatif qui est quand même assez riche. L'idée était de se rapprocher de toutes les associations d'économie sociale solidaires : jardins partagés, cafés-couture, cafés-vélo où ils réparent des vélos... Il y a aussi un restaurant associatif qui recherche des bénévoles. L'idée était d'orienter les personnes vers des associations pour être bénévole ou pour faire une activité mais au sein de la cité, ne plus faire l'activité avec des travailleurs sociaux ou toujours avec les mêmes personnes, vraiment aller se mélanger aux gens quoi, participer à la vie de la ville.

Emma : Et ça c'est quelque chose qu'ils parvenaient à mettre en place ?

E5 : Et bien pour certaines personnes, oui. Il y en a même que ça a un peu reboosté en fait. Il y avait un jeune qui voulait faire des jardins partagés du coup ça l'a un peu remis en contact avec d'autres gens, c'était un jeune délinquant, donc des gens hors de la délinquance. Il voulait absolument se racheter pour les bêtises qu'il avait faites donc pour lui, faire une activité qui avait du sens, faire pousser des choses, c'était quand même assez chouette. Il y en a un autre qui s'est vachement investi dans un restaurant associatif et du coup il a trouvé un boulot chez Emmaüs derrière.

Emma : Ah oui d'accord.

E5 : C'est assez cool, il y en a qui sont allés retaper des meubles à l'atelier... Évidemment, ça ne fait pas des miracles sur tous les gens, il y en a qui ne s'y tiennent pas, il y en a qui n'y vont pas, il y en a avec qui ça ne marche pas mais il y en a quand même pour qui ça a créé de belles choses. Je pense que le truc aussi c'était que j'étais à mi-temps sur un poste où je n'avais pas forcément le temps de m'investir autant que sur un temps plein. Et puis, sur un an et demi, on ne peut pas non plus faire de miracles mais je pense que si ma remplaçante continue sur cette lancée-là, il y a moyen de créer un réseau vachement intéressant pour réintégrer progressivement les personnes et qu'elles participent à la vie de la cité ce qui est quand même un des buts.

Emma : Oui, on aura l'occasion d'y revenir dans l'entretien, d'ailleurs, on va vite y revenir.

E5 : Très bien.

Emma : Donc vous m'avez présenté tous les ateliers que vous avez mis en place et l'ensemble des structures dans lesquelles vous interveniez.

E5 : Oui, je crois.

Emma : Ok. Merci de m'avoir partagé votre expérience. Maintenant nous allons passer à la seconde partie de cet entretien où nous allons nous intéresser un peu plus particulièrement à l'approche communautaire.

E5 : Oui.

Emma : Je vais juste me permettre de la redéfinir pour qu'on soit au clair avec le concept mais je pense que, vu les ateliers que vous avez mis en place et ce que vous venez de me dire, ça va vous parler. En fait l'approche communautaire est une stratégie utilisée en promotion de la santé dont l'objectif est d'apporter une solution collective à un besoin commun ou un problème social propre à une communauté. Cette approche permettrait d'améliorer les conditions de vie, de participation sociale des citoyens et donc d'accroître leur sentiment d'appartenance à un milieu. Et en fait, pour mettre en place cette approche, les membres de la communauté vont travailler en partenariat avec des professionnels pour d'une part, identifier leurs besoins ou leurs problématiques et d'autre part, élaborer et mettre en place les actions pour y répondre. Les membres de la communauté vont vraiment être acteurs au même titre que les professionnels. Ma première question concernant cette approche est : est-ce que, selon vous, c'est une approche qui pourrait être utilisée auprès des personnes sans-abri ?

E5 : Oh bah moi je pense que oui parce que du coup le but aussi c'est de... Comme je le disais, ce sont des personnes qui ont une estime d'elle-même qui est bafouée, elles ont aussi une participation qui est limitée donc le but c'est aussi de les rendre à nouveau acteur de leur vie. Elles le sont déjà effectivement par d'autres moyens mais de ne plus les rendre dépendants d'un système social en fait, de professionnels, afin qu'elles retrouvent un sens à ce qu'elles font, que leurs activités ne soient plus uniquement des activités imposées par l'urgence du quotidien donc effectivement l'approche communautaire, que ce soit en santé ou autre, elle prend tout son sens pour leur redonner une place au sein de la communauté.

Emma : D'accord donc selon vous la plus-value de cette approche serait vraiment de leur redonner une place et de leur permettre de participer à la vie de la cité etc. ?

E5 : Je pense que oui parce qu'en plus, au-delà de tout ça, les personnes sans-abri sont souvent très stigmatisées, on les voit plutôt comme les poivrots du coin qui font la manche, enfin, c'est pour caricaturer.

Emma : Oui, bien sûr.

E5 : Ce n'est évidemment pas l'image que j'ai de ces personnes-là mais il y a beaucoup de stigmatisation de la cité déjà, donc l'idée, c'est aussi que la cité apprenne à connaître ces personnes. Parce que mine de rien, l'environnement engendre aussi le handicap, on le sait très bien.

Emma : Bien sûr.

E5 : Donc le fait que les personnes ne soient pas intégrées va renforcer leur marginalisation. Enfin, c'est un cercle vicieux alors que parmi les gens de la rue il y a des gens comme toi et moi qui n'ont juste pas eu de chance dans la vie et que la vie a abîmé. Ils se sont retrouvés à la rue comme ça, du jour au lendemain, ce n'est pas de chance, et souvent, on les voit comme des alcoolique, comme des drogués, comme des gens qui n'ont pas envie de faire d'efforts alors que ce n'est même pas la majorité. Il y en a évidemment mais ce n'est pas la majorité. Il y a des gens qui y croient, qui ont envie de s'en sortir, qui essaient de faire des efforts mais qui luttent contre un quotidien difficile, qui perdent en estime, comme je le disais, et ça devient de plus en plus dur de faire. Le regard des autres en plus c'est une grosse difficulté. Le but c'est de changer le regard que les autres ont sur eux et de changer leur propre regard sur eux, qu'ils reprennent confiance en eux, qu'ils voient qu'ils sont capables de faire les choses et je pense que la cité est un atout quand même vachement important. Enfin moi en tout cas, je n'ai vraiment pas eu assez de temps pour le faire mais c'est la partie du

travail qui me semblait vraiment la plus intéressante, de travailler conjointement avec les associations locales, ça pourrait même être avec les commerçants, enfin voilà, créer tout un tissu communautaire autour de tout ça pour vraiment réintégrer progressivement les gens. Il y en a qui trouvent du boulot quand ils commencent vraiment à s'investir dans les associations donc ce n'est quand même pas rien.

Emma : Oui, c'est sûr. Et selon vous, est-ce que cette approche contribuerait à réduire les injustices occupationnelles dont les personnes sans-abri souffrent et si oui, comment ?

E5 : Déjà, on travaille avec elles, elles choisissent ce qu'elles veulent faire, elles choisissent où elles souhaitent s'investir. On leur donne une place qui est quand même une place qu'on ne leur donne pas souvent. On leur dit souvent quoi faire, comment faire, va à tel endroit, fait ci, fait ça. Là on leur donne un pouvoir de décision ce qui est quand même quelque chose d'assez chouette. Aussi quand une personne a un pouvoir de décision elle va quand même s'investir plus facilement même si ce n'est pas évident à cause des urgences du quotidien. Le fait d'avoir choisi de faire ces choses-là, c'est quand même un premier « engagement ». Ça veut aussi dire qu'il y a une personne qui les a accompagnées dans leurs choix. On leur donne l'opportunité de faire quelque chose qu'elles ont choisi donc c'est déjà chouette. Après, une fois qu'elles sont engagées, par exemple dans une association, ça va leur permettre d'avoir une occupation choisie autres que celles du quotidien difficile type administratif ou urgence vitale donc ça redonne quand même un sens à une routine qui était insatisfaisante à la base. Par exemple, sur les ateliers de pâtisserie, ça n'a pas forcément un lien avec les associations et tout mais, il y a des gens qui toutes les semaines nous disaient « Merci, c'est le meilleur moment de ma semaine, on me laisse enfin avoir un temps où je peux faire quelque chose qui me plaît, où je suis content, où je ne pense pas à mes problèmes ». C'est un moment valorisé et valorisant en fait. Du coup, pareil, des gens qui vont être réintégrés dans la cité, déjà ils vont être en lien avec personnes qui ne sont ni des professionnels de santé, ni des personnes qui vont les questionner sur le plan moral ou somatique, enfin, ça ce sont des personnes qui vont être payées pour faire ça. Ils ne vont plus être avec des gens qui sont avec eux parce que c'est comme ça. Là, ils vont être avec des gens qui ne sont pas payés pour les faire aller mieux. Il n'y a pas d'enjeu monétaire derrière ce qui fait que c'est du donnant-donnant en fait. Ils sont sur le même piédestal. Ils vont faire une activité ensemble, au même niveau, chacun avec leur vie de leur côté. Ils vont recréer des liens sociaux, discuter avec des

gens qu'ils ne connaissaient pas, parfois lier des amitiés. Il y en avait un, au restaurant associatif, une fois que je l'ai orienté là-bas, il y allait tous les jours jusqu'à ce qu'il trouve son travail donc il y avait vraiment du sens pour lui parce qu'il s'était lié d'amitié avec une autre bénévole, il y avait une ambiance super. Enfin, l'équipe était chouette. Il était content de faire de la cuisine comme lui était cuisiner, c'était tout ce qu'il aimait, donc il était content de reprendre cette activité. Il y passait vraiment toutes ses journées, toutes les semaines. C'était ouvert du lundi au vendredi midi et il y allait vraiment tout le temps. Ce qui ressortait pour lui c'était qu'il faisait vraiment quelque chose qu'il aimait plutôt que de traîner dans la rue, marcher et rien faire ou encore attendre au restaurant social que le temps passe. Là au moins il se sentait intégré à un groupe social, il faisait une activité qui avait du sens. En fait, comme il a lié des amitiés, ça a ouvert d'autres opportunités et là il a trouvé son travail.

Emma : D'accord.

E5 : Pareil dans les jardins partagés, ils vont aider les jardiniers, ça créé du lien social, ils font une activité qu'ils aiment, c'est déjà un premier pas.

Emma : C'est vrai que ça leur permet d'accéder à des opportunités qui se présentent peu à eux au quotidien.

E5 : Oui, c'est ça. Au-delà de tout ça, même s'ils ne trouvent pas tous un travail évidemment, toutes les activités ne vont pas permettre de trouver du boulot, mais ça permet de discuter avec d'autres personnes que les gens de la rue ou que les intervenants sociaux ou que les professionnels de santé. Ça permet d'utiliser ses mains pour autre chose que d'appeler le 115 ou de remplir un formulaire administratif, enfin, voilà quoi.

Emma : Donc ça leur permet également d'utiliser leurs compétences ?

E5 : Oui et du coup c'est valorisant de se dire qu'on est capable de faire.

Emma : D'accord. Selon vous, est-ce qu'il y aurait des conditions pour que cette approche soit efficace et pertinente ?

E5 : Euh, je pense, enfin l'approche communautaire le définit elle-même mais il ne faut vraiment pas perdre de vue que la personne doit être au centre de son projet. On ne commence pas à dire : « Vu ton profil, pour toi, ce serait bien de faire ça ». Ce sont des choses qui sont vues mais c'est parce que les professionnels ont beaucoup de boulot et il y a peu de moyens dans ces milieux là mais on a peut-être tendance à vouloir trop décider à la place des gens et ne pas leur donner leur totale libre-arbitre, leur pouvoir de décision, donc il faut vraiment faire attention à ça. C'est quelque chose

de vraiment important. Il faut quand même avoir des liens, même si le but c'est de les laisser en autonomie dans la communauté ou le lieu qu'ils ont choisi, c'est bien d'avoir des liens avec les associations par exemple, d'avoir une approche éducative avec les partenaires pour éviter les problèmes. Si on oriente une personne à la rue, par exemple schizophrène, il peut y avoir parfois des comportements qui ne sont pas toujours compris par la communauté. Je pense que c'est parfois important d'avoir une approche éducative auprès des partenaires pour être sûr que certaines choses ne soient mal prises. Sinon, je ne l'ai pas suffisamment mise en pratique pour penser à d'autres choses.

Emma : D'accord, merci. Du coup, à contrario, est-ce que vous avez identifié des limites à cette approche ?

E5 : Hm, peut-être que la limite c'est de rester dans un cercle trop restreint, de ne pas s'ouvrir à suffisamment de choses. Là, comme ça, je ne saurais pas trop te dire... Enfin, je pense qu'il faut constamment se renouveler, sans cesse chercher de nouveaux partenaires. Il ne faut pas trop rester dans une routine. Je ne sais pas trop. Je pense que je n'ai pas encore assez de recul pour identifier des limites, qu'elles viennent des partenaires ou qu'elles viennent des personnes, que ça n'accroche pas ou... Parce que, chez certaines personnes, il faut quand même parfois les tenir par la main. Il ne faut pas lâcher l'accompagnement pour ces personnes. En fait il faut trouver un juste équilibre entre suffisamment d'autonomie mais ne pas non plus les lâcher dans la nature en sachant que ça fait des années qu'ils ne sont pas intégrés.

Emma : Oui c'est sûr et comme vous le disiez certains comportements peuvent être inadaptés.

E5 : Oui. Je pense qu'il faut savoir se faire discret mais toujours garder un œil sur elles pour être sûr que ça fonctionne. Je pense que l'approche communautaire a quand même un réel intérêt. Enfin, il y a sûrement des limites comme dans toutes les approches mais ce serait quand même intéressant qu'on tende vers ça et qu'on arrête de laisser, pas que pour les personnes sans-abri mais aussi pour les personnes qu'on rencontre dans le médical en général, qu'on arrête de mettre une étiquette de malade aux gens et du coup de vouloir les laisser dans une institution hospitalière et sociale alors qu'en fait ce qui va les guérir c'est, pour moi, vraiment, la communauté. La communauté peut aider les gens à guérir. Je pense que c'est une approche qui devrait se développer à l'avenir parce que ça ne sert à rien de rester entre malades toute sa vie, on n'y arrivera pas.

Emma : Oui et comme vous l'avez dit, il y a vraiment des personnes qui sont en recherche de rencontrer d'autres personnes qui n'ont pas forcément le même vécu qu'elles.

E5 : Oui, parce qu'en fait, ce qui est parfois difficile à vivre et à s'en détacher, c'est l'étiquette qu'on nous colle. Un tel il a l'étiquette de délinquant car il a fait des conneries avec les gilets jaunes, un tel il a l'étiquette de poivrot parce que suite à des difficultés de vie bah il est tombé dans l'alcool, un tel a l'étiquette de schizophrène bah parce qu'il est schizophrène tout simplement et ce n'est pas de sa faute. En fait, c'est bête, on ne devrait pas vivre avec ce genre d'étiquettes. Je pense que travailler avec l'approche communautaire peut à la fois guérir les personnes qui souffrent d'exclusion mais elle peut aussi guérir la société par rapport à tous les préjugés qu'elle a sur les gens, travailler sur l'acceptation, l'intégration, la tolérance. Enfin, je pense que c'est vraiment une approche qui peut être bénéfique pour tout le monde.

Emma : D'accord.

E5 : Mais il ne faut pas que ça se cantonne à un entre soi parce qu'effectivement moi j'ai travaillé avec les associations locales mais c'est parce que je sais que ce sont des gens bienveillants et des gens qui veulent l'intégration. Après, il y a d'autres personnes qui ne veulent pas ça quoi. Du coup, je pense que le travail doit aussi être fait avec les personnes qui ont des aprioris. Mais pour commencer c'est toujours plus facile de se rapprocher de ses alliés que de ses ennemis (rires).

Emma : Oui c'est sûr. Merci beaucoup pour votre avis à ce sujet et ce partage. Pour ma part, je vous ai posé toutes les questions que je souhaitais vous poser donc est-ce que vous vous auriez des questions avant que l'on ne termine ?

E5 : Non je ne crois pas.

Emma : Très bien. Je vous remercie pour vos réponses et votre temps.

E5 : De rien !

Emma : Au revoir, bonne journée.

E5 : Au revoir !

**L'approche communautaire en ergothérapie auprès des personnes sans-abri :
une réponse aux injustices occupationnelles**

RAMSAMY Emma

Résumé : Les personnes sans-abri souffrent d'injustices occupationnelles qui impactent l'ensemble des sphères de leur quotidien et restreignent notamment leur intégration sociale et leur pouvoir d'agir. Ces injustices impactent donc inévitablement leur santé. L'objectif de cette étude est de déterminer si l'utilisation de l'approche communautaire en ergothérapie auprès de ces personnes permettrait de diminuer les injustices occupationnelles auxquelles elles font face et ce notamment en visant le renforcement de leur estime de soi. À cet effet, cinq entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes ayant accompagné des personnes sans-abri. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés estime que l'approche communautaire favoriserait leur intégration et leur participation occupationnelle et sociale ce qui valoriserait leurs capacités et renforcerait ainsi leur estime de soi. Cette approche permettrait donc de réduire les injustices occupationnelles dont elles souffrent. Par conséquent, les ergothérapeutes pourraient s'en saisir afin d'accompagner les personnes sans-abri.

Mots-clés : Ergothérapie - Personnes sans-abri - Injustices occupationnelles - Approche communautaire

**Community-based approach in occupational therapy in homeless people : an
answer to occupational injustices**

Abstract : Homeless people suffer from occupational injustices which affect every aspect of their daily life and especially restrain their social inclusion and empowerment. These injustices inevitably affect their health. The aim of this study is to determine if the use of community-based approach in occupational therapy in favor of those people may decrease the occupational injustices that they encounter particularly by targeting the strengthening of their self-esteem. In order to achieve that, five semi-structured interviews were conducted with occupational therapists who have supported homeless people. All of them consider that community-based approach could foster their integration as well as their occupational and social participation which could also promote their abilities and then strengthen their self-esteem. Therefore this approach may help the decrease of the occupational injustices they suffer from. Consequently, occupational therapists could use it to support homeless people.

Keywords : Occupational therapy – Homeless people - Occupational injustices - Community-based approach