



Groupement de Coopération Sanitaire de l'Institut Public Varois des professions de Santé

Siège administratif : 32 avenue Becquerel, ZI Toulon Est - 83130 LA GARDE



LANTERNIER VICTOIRE

# **LE RETOUR AU LOGEMENT APRES UNE SITUATION DE SANS-ABRISME : LE ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE DANS CE PROCESSUS DE TRANSITION OCCUPATIONNELLE**

Mai 2020

Ergothérapie - Promotion 2017-2020

Référent professionnel : Héroïse Poulain

Référent pédagogique : Vincent Duffait

## Remerciements

*Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont été à mes côtés pendant ces 3 années de formations et plus particulièrement celles qui m'ont soutenues lors de la rédaction de ce mémoire.*

*Je remercie Mme Terrien qui m'a accompagné au mieux dans cette année mouvementée et qui a porté et guidé avec justesse le début de ce travail de recherche.*

*Je remercie M. Duffait dont la vision positive et optimiste a allégé la densité de ce travail.*

*Je remercie Héloïse Poulain pour l'étudiante et la professionnelle inspirante qu'elle représente. Pour son écoute attentive, sa présence soutenante et son expertise enrichissante.*

*Je remercie ma famille pour sa patience quotidienne et bienveillante.*

*Je remercie ma promotion pour son entraide et particulièrement Fanny, Solène, Marie et Evane pour leur amitié.*

*Je remercie Albert pour son exemple et son soutien.*

*Je remercie Mme Chieusse pour son écoute et ses compétences qui ont participé à rendre possible l'aboutissement de ce mémoire.*

*Je remercie mes amis, plus particulièrement Lara, Amonda et Gaétan pour leur présence formidable.*

*Je remercie les deux ergothérapeutes que j'ai interrogées lors de mon enquête exploratoire. Pour le temps qu'elles m'ont consacré et les récits dont elles m'ont fait part.*

*Je remercie enfin l'ensemble des formateurs qui ont œuvré ces trois années durant pour faire de moi une ergothérapeute.*

## Table des matières

1. Introduction .....	1
2. La population sans-abri .....	2
2.1. Définition de la population.....	2
2.2. Une population complexe.....	3
2.2.1. Composition .....	3
2.2.2. Conditions de santé .....	3
2.3. Les principales problématiques .....	4
2.3.1. Des parcours difficiles.....	4
2.3.2. Inégalité sociale de santé .....	5
2.3.3. Impact important sur l'identité .....	5
2.3.4. Difficulté à retrouver un logement stable .....	6
3. L'ergothérapie .....	7
3.1. Origine de l'ergothérapie .....	7
3.2. La science de l'occupation .....	8
4. Observation occupationnelle du sans-abrisme .....	9
4.1. La situation de privation occupationnelle .....	9
4.2. La transition occupationnelle .....	12
4.2.1. Transition occupationnelle lors d'un changement du contexte de vie de manière générale .....	12
4.2.2. Transition occupationnelle lors du passage de la rue au logement .....	12
5. Perspective en ergothérapie.....	16
5.1. Pratiques actuelles de l'ergothérapie auprès des sans-abri et sans-logement : .....	16
5.2. Différentes approches pour le retour au logement des personnes sans-logement.....	16
6. Synthèse pratique .....	18
7. Santé ou bien-être .....	18

7.1.	Le bien-être .....	18
7.1.1.	Le bien-être subjectif .....	19
7.1.2.	Le bien-être psychologique .....	21
8.	Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielofner .....	23
8.1.	Philosophie .....	23
8.2.	Objectifs .....	23
8.3.	Composantes .....	23
9.	Intérêt du modèle pour la transition au logement.....	26
10.	Synthèse théorique .....	27
11.	Hypothèse.....	27
12.	Dispositif de recherche.....	27
12.1.	Participants .....	28
12.1.1.	Choix de la population mère et de l'échantillon .....	28
12.1.2.	Technique d'Échantillonnage.....	29
12.2.	Outils de mesure.....	30
12.2.1.	Opérationnalisation des variables.....	30
12.2.2.	Choix de la méthode.....	30
12.2.3.	Choix de l'outil de mesure .....	30
12.2.4.	Élaboration de l'outil.....	31
12.2.5.	Qualités métrologiques.....	32
12.2.6.	Contexte de l'entretien .....	34
12.3.	Présentation de la méthode d'analyse des données .....	34
13.	Discussion .....	35
13.1.	Intérêts et limites de l'étude .....	35
13.2.	Suggestions pour de nouvelles recherches .....	35
13.3.	Biais des parties pratiques et théoriques .....	36
13.4.	Transférabilité dans le métier d'ergothérapeute :.....	36

13.5. Point de vue éthique du travail de recherche.....	36
14. Conclusion.....	38
14.1. Ce qui été prévu et ce qui a été réalisé .....	38
14.2. Enseignement en tant qu'apprenti chercheur et apport pour notre pratique future .....	38
15. Bibliographie.....	39
16. Sommaire des annexes .....	45

## 1. Introduction

L'émergence du thème de ce travail de recherche provient d'un questionnement personnel. En effet, nous sommes beaucoup à ne pas savoir comment agir face aux personnes sans-abri que nous croisons quotidiennement. Cette incapacité à pouvoir apporter une aide cohérente à ces personnes en grande difficulté nous a régulièrement interpellés ces dernières années. C'est pourquoi au moment de choisir le thème du futur travail de recherche, cette orientation vers le sans-abrisme s'est faite de façon assez naturelle. Le questionnement était donc le suivant : Quel peut-être le rôle de l'ergothérapeute auprès de la population sans-abri ? Rapidement et grâce à une discussion avec une autre étudiante nous y avons inclus la notion de privation occupationnelle. Bien que nous ne connaissions pas de façon approfondie ce concept, il nous a semblé qu'il permettait de faire le lien entre le sans-abrisme et l'ergothérapie. C'est ainsi que nous nous sommes plongés dans le vaste sujet de l'ergothérapie sociale. Nous avons tous d'abord exploré les écrits pour voir la faisabilité d'une telle étude. Ensuite nous avons cherché à mieux comprendre la population sans-abri, sa composition, ses trajectoires de vie, son quotidien. Parallèlement, il a été nécessaire de comprendre le phénomène de privation occupationnel et plus globalement de nous plonger dans les sciences de l'occupation. Au cours de ces recherches, les problématiques de retour au logement sont régulièrement réapparues. De plus, la question du cadre dans lequel l'ergothérapeute pouvait exercer auprès de cette population s'est aussi posée. L'ensemble de ces points sont donc développés au sein de la partie pratique, qui se compose à la fois d'une revue sur le sujet et d'une enquête exploratoire. Cette première partie nous amène à nous focaliser sur le rôle de l'ergothérapeute au moment de la transition de la rue au logement. Et dans le but de pérenniser la personne dans son logement. Par la suite nous avons exploré des concepts en lien avec les conclusions tirées de la partie pratique. Parmi eux nous développons tout d'abord le concept de bien-être puis le modèle de l'occupation humaine. Enfin, c'est la prévision du dispositif d'expérimentation qui est réalisée. Elle permet d'anticiper quelle population nous souhaitons interroger, comment notre outil pour le faire sera construit et enfin comment nous traiterons les résultats récoltés. Pour terminer, la discussion puis la conclusion permettent un retour sur l'ensemble du travail de recherche réalisé. L'intervention auprès des personnes sans-abri est à la fois un problème de société et pour l'ergothérapie. Tout d'abord sociétal. En effet, les situations de mal logement et d'absence de logement ont augmenté de près de 50% en 10 ans. Or, l'accès au logement fait parti des droits de l'Homme plus précisément « Le droit au logement est l'un des droits de l'Homme les plus fondamentaux garantissant la dignité humaine. L'accès au logement est également une condition préalable à l'exercice de nombreux autres droits fondamentaux.» (FEANTSA Fédération

Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri., s. d.). Il constitue également d'après la Charte d'Ottawa une des conditions essentielles à la santé. (*PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA*, s. d.). Cette population subit en effet une mortalité précoce. En moyenne, la durée de leur vie est de 40 années de moins que la population générale. C'est pourquoi la société a le devoir de lutter contre le sans-abrisme et de permettre à tous un logement digne. Les structures d'aides en place ont du mal à atteindre ce but et coûtent cher. Le gouvernement actuel a fait de la question du sans-abrisme une de ses priorités à travers le plan quinquennale 2018-2022 qui cherche à répondre à l'itinérance de façon novatrice. (ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités, 2019) C'est dans ce contexte que l'ergothérapie doit s'inscrire. En effet, dans ses directives pour le développement de la profession, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes met en avant l'intervention en ergothérapie dans le social et auprès des populations vulnérables. Mais elle insiste aussi sur le fait de promouvoir la vision holistique de l'ergothérapeute, et l'importance de l'occupation pour la santé et le bien-être. Et enfin l'ANFE souhaite favoriser l'innovation dans ce domaine et son application dans les champs de pratique en ergothérapie. (ANFE : association nationale française des ergothérapeutes, s. d.). En effet, la profession a un réel potentiel pour l'intervention dans le social et est actuellement que très peu reconnue dans ce domaine. Ainsi, la visée de ce travail de recherche est de montrer que la participation de l'ergothérapeute à la résolution du sans-abrisme est une plus-value pour la société.

## 2. La population sans-abri

### 2.1. Définition de la population

Le phénomène de sans-abrisme se définit comme " l'absence d'une résidence de nuit fixe, régulière et adéquate "(traduction française de National Coalition for the Homeless, 2004 cité par (Schultz-Krohn et al., 2006). Au sein de cette notion de sans-abrisme se trouvent plusieurs catégories. En effet, le sans-abrisme peut prendre plusieurs formes qui sont liées à la manière dont l'absence de logement se manifeste (logement précaire, centre d'hébergement d'urgence, rue etc...). Ces différentes catégories entraînent une grande diversité dans les termes utilisés pour parler des personnes en situation de sans-abrisme notamment dans les études statistiques. Dans ce travail de recherche nous utilisons la classification ETHOS (cf. Annexe 1) pour classer les différents types de sans-abrisme et permettre ainsi une compréhension plus claire de la population (*ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*, 2019). Néanmoins, toutes les études ne se réfèrent pas forcément à cette classification et chacune utilise ses termes avec ses définitions. C'est pourquoi, malgré un travail pour rendre les catégories et leurs nominations les plus homogènes

possible, de nombreux termes différents apparaissent dans ce mémoire de recherche. La typologie ETHOS (2019) définit 3 domaines qui conditionnent l'accès au logement : physique, social et légal. L'absence d'un, plusieurs ou la totalité de ces domaines donne lieu à des situations différentes, réparties dans 4 catégories : sans abri, sans logement, logement précaire et logement inadéquat. Nous utilisons pour ce travail de recherche à la fois le terme de « sans-abri » qui regroupe les personnes vivant dans la rue ou en hébergement d'urgence et le terme de « sans logement » (catégorie opérationnelle 7 cf. annexe 1) qui rassemble des personnes en hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex sans-abri. Le premier nous permet de parler du vécu des personnes avant l'insertion au logement et le second de parler de cette population au moment de l'insertion dans un logement. En effet, au cours de leur situation de sans-abrisme les personnes vont et viennent entre les différentes catégories. C'est-à-dire que l'insertion au logement n'est pas un processus linéaire vers le logement mais un processus cyclique avec de nombreuses rechutes (Ginebre & Rickey, 2017). Enfin le sans-abrisme « se caractérise également par sa temporalité, à savoir intermittente, chronique ou de crise » (Jackson & Willemin, 2016 p.1) Ce travail de recherche s'axe sur le sans-abrisme de longue durée c'est-à-dire chronique et intermittent.

## 2.2. Une population complexe

### 2.2.1. Composition

La dernière enquête menée par l'INSEE révèle que 141 500 personnes étaient sans-domicile<sup>1</sup> en 2012 ce qui représente une augmentation de 50% par rapport à 2001. Au sein de ces personnes, une majorité sont des hommes mais deux cinquièmes sont aussi des femmes et un quart de ces adultes sont accompagnés d'enfants. Une partie vit en couple mais la majorité est seule. Contrairement aux idées véhiculées, à peu près un quart des sans-domicile exerce un emploi régulier ou un petit boulot. Ces emplois sont majoritairement des emplois précaires ou peu qualifiés (Yaouancq & Duée, 2014)(Cf. Annexe 3, ligne 53-56). La moitié reste cependant au chômage et plus d'un quart sont inactif (retraité, sans-papiers, demandeur d'asile...). Plus de la moitié des adultes sont de nationalité étrangère (Yaouancq et al., 2013).

### 2.2.2. Conditions de santé

Concernant la santé, cette population présente à la fois des problématiques importantes de santé mentale et de santé physique. L'enquête SAMENTA réalisée en 2011 sur un large échantillon en

<sup>1</sup> Pour l'enquête, l'INSEE définit qu'une personne est dite sans domicile si elle a passé la nuit précédant l'enquête dans un lieu non prévu pour l'habitation.



Île-de-France révèle qu'un tiers de la population sans-abri présente des troubles psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur et troubles anxieux). Ce qui est beaucoup plus élevé que dans la population générale (Laporte & Chauvin, 2010). De plus, entre 12% (troubles anxieux) et 49% (troubles psychotiques) ont aussi une addiction à une substance psychoactive (Laporte & Chauvin, 2010). Parallèlement, une personne en situation de sans-abrisme sur cinq est dépendante à l'alcool en Île-de-France. Avec une prévalence plus importante pour les personnes dans le dispositif d'urgence (28%) que pour celles dans le dispositif d'insertion (18%) (Laporte & Chauvin, 2010). Ainsi les consommations à risque et les addictions, même si elles ne concernent pas toutes les personnes sans-abri, demeurent très présentes. Elles influencent aussi la santé notamment au niveau des fonctions cognitives (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). A l'échelle française, en 2001, l'INSEE recense que « 16% des sans-domiciles usagers des services d'aide s'estiment en mauvaise santé, contre 3% de la population ayant un logement personnel. » (De La Rochère, 2003). En effet, 1/3 des personnes ont une maladie chronique et sont en situation de sans-abrisme (Laporte & Chauvin, 2010). Ainsi, au sein de cette population une personne sur cinq déclare avoir des limitations dans ses activités quotidiennes à cause d'un problème de santé (Laporte & Chauvin, 2010). Enfin dans le sans-abrisme l'association de problématiques de maladies chroniques et de santé mentale ne sont pas rares (Laporte & Chauvin, 2010). La diversité sociale, de trajectoire de vie mais aussi des problématiques de santé mentale et physique rendent le sans-abrisme extrêmement complexe. Pour Polatajko et al., (2013) c'est l'ensemble de la population sans-abri qui est complexe et pas seulement la frange atteinte d'un handicap physique ou mental et que cette complexité justifie déjà en elle-même l'intervention de l'ergothérapeute. Car elle demande notamment une vision holistique et centrée sur la personne.

Au vue de cette diversité nous choisissons de ne pas orienter les recherches seulement sur une pathologie mais sur les personnes sans-abri dans leur globalité.

### 2.3. Les principales problématiques

#### 2.3.1. Des parcours difficiles

La majorité des personnes sans-abri a vécu des événements compliqués durant l'enfance : « plus de la moitié ont connu le décès, la maladie ou le handicap d'un de leurs parents, un quart ont été victimes de violences ou de mauvais traitements. Un sans-domicile né en France sur quatre a été placé en foyer ou en famille d'accueil » (*Les sans-domicile en France*, 2018). Ainsi, parmi les sans-domiciles francophones, deux sur cinq disent ne jamais avoir eu de logement personnel. Les autres ont dû quitter leur logement en raison d'une séparation conjugale ou de charges impayées.

(*Les sans-domicile en France*, 2018). Pour 40% d'entre eux, la perte du logement se fait suite à des événements douloureux (De La Rochère, 2003) (Cf. Annexe 3, lignes 41 à 50).

### 2.3.2. Inégalité sociale de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les déterminants sociaux de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (*OMS / Déterminants sociaux de la santé*, s. d.). Cela signifie que la santé est liée aux conditions sociales et que « dans l'ensemble de la population, l'état de santé se dégrade avec la situation sociale » (De La Rochère, 2003). Ces déterminants sont nombreux. Parmi eux, les principaux sont : les conditions de travail et d'emploi, les conditions et l'accès au logement, les modes de vie et le recours au système de soin (Bihl & Pfefferkorn, 2008). Or, les personnes sans-abri et sans logement sont considérées comme le groupe socio-économique le plus bas de la société (OMS, 2003). En effet, ils occupent soit des emplois et des logements précaires soit ni l'un, ni l'autre. L'accès aux soins est aussi limité avec des retards de prise en charge, un suivi médical irrégulier et une limitation financière (De La Rochère, 2003) (Jackson & Wuillemin, 2016). Ces informations montrent que le sans-abrisme dénuie les personnes de la majorité des déterminants sociaux de la santé. C'est pourquoi leur état de santé se détériore proportionnellement au temps passé dans la rue (De La Rochère, 2003) (Marshall & Rosenberg, 2014) (Polatajko et al., 2013). D'après l'OMS « Le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit ». (*OMS / Handicaps*, s. d.). En nous appuyant sur cette définition et les informations recueillies précédemment nous considérons donc que le fait même d'être sans-abri peut être considéré comme un handicap.

### 2.3.3. Impact important sur l'identité

Les conditions de vie des personnes sans-abri impactent notamment leur identité. En effet, la construction de l'identité et de la perception de soi se fait en interaction avec le monde (Vandemark, 2007) (Laporte & Chauvin, 2010). Ainsi, lorsque les liens avec un environnement familial, des lieux et des objets significatifs sont rompus, le sens et la cohésion de soi sont fragilisés (Vandemark, 2007). De plus, la construction de l'identité est liée aux expériences d'échecs et de réussites, notamment lorsqu'une personne s'engage dans des activités avec d'autres. Or, chez les personnes sans-abri les interactions et activités avec autrui sont réduites, fondées sur la marginalisation, l'exclusion sociale et les violences (Marshall & Rosenberg, 2014). Une nouvelle identité se construit donc autour de ces situations. Les personnes sans-abri vivent et vont vivre des

traumatismes (Laporte & Chauvin, 2010) (Polatajko et al., 2013). Notamment des violences physiques et psychologiques qui sont cinq fois plus importantes que dans la population générale (Laporte & Chauvin, 2010). Cela va impacter la sphère psychologique de ces personnes, en atteignant leur identité et leur estime de soi (Bihl Alain & Pfefferkorn Roland, 2013) (Poirier et al., 2000). Cette identité fragile va avoir à son tour des répercussions sur les rôles et les opportunités, mais va aussi créer une difficulté à s'organiser mentalement, à se projeter dans le futur et à gérer le quotidien. (Poirier et al., 2000)(Polatajko et al., 2013). Finalement tout cela va avoir un impact sur la santé et le sentiment de bien-être de ces personnes (Williams & Stickley, 2001)(Marshall & Rosenberg, 2014). Ce qui se traduit sous forme de dépression, d'anxiété, de perte des capacités fonctionnelles (Vandemark, 2007) et de syndrome post-traumatique.

#### 2.3.4. Difficulté à retrouver un logement stable

Marshall et al. (2018) expliquent que le retour dans un logement est un enjeu énorme d'adaptation pour les personnes sans-abri. Poirier et al., (2000 p. 11) parlent de cette difficulté en ces termes : « Pour un certain nombre d'itinérants, le seul fait d'être « coincés » dans un logement, un domicile fixe, est source d'une intolérable angoisse. Il faut partir, il faut fuir, il faut prendre la porte et retourner à la rue. Dans les faits, et l'intervention le démontre souvent, un logis peut être accepté par l'itinérant puis rapidement désinvesti, laissé à l'abandon, la personne retournant à l'anomie de la rue [...] ». Ainsi, plus d'un tiers des personnes qui retrouvent un logement déclarent ne pas y rester. De plus, les services offerts aux personnes sans-logement lorsqu'elles quittent l'itinérance ne répondent pas vraiment aux besoins complexes de cette population (Marshall & Rosenberg, 2014)(Lanzaro, s. d.)(cf. annexe 5). Enfin ceux qui réussissent le mieux cette transition sont les personnes qui ont développées des liens sociaux et qui se sont le plus engagées dans des activités significatives (Marshall & Rosenberg, 2014). Almedom & Summerfield, (2004, cité par Vandemark, 2007) ajoutent que ce processus est fondé sur la reprise de la vie quotidienne dans un contexte physique et social. Cette dernière donnée a tout particulièrement attirée notre attention. En effet, l'obtention d'un logement personnel n'est pas une libération pour les personnes sans-abri, mais un défi d'adaptation. La reprise de la vie quotidienne est un domaine dans lequel l'ergothérapeute peut intervenir.

Le sans-abrisme est souvent consécutif à des événements douloureux, il impacte l'identité et représente une situation de handicap pour les personnes qui le vivent. Le retour au logement est compliqué mais facilité par les activités de vie quotidienne. L'ergothérapeute peut s'inscrire dans la réduction de cette situation de handicap en intervenant sur les activités quotidiennes au logement.

Nous nous penchons sur l'évolution de l'ergothérapie et la science sur laquelle elle se fonde pour mieux comprendre comment la pratique en ergothérapie peut participer à résoudre le sans-abrisme.

### 3. L'ergothérapie

#### 3.1. Origine de l'ergothérapie

L'ergothérapie est née en 1917 dans le domaine de la psychiatrie. En 1922, Adolphe Meyer dans « *The philosophy of occupation therapy* » explique qu'utiliser son temps dans des activités gratifiantes et qui ont du sens est un moyen essentiel pour le traitement des troubles psychiatriques (MD & Submission, 1983). Son discours est renforcé et complété par les travaux de H. Simon en 1929. Il affirme qu'en plus de la nécessité de proposer un travail qui a du sens pour le malade, il est essentiel de fournir une activité stimulante en respectant les capacités du patient ce qu'il définit comme nécessitant « une prudente individualisation de l'ergothérapie » (Simon, 1929). Se dessinent ici les prémises de l'approche centrée sur le patient et sur les occupations que prône l'ergothérapie. C'est notamment François Tosquelles dans les années 1960 qui amène cette philosophie de pratique à travers sa publication « Le Travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique » en France. C'est ainsi que se posent progressivement les fondements de la profession. Néanmoins ça n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale que se développe significativement l'ergothérapie (Pibarot, 2016). Elle incite la société à se préoccuper des conséquences sociales du handicap et de la reprise de l'autonomie dans la vie quotidienne (Didier-Courbin & Gilbert, 2005). La place de l'ergothérapie va être favorisée successivement avec la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 (reconnaissance du handicap). Puis par la définition du handicap par l'OMS en 1980 (Didier-Courbin & Gilbert, 2005). C'est ainsi qu'en 1986 le décret d'actes des ergothérapeutes est promulgué dans le code de la santé publique. Aujourd'hui, la définition de la profession est la suivante : « *Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement* » (WFOT 2012 cité World Federation of Occupational therapists, 2020)(WFOT, 2005, p. 3 cité par Meyer 2007).

Depuis, la profession a encore évolué. Notamment avec la création dans les années 80 d'une science fondamentale et appliquée pour soutenir la pratique en ergothérapie, nommée science de l'occupation (Meyer, 2018). Cette science a pour but de soutenir la profession, néanmoins les avis

sont partagés quand il s'agit de savoir si elle est considérée comme appartenant à l'ergothérapie ou bien si elle constitue une entité à part entière qui peut servir au développement des autres professions. Nous considérons pour ce travail de recherche que l'ergothérapie et la science de l'occupation sont interdépendantes. En effet l'utilisation de cette science pour ce travail de recherche est dans le but de servir l'ergothérapie.

### 3.2. La science de l'occupation

La science de l'occupation se définit comme « une science fondamentale dont les résultats visent à améliorer la compréhension et à apprécier la complexité de l'occupation humaine dans l'environnement sociétal. Elle permet de concevoir et de revoir des cadres conceptuels et de légitimer des approches occupationnelles autour de l'engagement, de la participation, de la transition ou de la justice occupationnelle. Elle justifie des pratiques en dehors du système de santé au service de populations vivant avec des ruptures occupationnelles ou à risque d'en subir.

La science de l'occupation représente aussi une science appliquée dont les objets influencent la réalisation des thérapies auprès des populations recevant les prestations : affinement des méthodes d'intervention, création et validation d'instruments d'évaluation et de mesures d'efficacité. Ainsi, elle augmente la valeur scientifique de l'ergothérapie et lui donne une crédibilité fondée sur des travaux propres et non sur des disciplines voisines comme la médecine » (Meyer, 2018). Le terme central d'occupation, dans le vocabulaire commun a un sens différent en anglais et en français. Néanmoins, à la suite de plusieurs délibérations de la part de la communauté scientifique française, c'est ce terme qui est finalement retenu pour les travaux de recherche en français (Meyer, 2018). Ainsi, la définition de l'occupation est précisée comme « 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 socio-culturelles 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 p. 25). Elle diffère ainsi grandement de l'activité qui est « une classe générale d'actions humaines [...] (qui) n'est pas observable dans une occurrence donnée et n'est pas située dans un contexte pleinement existant temporel, spatial et socio-culturel. » (Pierce, 2016 p.25) . Pour Meyer (2018), la science de l'occupation justifie des pratiques en dehors du système de santé avec des populations en rupture occupationnelle. En effet, les ergothérapeutes prônent une justice occupationnelle c'est-à-dire « la participation inclusive incarnée dans les occupations de la vie réelle que les gens estiment nécessaires ou significatives pour eux : et par la vision optimiste de sociétés potentielles dans lesquelles toutes les populations auraient des

opportunités, des ressources, des avantages et des droits occupationnels équitables pour un engagement occupationnel signifiant ». (Witheyford et Townsend, 2011 p70 cité par Doris Pierce, 2016)). Dans ce contexte, sont décrites différentes sortes de problématiques occupationnelles : la privation occupationnelle, la perturbation occupationnelle et le dysfonctionnement occupationnel. Tout d'abord, la plus citée est la privation occupationnelle. G.Whiteford, en se basant sur la définition de Wilcock, la décrit comme suit : *“A state of preclusion from engagement in occupations of necessity and/or meaning due to factors that stand outside the immediate control of the individual”*(Whiteford, 2000 p.201). Whiteford met l'accent sur le fait que ces facteurs sont dus au contexte dans lequel évolue la personne (Whiteford, 2000). Nous pouvons intégrer dans la privation occupationnelle la notion d'aliénation occupationnelle. Elle est considérée comme la forme sociale de la privation occupationnelle. Elle se définit en effet comme *« a circumstance where social factors, such as poverty, stigma, and discrimination, prevent one's participation in meaningful occupations »* (Townsend & Wilcock, 2004 cité par Marshall et al., 2018). Ensuite, est définie la perturbation occupationnelle, c'est-à-dire à un changement dans le schéma habituel d'engagement occupationnel en raison d'événements importants de la vie (comme la naissance d'un enfant), de changements environnementaux (comme le déménagement d'une maison ou d'un lieu), d'une maladie ou d'une blessure. C'est un état transitoire, qui dans un contexte de soutien, se résout par lui-même (Whiteford, 2000). Enfin, le dysfonctionnement occupationnel peut-être observé, souvent en conséquence d'une perturbation occupationnelle non résolue, d'un déficit de performance occupationnel précis ou bien d'une privation occupationnelle (Whiteford, 2000). Dans ce dernier cas le dysfonctionnement peut s'observer sous la forme d'une réduction des capacités innées pour l'occupation (Wilcock 1993 cité par Whiteford, 2000).

#### 4. Observation occupationnelle du sans-abrisme

Ces différents concepts font échos au sans-abrisme. Thomas et al., (2011) expliquent que la communauté des ergothérapeutes a récemment reconnu que certains groupes étaient systématiquement en situation de privation occupationnelle et que les personnes sans-domicile fixe constituent l'un de ces groupes. Nous allons donc approfondir la question de la privation occupationnelle au sein de cette population pour mieux comprendre ses tenants et aboutissants ainsi que ses conséquences. Par la suite nous explorons ce qu'est une transition occupationnelle et comment cela se manifeste lors du passage de la rue au logement.

##### 4.1. La situation de privation occupationnelle

Cunningham et al. (2019) expliquent que le quotidien des personnes sans-abri s'axe autour d'occupation de survie qui sont la recherche de nourriture, d'un abri et arriver à dormir. S'ajoutent

à celles-ci les occupations adaptatives de survie. Elle correspondent à la gestion des situations compliquées liées à la vie dans la rue. Mais aussi aux activités d'autogestion et pour passer le temps dont la consommation de substance fait partie (Cunningham & Slade, 2017).

Parallèlement, l'étude de Simpson et al., (2018) montre que ces activités de survie ne sont pas significatives. Les personnes sans-abri interrogées considèrent que c'est un tracasserie dans leur vie car ces activités ne sont que des contraintes. En effet ils n'ont que très peu de maîtrise sur leur emploi du temps (Cf. Annexe 5 lignes 92 à 95) car le manque de ressources ne permet pas à ces personnes de s'engager dans des occupations significatives (Thomas et al., 2011) (Marshall & Rosenberg, 2014). De plus, l'absence de logement ne permet pas d'avoir un endroit sécurisé pour se reposer, se détendre, entreposer ses affaires durant la journée (Simpson et al., 2018) (Vandemark, 2007). Ce contexte limite les possibilités d'action et de choix. Tout cela se traduit par des journées ennuyeuses. (Cunningham & Slade, 2017) (Simpson et al., 2018). Pour illustrer ce point, l'étude de Simpson et al., (2018) montre que les principales routines en journée des jeunes sans-abri sont de regarder ce qui les entoure et de réfléchir à un autre endroit où aller, si jamais ils étaient délogés de l'emplacement où ils se trouvent. Ces observations rejoignent le propos Whiteford (2000), qui explique qu'une des principales problématiques de la privation occupationnelle est un manque d'utilisation significative du temps avec des journées très similaires les unes aux autres. Pour pallier à cet ennui les personnes dorment, consomment de l'alcool ou de la drogue (Cunningham & Slade, 2017). Parallèlement, l'impossibilité pour la personne de faire des choix pour sa vie entraîne une perte du sentiment d'efficacité (Whiteford, 2000). Une autre contrainte se démarque dans l'expérience des sans-abri. Elle relève du fonctionnement des institutions qui n'est pas toujours compatible avec les aspirations, les projets et les rêves de ces personnes comme le décrit une des ergothérapeutes interrogées lors de l'enquête exploratoire. Elle met en évidence l'importance de prendre en compte les projets des personnes et leurs ressources personnelles. Car pour elle le fonctionnement institutionnel actuel détruit les aspirations et les espoirs de ces personnes. (cf. annexe 5, lignes 57 -66). En 2018, le Samu social de Paris réalise une enquête pour comprendre pourquoi une partie des personnes pouvant bénéficier d'accueil en hébergement d'urgence n'y recourt pas, volontairement. Les raisons évoquées par ces participants sont notamment le manque de sécurité et d'hygiène, l'entrave à l'autonomie, la mauvaise organisation et la promiscuité avec des personnes inconnues et déplaisantes (Gardella & Arnaud, 2018). De plus, la négociation sur les horaires et la conduite à tenir, les objectifs fixés par l'institution limitent encore plus les personnes sans-abri dans leur capacité à faire des choix (Baumann, 1993 cité par (Schultz-Krohn et al., 2006)(Lanzaro, s. d.). En effet les récits des participants de l'étude de Simpson et al., (2018)

montrent que les horaires des centres d'hébergement d'urgence (CHU) ne sont pas compatibles avec ceux des emplois précaires et obligent donc les personnes sans-abri qui travaillent à dormir dans la rue (cf. Annexe 3, lignes 94-106). Ensuite, comme le mettait en évidence l'ergothérapeute interrogée lors de l'enquête exploratoire (cf. annexe 3, lignes 135-146), les personnes sans-abri sont limitées dans leur participation aux activités en journée à cause de la fatigue qu'implique une nuit à la rue. C'est pourquoi, garder un travail tout en dormant dans la rue est quasiment impossible (Simpson et al., 2018). La consommation de substances ou d'alcool est utilisée par certains pour réussir à trouver le sommeil. (Cunningham & Slade, 2017).

Pouvoir participer à des activités sociales et créer des liens sociaux quotidiens est un point important pour les sans-abri (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). Cependant, l'étude de Simpson et al., (2018) montre que les jeunes sans-abri ont du mal à y parvenir. Ils se sentent obligés d'interagir avec des personnes inconnues ou qui ne leur inspirent pas confiance. Ce désir se mêle au besoin d'avoir des temps de solitude, il en résulte finalement une incapacité à établir des relations sociales satisfaisantes.

Malgré toutes ces problématiques occupationnelles, certains sans-abri réussissent à dépasser les activités de survie pour s'engager dans d'autres occupations « d'ordre supérieur » qui sont décrites comme très significatives. Parmi celles-ci, la lecture, la possibilité de gérer seul son alimentation, d'agir en vue de l'avenir et d'avoir du matériel pour ses soins personnels dans un centre de jour (Cunningham & Slade, 2017). De plus, les routines quotidiennes et la gestion du temps sont considérées comme des ressources importantes par les mères de l'étude de Schultz-Krohn et al., (2006). Une situation de sans-abrisme prolongée engendre un dysfonctionnement occupationnel. Celui-ci se manifeste par une diminution de l'estime de soi et une déconstruction de la personnalité, une difficulté à avoir des réponses adaptées face au besoin d'occuper son temps (Wilcock 1995 cité par Whiteford 2000) (Cunningham & Slade, 2017), une perte des repères temporels et de la motivation (Simpson et al., 2018) (Cunningham & Slade, 2017). La privation occupationnelle entraîne aussi une difficulté à partager les occupations d'une communauté et donc l'établissement de relations sociales (Cunningham & Slade, 2017).

La majorité des auteurs sur le sujet s'accordent sur le fait que la privation occupationnelle chez les sans-abris entraîne une mauvaise santé et une diminution du bien-être. (Marshall Carrie Anne, Lysaght Rosemary, and Krupa Terry 2018) (Thomas et al., 2011) (Marshall et al., 2018)(Cunningham & Slade, 2017). Ils suggèrent que la réalisation d'occupations significatives et l'engagement occupationnel favoriseraient le bien-être de ces personnes. Marshall & Rosenberg, (2014) avancent qu'une transition entre le statut de sans-abri et celui de personne logée où l'on



favorise le développement d'une identité de personne logée et où on augmente les possibilités de s'engager dans des occupations, diminue la probabilité de rechutes futures dans le sans-abrisme. Enfin, cette compréhension plus approfondie du vécu quotidien du sans abrisme permet de prendre « conscience du fait que l'itinérance était une barrière importante à l'habilitation de l'occupation et il lui semblait futile d'habiliter les clients à faire l'acquisition d'aptitudes à la vie quotidienne alors qu'ils étaient sans-abri » (Polatajko et al., 2013, p. 203). L'ensemble de ces données nous amènent à envisager le rôle de l'ergothérapeute dans le cadre du retour au logement. D'autant plus que comme vu précédemment le retour au logement est compliqué pour cette population.

## 4.2. La transition occupationnelle

### 4.2.1. Transition occupationnelle lors d'un changement du contexte de vie de manière générale

Que ce soit la naissance d'un enfant, le passage à la retraite ou un déménagement, toute transition de vie impacte la personne. Elle impacte les rôles, c'est-à-dire des ensembles de chose que nous sommes supposés faire et qui sont étroitement liés à nos occupations. Elle impacte le contexte, en termes de modification des opportunités et des ressources présentes dans l'environnement physique et sociale qui vont, elles aussi, impacter les occupations. Ainsi, une transition de vie implique une perturbation occupationnelle, c'est-à-dire un changement dans les possibilités d'engagement, qui va demander une adaptation et un changement du répertoire occupationnel (Whiteford, 2000). Marshall et al. (2018) montrent que cette transition occupationnelle est facilitée par un engagement occupationnel, qu'elle doit faire sens pour la personne et qu'elle se résout avec le temps, notamment avec la création d'un nouvel équilibre occupationnel (Heuchemer & Josephsson, 2006 ; Jonsson, Borell, & Sadlo, 2000 ; Jonsson, 2011 ; cité par Marshall et al. 2018).

Les personnes sans-logement, sont confrontées elles aussi à une transition de vie. En effet, elles passent d'un environnement qu'est la rue ou un centre d'hébergement à l'environnement d'un logement personnel. Cela correspond à un changement radical, autant au niveau social, qu'environnemental, qu'au niveau des rôles et possibilités d'engagement (Marshall, Terry Krupa, et al., 2018). La transition et perturbation occupationnelle que cela implique, va entraîner des défis majeurs pour cette population.

### 4.2.2. Transition occupationnelle lors du passage de la rue au logement

« Occupational therapists use the Person-Environment-Occupation (PEO) model to describe the dynamic and interdependent relationship among environments, occupations, and people as they change and shape each other over time” (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015 p.35). Comme vu

précédemment les transitions de vie, dont le passage de la rue au logement fait partie, entraînent aussi des transitions de contexte (qui s'apparentent à l'environnement), des transitions de rôles (qui s'apparentent à la personne) et des transitions occupationnelles (qui s'apparentent à l'occupation). C'est pourquoi l'ergothérapeute a son rôle dans la mise en place de ce processus. Chez les personnes sans-logement, ces différentes transitions se traduisent comme suit. La vie d'une personne sans-abri est très intense, avec un environnement bruyant, vaste et hostile, des occupations contraignantes, de survie et un rôle basé sur l'exclusion. La vie dans un logement est calme, dans un environnement silencieux, sûr, petit, où l'on a un rôle de membre dans la société et beaucoup de liberté pour ses occupations. Le changement radical que représente le passage entre ces deux environnements, associé aux dysfonctionnements occupationnels, implique de nombreux enjeux d'adaptation pour les personnes sans-logement. (Marshall, Lysaght, et al., 2018)

Tout d'abord, il faut que la personne arrive à occuper son temps de façon significative. L'étude Marshall, Lysaght, et al., (2018) montre que la vie dans le logement manque de structure par rapport à la vie dans la rue et que le répertoire occupationnel est complètement différent pour ces personnes. Ainsi, elles font l'expérience d'un profond ennui. Pour lutter contre cet ennui certains utilisent les loisirs passifs comme dormir ou regarder la télé. D'autres retournent aux occupations qu'ils menaient dans la rue comme marcher et fréquenter les hébergements d'urgence. Beaucoup intensifient leurs consommations de substances, d'autres encore s'engagent dans des activités qui leur permettent de retrouver l'intensité de la rue comme le vol de vélo dans l'étude de Heuchemer & Josephsson, (2006) (Marshall & Rosenberg, 2014). Pouvoir réaliser des activités de vie quotidienne est une donnée importante pour les personnes en transition vers le logement. Cependant, la perte du répertoire occupationnel lié au logement (Marshall & Rosenberg, 2014), l'anxiété, l'hyper vigilance et l'angoisse généralisée ainsi que les limitations fonctionnelles et cognitives liées aux différentes problématiques de santé et à la consommation accrue de substances, limitent la participation aux activités de vie quotidienne (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). Yanos et al., (2007) montrent d'ailleurs que près de 40% des personnes avec un antécédent de sans-abrisme et de santé mentale ne sont pas engagés dans des occupations dans leur logement.

Ensuite, les participants de l'étude de Marshall, Lysaght, et al., (2018) mettent en évidence un besoin important de reconstruire des relations sociales mais une difficulté à y parvenir. Notamment réussir à rompre avec les anciennes relations de la rue qu'ils identifient comme stressantes et les incitants à la consommation. Au contraire, dans l'étude de Raphael-Greenfield & Gutman, (2015), la plupart des participants ne ressentent pas le besoin d'avoir des relations sociales approfondies. Ils sont méfiants vis-à-vis des autres à cause de leurs traumatismes et s'en trouvent isolés. Certains,

cependant, ont quand même recherché des relations sociales satisfaisantes qu'ils ont trouvées dans des groupes de marche et de voyage communautaire animé par des ergothérapeutes. Enfin dans les deux études la reprise ou l'entretien des relations avec la famille est importante mais compliquée. S'ajoute à ces difficultés, celles de la gestion du peu de revenu qu'ils ont pour vivre (Thomas et al., 2011)(Raphael-Greenfield & Gutman, 2015)(Heuchemer & Josephsson, 2006). L'emploi est une occupation signifiante pour les personnes sans logement. Il leur permet de gagner de l'argent, de poursuivre leurs objectifs et de s'occuper (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). Cependant, l'accès à un emploi est limité par les traumatismes, la santé mentale et physique, le casier judiciaire et le manque de compétences et de formations (Heuchemer & Josephsson, 2006)(Raphael-Greenfield & Gutman, 2015)(Marshall, Lysaght, et al., 2018).

Enfin, les personnes sans logement ont un désir de diminuer leur consommation de substances car ils comprennent que cela entre en confrontation avec leurs objectifs (Marshall, Lysaght, et al., 2018). Cependant, comme vu précédemment l'ennui, le manque d'intensité dans un logement, l'angoisse et les stress post-traumatiques, la précarité financière ainsi que l'influence de leurs anciennes relations sociales et habitudes de consommations sont des obstacles à cet arrêt.

Pour permettre de surmonter ces problématiques d'insertion au logement plusieurs points sont mis en avant dans la littérature. Tout d'abord, réussir à créer de nouvelles routines dans le logement (Heuchemer & Josephsson, 2006; Marshall, Lysaght, et al., 2018; Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). En effet la routine va permettre de structurer le quotidien des personnes sans-logement autour des occupations et de donner de nouveaux repères. Celle-ci doivent être différentes de celles de la rue et peuvent permettre d'éviter les schémas de consommation de substance, de lutter contre l'ennui et la désorientation (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). De plus, en se basant sur les propos de Rogers (2000), Schultz-Krohn et al., (2006) expliquent que si la capacité des participants à gérer leurs temps n'est pas convertie en routine celle-ci va se détériorer en présence de situations stressantes. Ensuite, l'arrivée dans un logement implique un changement important de rôle, qui va entraîner des bouleversements dans les occupations de la personne (Heuchemer & Josephsson, 2006; Marshall, Lysaght, et al., 2018; Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). L'enjeu est donc aussi de développer une identité de personne logée (Heuchemer et Josephsson 2006). Nous avons vu au début de ce travail que l'identité des personnes lorsqu'elles sont dans la rue est fortement détériorée. C'est pourquoi, il va falloir soutenir la reconstruction de cette identité positive au moment du retour au logement (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015) (Marshall & Rosenberg, 2014). Les ergothérapeutes sont convaincus que la capacité d'exercer des occupations qui ont un sens contribue positivement à la santé et au bien-être d'une personne, mais aussi au développement

d'une estime de soi et d'une identité positive (Eklund, 2011 cité par Lloyd & Bassett, s. d.). L'importance de s'engager dans des occupations significatives est ressortie dans les études sur la transition de la rue au logement. Les activités caritatives et spirituelles ont permis aux participants des études de Marshall, Terry Krupa, et al., (2018) et Raphael-Greenfield & Gutman, (2015) et de Heuchemer & Josephsson, (2006) de développer leur estime de soi, de donner du sens, de renforcer leurs réseaux sociaux et d'éviter la consommation d'alcool ou de drogue. De plus, Staub et Vollhardt (2008, cité par Raphael-Greenfield & Gutman, 2015) qui ont étudié le développement de l'altruisme, ont constaté qu'il émerge souvent et contribue à la guérison après un traumatisme. L'approfondissement des relations sociales avec la famille et l'intégration dans la communauté est un autre point important pour favoriser cette transition (Heuchemer & Josephsson, 2006). L'étude de Yanos, Felton, Tsemberis, & Frye (2007, cité par Marshall & Rosenberg, 2014) cite " l'intégration " comme étant importante pour les participants et constate que ceux qui ont le plus haut degré d'intégration sont aussi ceux qui se sont le plus engagés dans des occupations. Raphael-Greenfield & Gutman, (2015) mettent en évidence qu'un accompagnement dans la gestion du syndrome post-traumatique dans les occupations quotidiennes permet de diminuer l'isolement. Enfin, l'établissement d'objectifs de vie est un des moteurs pour choisir de sortir du sans-abrisme (Heuchemer & Josephsson, 2006) puis de relever les défis du logement et d'avancer. Pouvoir accomplir les objectifs du style de vie dominant est repéré par MacKnee & Mervin (2002, p. 293 cité par Heuchemer & Josephsson, 2006) comme un des facilitateurs pour réussir la transition au logement. Parallèlement, l'arrivée dans un logement permet aux personnes de faire à nouveau des choix dans leur vie quotidienne ce qui augmente leur estime de soi et leur motivation et va impacter positivement l'engagement occupationnel (Illman et al., 2013. cité par Marshall & Rosenberg, 2014). De plus, elles peuvent à nouveau se projeter dans le futur, ce qui ouvre la possibilité de fixer des objectifs (Heuchemer & Josephsson, 2006). Cependant, cette possibilité soudaine de se projeter crée aussi de l'angoisse (Marshall, Lysaght, et al., 2018). Enfin, les activités de vie quotidienne comme l'entretien du domicile, les tâches administratives et ménagères, la gestion du budget et la cuisine sont très significatives pour les personnes sans-logement (Marshall, Lysaght, et al., 2018; Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). Marshall, Lysaght, et al., (2018) expliquent que les habiletés pour ces occupations quotidiennes ont été perdues en faveur d'habiletés pour la survie lorsque ces personnes étaient à la rue. La réalisation de ces activités de la vie quotidienne demande donc un réapprentissage.

## 5. Perspective en ergothérapie

### 5.1. Pratiques actuelles de l'ergothérapie auprès des sans-abri et sans-logement :

Aujourd'hui, en France, l'intervention en ergothérapie auprès des sans-abri est très peu répandue. Il existe quelques postes, notamment au sein du Samu social de Paris, mais cela demeure une pratique en marge. Les deux ergothérapeutes interrogées pour l'enquête exploratoire font partie de ces rares praticiennes ergothérapeutes exerçant auprès des sans-abri.

En ce qui concerne l'intervention auprès des sans-logement dans le but de favoriser la transition et l'installation dans un logement stable aucun ergothérapeute ne s'inscrit actuellement dans ce système. Les contacts entre les ergothérapeutes et les sans-abri se font majoritairement de manière sporadique dans un contexte d'hospitalisation, pour une prise en charge d'addictions ou de troubles psychiatriques sans que l'intention soit en premier lieu de résoudre l'itinérance et les problématiques associées. Pourtant, l'ensemble des recherches sur le sujet nous montre la plus-value que peu avoir l'ergothérapie auprès de cette population dans le contexte de la transition au logement. Cependant comment mettre en place sur le terrain et dans des structures sociales déjà existantes un accompagnement centré sur les occupations ? Et une intervention ergothérapeutique ? Marshall & Rosenberg, (2014), suggèrent que ce type de pratique puisse être intégré dans des approches centrées sur le client et utilisant le rétablissement. Comme les programmes « housing first » qui constituent un point de départ approprié pour renforcer l'engagement d'une personne anciennement sans domicile fixe dans l'occupation d'un logement. Elle fourniraient des opportunités d'évaluer l'impact de cet accent dans la vie des personnes (Marshall & Rosenberg, 2014).

### 5.2. Différentes approches pour le retour au logement des personnes sans-logement

En France, il existe deux types d'approches pour aborder la réinsertion au logement. Le premier est le système par pallier. C'est le plus répandu et utilisé plus traditionnellement en France. Il repose sur une prise en compte des besoins urgents et de base des personnes sans-abri. Pour accéder à un logement personnel et durable la personne va devoir passer par différentes étapes de logement temporaire. En premier lieu, elle passe par un accueil de crise comme CHU. Puis elles sont placées dans un logement de transit, collectif, avec accompagnement, ce qui a comme équivalence les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). La personne dans certains cas peut ensuite être, sur une courte période, en logement individuel avec accompagnement. L'étape finale étant le logement personnel. La schématisation de ce système est disponible en annexe (Cf. annexe 7). L'accès à celui-ci demande une « réussite » dans toutes les étapes précédentes. Graham, (2016 p. 6-7) l'explique ainsi « La personne sans-abri doit appréhender, avec l'aide des différents services

en charge, ses éventuels problèmes sociaux, de santé ou d'addiction. Elle doit en quelque sorte être capable de montrer qu'elle « mérite » l'accès à un logement permanent. ». Cependant, ce système ne montre pas des résultats satisfaisants avec une grosse proportion de personnes qui ne parviennent pas à atteindre le logement, se découragent, ou se retrouvent de nouveau à la rue (Graham, 2016; Ginebre & Rickey, 2017; Pleace, s. d.) Plusieurs critiques sont faites à l'égard de ce système, notamment parce que c'est un cursus long et coûteux pour la société qui n'apporte pas de réelles améliorations. Aussi parce que les règles trop strictes (cf. annexe 5) et les changements de paliers sont source d'instabilité et entraînent des situations de ruptures. (Graham, 2016 ; Pleace, s. d. ; Ginebre & Rickey, 2017). C'est pourquoi l'observatoire européen sur le sans-abrisme (FENTSA) recommande aux États membres d'utiliser de nouvelles stratégies « dirigées vers le logement » pour lutter contre le sans-abrisme. Celles-ci se basent sur la philosophie d'housing first développée initialement aux États-Unis. Les stratégies dirigées vers le logement se définissent comme « toutes les approches politiques dans lesquelles on considère que l'offre et/ou le maintien d'un logement stable avec une sécurité d'occupation constitue l'étape initiale dans la résolution ou dans la prévention de situations d'absence de chez-soi. En vertu de ces approches, on considère que le logement est un droit fondamental et une condition préalable à la résolution d'autres problèmes, comme des problèmes sociaux, de santé et d'emploi. » (*Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme : recommandations politiques du Jury, Bruxelles, 2010.*, s. d.). La schématisation de ce système est proposée en annexe (Cf. Annexe 8). Ce type d'approche a en effet fait ses preuves dans de nombreux pays avec entre 70% et 100% de personnes toujours dans leur logement après deux ans. En France notamment, au sein du dispositif un logement d'abord sur 4 villes avec 86% de personnes stabilisées dans un logement personnel après 2 ans (Ginebre et Rickey, 2017). Aujourd'hui, le gouvernement a mis en place un plan gouvernemental pour le logement d'abord sur 2019-2022 (ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités, 2019) dans le but d'ouvrir des places d'hébergement pour loger en premier lieu les personnes à la rue et leur fournir un accompagnement adapté. C'est dans ce cadre que l'ergothérapeute peut s'inscrire pour apporter ses connaissances sur les occupations et aider les personnes à réapprendre les activités de la vie quotidienne et à s'adapter à la vie dans un logement. L'ensemble des données évoquées précédemment nous laisse penser que l'ergothérapeute a une réelle plus-value à apporter dans ce domaine.

## 6. Synthèse pratique

Nous avons vu dans cette partie que le sans-abrisme impacte la santé physique, mentale et psychologique des personnes qui le vivent et peut-être considéré comme un handicap. De plus, le retour au logement est une étape difficile qui n'est que peu réussie par les sans-abri chroniques et intermittents. Par la suite nous avons vu l'interdépendance entre l'ergothérapie et les sciences de l'occupation. L'apport théorique des sciences de l'occupation et pratique de l'ergothérapie nous ont permis d'explorer le vécu de cette population, dans la rue et au moment du retour au logement, sous un angle nouveau. Il ressort de ces données de vrais enjeux occupationnels. Et une place importante de l'occupation dans la promotion du bien-être et de la santé de ces personnes que ce soit lors du retour au logement ou du retour à la rue. Mais aussi un paradoxe : celui de réapprendre à quelqu'un des occupations de personnes logées dans un contexte de rue et de privation occupationnelle. Nous avons donc développé des cadres d'intervention qui permettraient à l'ergothérapeute une intervention optimale. Ces structures sont orientées vers le logement et placent celui-ci comme condition première à l'accompagnement. De plus, il s'avère qu'elles produisent des résultats plus concluants que les structures classiques. C'est pourquoi elles sont promues par le gouvernement actuel. Cela constitue donc la possibilité d'un développement porteur de l'ergothérapie. Aussi, afin d'affiner le travail, nous émettons la problématique pratique suivante : Quel impact a l'utilisation de la science de l'occupation sur le bien-être des personnes sans-logement lors de leur transition de la rue au logement ? Ce questionnement va, dans la suite de ce travail, être étayé par des théories afin de permettre d'y répondre de façon rigoureuse. Nous explorerons donc la notion de bien-être et le modèle de l'occupation humaine.

## 7. Santé ou bien-être

### 7.1. Le bien-être

Nous avons vu précédemment que la littérature sur l'ergothérapie et le sans-abrisme émet fréquemment l'hypothèse que la réalisation d'occupations signifiantes favorise le bien-être et la santé des personnes sans-abri (Lloyd & Bassett, s. d.) (Cunningham & Slade, 2017) (Thomas et al., 2011) (Polatajko et al., 2013) et des personnes sans-logement en transition vers un logement (Marshall & Rosenberg, 2014)(Marshall, Lysaght, et al., 2018). Néanmoins ces mêmes études précisent aussi que ce lien est encore à étudier et à confirmer. Cette conclusion oriente donc nos recherches à la fin de la partie pratique sur l'impact de l'ergothérapie (en tant que professionnel de l'occupation) sur la santé et le bien-être des personnes en transition vers un logement stable.

D'après la constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS) « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (Constitution de l'organisation mondiale de la santé, 1946).

De son côté le bien-être est décrit par l'OMS à travers 5 composantes. Ces composantes sont les suivantes : « le bien-être est multidimensionnel ; la santé contribue au bien-être et le bien-être contribue à la santé ; le bien-être peut être considéré comme un concept et une entité en soi (la santé étant à la fois un déterminant et un résultat) et comme un composite de divers éléments ; le bien-être général comprend des éléments objectifs et subjectifs » (traduction française de *Measurement of and target-setting for well-being : an initiative by the WHO Regional Office for Europe*, 2012 p. 1). Ainsi, ces définitions de la santé et du bien-être montrent que ces deux concepts sont étroitement liés. Le contexte du travail de recherche et la nécessité de mettre en tension deux variables au sein du questionnement théorique nous impose de faire un choix entre ces 2 concepts. Cherchons nous à évaluer le bien-être ou la santé ? Pour répondre à cette question, il est nécessaire de revenir au fondement de notre questionnement. La question de recherche s'est orientée vers le public sans logement car la littérature met en évidence une problématique récurrente d'adaptation de ces personnes à la vie dans un logement. Cette difficulté d'adaptation conduit à des échecs répétés dans la transition au logement. Le but poursuivi est donc de favoriser par l'ergothérapie cette transition et donc cette adaptation. La santé n'est pas le point central de cette adaptation. En effet, celle-ci relève plus d'aspect psychologique, d'acceptation émotionnelle et de sentiment d'appartenance au nouveau logement. (Marshall et al., 2018) (Poirier et al., 2000). (Marshall & Rosenberg, 2014) Ce qui correspond plus à la notion de bien-être. De plus, le sans-abrisme est marqué par une importante proportion de problématique de santé et une personne peut montrer une bonne adaptation au logement sans pour autant que ses problèmes de santé initiaux se résolvent. Enfin comme évoqué en début de ce travail, la volonté n'est pas de s'axer sur les conditions de santé et les pathologies de cette population. Dans cette poursuite le bien-être semble donc être plus approprié pour l'étude.

C'est pourquoi ce concept est choisi pour mesurer l'impact de l'action de l'ergothérapeute sur la stabilisation au logement. Nous approfondirons donc la notion de bien-être. Tout d'abord à travers le développement du concept de bien-être subjectif puis de celui de bien-être psychologique.

#### 7.1.1. Le bien-être subjectif

Le bien-être subjectif est l'approche dominante de la mesure du bien-être en psychologie (Christopher, 1999). Les recherches se sont donc orientées dans un premier temps sur ce concept.



D'autant plus qu'une des premières lectures pertinentes en vu des aspects que l'on cherchait à évaluer décrivait le bien-être subjectif comme une évaluation par la personne des données suivantes : se sentir heureux, se concentrer sur ce que l'on fait, se sentir utile, prendre des décisions, assumer leurs problèmes (Zeidan, 2012). Or ces données correspondaient particulièrement aux données pertinentes à questionner pour comprendre l'adaptation de la personne à son logement. Néanmoins, il a été nécessaire d'approfondir le concept de bien être subjectif car les lectures restent vagues sur la structure de celui-ci. Et le terme de bien-être subjectif y est associé à ceux de bonheur et de bien-être psychologique qui sont potentiellement des concepts à part entière. Le bien-être subjectif est défini par Diener (1994, p. 108 cité par Rolland, 2000) : « Le bien-être subjectif réfère à l'expérience globale des réactions positives envers sa propre vie et inclut toutes les composantes d'ordre inférieur telles que la satisfaction de la vie et le niveau hédonique. La satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et global de sa propre vie. Le niveau hédonique renvoie à l'équilibre entre le caractère agréable et désagréable de sa propre vie émotionnelle. »

Le bien être subjectif comprend deux entités principales que sont l'évaluation cognitive de la vie et le sentiment réel . L'évaluation cognitive de la vie fait référence à tous les processus cognitifs qui permettent à la personne d'évaluer sa vie en générale ainsi que les différentes composantes de celles-ci comme par exemple la famille, le travail, la situation financière etc... (Rolland, 2000; Stiglitz, s. d.). Cette évaluation demande un effort et des capacités cognitives pour faire le bilan et synthétiser les éléments qui ont de la valeur pour la personne (Rolland, 2000). Notamment pour identifier son but dans la vie, l'accomplissement de ses objectifs, la manière dont elle est perçue par les autres (Stiglitz, s. d.).

Par ailleurs le sentiment réel fait de son côté référence, à l'état émotionnel de l'instant. Composé des émotions négatives et des émotions positives. L'évaluation du bien-être subjectif peut aussi se faire sur des indicateurs objectifs que sont la santé, l'éducation, les activités personnelles, la représentation politique et gouvernementale, les liens sociaux, le capital social, les conditions environnementales et l'insécurité. (Rolland, 2000)(Stiglitz, s. d.)

L'ensemble de ces données sont pertinentes pour notre recherche. Cependant, deux choses nous questionnent. Tout d'abord, les études sur le bien-être subjectif montrent qu'il existe deux facteurs influençant ce bien-être, les conditions de vie de la personne et les facteurs intrinsèques. Néanmoins, le facteur intrinsèque, c'est-à-dire la disposition de la personne à évaluer sa vie positivement ou négativement, est plus prédominant que le facteur de ses conditions de vie. (Rolland, 2000)(*Measurement of and target- setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe*, 2012). Ainsi, les différentes composantes du bien-être subjectif

montrent finalement une forte stabilité au cours du temps (Voyer & Boyer, 2007), (Rolland, 2000). Cette dernière donnée pose un problème pour notre étude. En effet, si le bien-être subjectif est constant au cours du temps, il ne nous permet pas d'observer les variations du bien-être après l'intervention de l'ergothérapeute. De plus, Voyer et Boyer expliquent que « le bien-être subjectif est estimé à partir de domaines spécifiques prédéterminés tels que la vie de couple et le travail. Par exemple, le bien-être subjectif se prête mal à l'étude d'une femme, cheffe de famille monoparentale et sans emploi » (Voyer & Boyer, 2007). De même, les composantes objectives mesurées par ce même bien-être subjectif, sont aussi le logement, l'emploi, la sécurité et se prête donc peu au public sans-logement, partiellement dépourvu de ces aspects. Nous avons donc par la suite exploré le bien-être psychologique pour voir s'il pouvait représenter une alternative plus pertinente pour l'étude que le bien-être subjectif.

### 7.1.2. Le bien-être psychologique

Le bien-être psychologique est souvent confondu avec le bien-être subjectif. En effet les deux concepts proviennent de l'étude du bien-être en psychologie, et le bien-être subjectif est le premier développé dans cette discipline. C'est pourquoi le bien-être subjectif est finalement le premier concept du bien-être « en psychologie ». Néanmoins, le bien-être psychologique trouve son fondement dans la critique de Carroll Ryff réalisée en 1989 à propos du bien-être subjectif. En effet elle considère que la traduction des textes anciens sur lesquelles se sont basés les psychologues n'est pas correcte et appauvrit donc le concept de bien-être subjectif (Christopher, 1999) (Ryff & Singer, 2008). Elle propose donc une autre conceptualisation alternative du bien-être à travers la philosophie de l'eudaimonie, développée par Aristote dans sa réflexion éthique. L'eudaimonie est une philosophie axée sur le développement et l'épanouissement de l'individu, l'eudaimonie relève de deux points importants : « Le premier est que le bien-être, considéré comme la croissance et l'épanouissement humain, est profondément influencé par les contextes et environnements de la vie des gens et que, de ce fait, les possibilités de réalisation de soi ne sont pas réparties de manière égale. Le deuxième point est que le bien-être eudaimonique peut avoir des conséquences sur la santé en favorisant une régulation efficace de multiples systèmes physiologiques. » (traduction de l'anglais Ryff & Singer, 2008 p.14).

Synthétisant les idées des théories de la personnalité de Malsow, Jung, Rogers, Allport, Erikson, Buhler, Neurgartens et Jahoda elle construit donc une mesure du bien-être autour de six sous-échelles (cf. schéma en annexe 9) : l'acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, les objectifs dans la vie et le développement personnel (Christopher, 1999) (Ryff & Singer, 2008) (Aguerre, 2017). Ces échelles permettent

d'évaluer le bien-être psychologique, cette évaluation est sensible au temps et montre donc des variations au cours de la vie de la personne (Ryff & Singer, 2008; Voyer & Boyer, 2007). Le bien-être psychologique convient donc mieux pour notre recherche.

Les différents indicateurs du bien-être psychologique sont donc étudiés plus précisément. L'acceptation de soi correspond à une attitude positive envers soi-même. Elle met en évidence l'importance de se comprendre (actions, sentiments, émotions) pour former l'estime de soi. L'acceptation de soi est enrichie par l'auto-évaluation à long terme qui permet d'identifier et d'accepter les forces et faiblesses de chacun et de soi-même d'avoir une vision positive sur sa vie passée (Ryff & Singer, 2008). La Relation positive aux autres se caractérise par de l'empathie, par des liens sociaux forts, des relations chaleureuses, de confiance et satisfaisantes avec une préoccupation mutuelle pour le bien-être de l'autre (Ryff & Singer, 2008). Le développement personnel de son côté est la dimension qui se rapproche le plus de l'eudaimonie d'Aristote car lié à l'épanouissement de l'individu. Cet épanouissement correspond à un sentiment de croissance, d'ouverture à de nouvelles expériences, de réalisation de son potentiel. Mais aussi à une amélioration de la personne et de son comportement au fil du temps et d'une connaissance plus approfondie de qui l'on est (Ryff & Singer, 2008). Avoir des objectifs de vie se réfère à la possibilité pour la personne de trouver un sens et un but à sa vie (face à ce qui est horrible notamment). D'avoir des croyances qui donnent ce but mais aussi de trouver un sens au passé et au présent. Se fixer des objectifs (Ryff & Singer, 2008). La participation active et la maîtrise de l'environnement sont des concepts clés pour le bien-être. En effet ce sont les aspects qui différencient tout particulièrement le bien-être d'autres concepts psychologiques. Ainsi l'accent est mis sur la possibilité pour la personne de maîtriser son environnement et sur la recherche ou la création d'un contexte qui convient aux besoins et capacités de la personne. (Ryff & Singer, 2008) Enfin l'Autonomie est décrite comme la capacité à prendre des décisions par soi-même sans forcément attendre l'approbation des autres. Mais aussi comme la présence d'auto-détermination et d'indépendance. C'est une notion qui a un impact important sur le bien-être (Ryff & Singer, 2008).

La définition de chacun de ces concepts provient de l'écrit en anglais de Ryff & Singer, (2008). Afin que le lecteur puisse apprécier par lui-même la définition de ces concepts dans la langue originale, nous fournissons en annexe ces définitions en anglais (cf. annexe 10)

## 8. Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner

### 8.1. Philosophie

Un modèle conceptuel est « une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique » (Morel-Bracq, 2017 p.2). Il permet de guider la pratique du professionnel à travers une vision précise.

Le Modèle de l'occupation humaine (MOH) est élaboré par Gary Kielhofner en 1975. Il se fonde sur les sciences de l'occupation et représente une référence théorique majeure en ergothérapie dans le monde (Kielhofner, 2008 cité par Vanzetti et al., 2018) (*MOHO Web*, s. d.). C'est un modèle humaniste et centré sur la personne (Morel-Bracq, 2009) (Vanzetti et al., 2018). Il prône une relation de collaboration entre la personne et le thérapeute. Et souhaite que la personne se sente comprise dans sa singularité. Il part du postulat que « l'occupation humaine est un aspect central de l'expérience humaine » (traduction de l'anglais de Kielhofner & Burke, 1980) et qu'elle « donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société. » (Bélanger et al., 2006). La schématisation de ce modèle est présente en annexe (cf. Annexe 11)

### 8.2. Objectifs

L'objectif de ce modèle est de permettre la participation occupationnelle. Pour cela il analyse la nature occupationnelle de l'humain pour permettre à l'ergothérapeute d'accompagner la personne dans un processus de changement (Vanzetti et al., 2018). Pour ce faire il part du principe que le choix et la réalisation d'une activité par une personne dépend de 3 composantes : la volition, l'habituation et la capacité de rendement. Qui sont interdépendantes et inséparables de l'environnement humain et matériel. Ces 4 composantes affectent simultanément les actions, les pensées et les émotions (*MOHO Web*, s. d.) (Morel-Bracq, 2009) et permettent de s'adapter. Ces interactions entre les composantes de la personne et son environnement vont lui permettre d'être, d'agir et de devenir.

### 8.3. Composantes

Les composantes principales sont donc la volition, l'habituation et la capacité de rendement. Ce modèle conceptualise l'Homme comme un système ouvert, c'est-à-dire en interaction dynamique avec son environnement et ses sous-systèmes. Eux même en interaction constantes et évolutive entre eux. L'interaction entre le système (l'Homme) et son environnement correspond à l'occupation (Kielhofner & Burke, 1980). Les sous-système qui composent l'Homme sont la volition, l'habituation et la capacité de rendement. Ils sont hiérarchisés. La volition est le sous-système le plus important et indépendant. Il régit les deux autres. L'habituation est intermédiaire et la capacité de rendement est le dernier maillon. (Kielhofner & Burke, 1980). Ces éléments

forment néanmoins « un tout cohérent et unifié » (Kielhofner, 2004, 2002 cité par Bélanger et al., 2006).

La volition est un processus qui consiste à anticiper ce que l'on veut faire, choisir de le faire, l'expérimenter, puis interpréter cette expérience (Morel-Bracq, 2009). Elle illustre le besoin inné de l'être humain à explorer et maîtriser son environnement à travers l'occupation (Kielhofner & Burke, 1980)(Bélanger et al., 2006). Dans la poursuite de cet objectif le sujet va se poser des questions telles que « Suis-je apte à réaliser cette occupation? A-t-elle une valeur pour moi? Est-ce que j'aime cela? » (Bélanger et al., 2006, p. 9). Pour répondre à ces questions 3 composantes sont mise en jeu. Tout d'abord, les déterminants personnels qui correspondent à la représentation que la personne a de ses capacités et de son efficacité. En fonction de celles-ci, elle s'attend à une réussite ou à un échec, ce qui va influencer l'action. (Kielhofner & Burke, 1980)

Ensuite les valeurs, c'est-à-dire « ce qui est important et a du sens pour la personne » (Vanzetti et al., 2018 p. 431). Les valeurs proviennent à la fois des obligations de la société et de la culture et des convictions personnelles. Elles engagent dans l'action et « *suscitent des émotions fortes sur la façon dont la vie devrait être vécue et la façon dont nous devons nous comporter* » (Parkinson et al., 2006 p.24)(Kielhofner & Burke, 1980). Enfin, les centres d'intérêts représentent les dispositions personnelles à éprouver du plaisir et de la satisfaction pour certaines occupations. Ce sont les préférences de la personne qui la conduisent à participer activement dans l'occupation. Les centres d'intérêts se différencient des valeurs car ils sont moins rigoureux. Ils relèvent plus de l'attraction pour une occupation (Kielhofner & Burke, 1980)(Bélanger et al., 2006)(Morel-Bracq, 2009).

L'habitation permet d'organiser et de structurer le comportement occupationnel à travers des routines cohérentes (Kielhofner & Burke, 1980) (Vanzetti et al., 2018). Elle est composée des rôles et des habitudes. La formation des rôles et des habitudes dépend des choix fait par la volition (Kielhofner & Burke, 1980). Les habitudes structurent la vie quotidienne et la rend familière (Morel-Bracq, 2009). Elles se construisent à travers la répétition d'actions dans des situations connues et des contextes familiers (Bélanger et al., 2006; Morel-Bracq, 2009). Ces actions deviennent automatiques et permettent d'être performant dans les activités quotidiennes. (Parkinson et al., 2006)(Kielhofner & Burke, 1980). Les rôles regroupent des comportements appris et intériorisés (parents, frère, sœur, ami,...), sous l'influence d'un contexte social précis et de la culture du milieu. Ils reflètent les attentes des membres du groupe (Bélanger et al., 2006). La mise en place des rôles demande une organisation plus complexe dans les routines que celle des habitudes. En effet ils demandent d'intégrer et de fusionner à la fois les intérêts et les valeurs de la

personne et les exigences de la société. Les rôles productifs déterminent une grande partie des routines souvent de façon très précise (durée, contexte, environnement social, fréquence). « *Le passage d'un rôle à l'autre est une nomenclature complexe et nécessite la transformation des habitudes et des compétences et leur intégration dans un modèle de vie quotidienne différent.* » (Kielhofner & Burke, 1980 p.579).

Enfin la dernière composante est la capacité de performance (ou capacité de rendement). C'est la plus petite entité « du système de l'Homme ». Elle dépend donc de la volition et de l'habituatation. (Kielhofner & Burke, 1980). Elle se compose des systèmes organiques c'est à dire les sensations et le vécu de la personne par rapport à son corps (la perception subjective du corps). Il met de ce fait en jeu l'ensemble esprit-cerveau-corps (Parkinson et al., 2006) pour permettre la performance occupationnelle.

Ainsi, l'Homme composé de la volition, de l'habituatation et de la capacité de rendement doit interagir avec son environnement pour réaliser les occupations. Cet environnement comprend les lieux et les objets (environnement physique) mais aussi les personnes et les événements (environnement social). Cet environnement implique des ressources, des opportunités mais aussi des contraintes et des défis qui se manifestent différemment pour chaque personne. Il est donc nécessaire de comprendre la dynamique entre l'environnement et les 3 composantes volition, habituatation, capacité de rendement pour cerner le fonctionnement occupationnel de celle-ci. (Kielhofner 2002 cité par Bélanger et al., 2006).

Cette interaction de l'Homme avec son environnement va lui permettre d'agir. Le MOH détaille 3 niveaux de l'agir (cf. Annexe 12). La première est la participation occupationnelle c'est-à-dire l'entité la plus globale qui correspond à nos occupations de vie quotidienne, de loisirs ou de travail au sens large du terme. Elle représente l'engagement dans ces sphères de la vie en lien avec le sens personnel et social que la personne leur donne. Vient ensuite la performance occupationnelle qui se réfère à toutes les activités qui sont à réaliser pour permettre la participation occupationnelle. Ce sont les habiletés qui interviennent en dernier lieu. Les habiletés sont l'ensemble des actions que la personne réalise pour faire l'activité. Elles sont de 3 types ; les habiletés motrices ; les habiletés opératoires et les habiletés d'interaction et de communication.

Finalement, la participation successive à des occupations va construire l'identité occupationnelle de la personne et développer ses compétences occupationnelles (Vanzetti et al., 2018). Cette construction lorsqu'elle est bien établie va permettre à la personne de s'adapter à de nouvelles occupations qui mettent en jeux tous les systèmes que nous venons de détailler. Ces nouvelles occupations vont permettre à la personne de devenir et de se construire en interaction avec le monde

(Vanzetti et al., 2018). Le MOH favorise la participation grâce à la compréhension de l'ensemble des systèmes complexes qui la sous-tendent ce qui va permettre d'engager la personne dans un processus de changement. Pour permettre à l'ergothérapeute d'accompagner la personne dans ce processus, il fournit d'une part la théorisation de l'occupation humaine détaillée ci-dessus mais aussi un outil pratique qu'est le MOHOST.

### 9. Intérêt du modèle pour la transition au logement

La complexité du sans-abrisme et la diversité des champs nécessaires à prendre en compte pour favoriser le retour au logement relève d'une grande exigence. Il a été nécessaire de trouver un modèle qui puisse répondre à toutes ces exigences pour soutenir la pratique en ergothérapie dans ce domaine quasi inexploré en France qu'est le sans-abrisme. La littérature ainsi que l'enquête exploratoire ont mis en évidence que le retour au logement demande une adaptation importante. La principale problématique est de réussir à participer à des occupations significatives après avoir vécu une situation de privation occupationnelle dans la rue. En effet les conséquences de cette privation, aussi appelées dysfonctionnements occupationnels sont nombreuses. L'objectif du MOH est de permettre la participation occupationnelle et d'engager la personne dans un processus de changement et de s'adapter à de nouvelles occupations. Il semble donc que le MOH, au vu de ces premiers objectifs soit très adapté à la problématique du retour au logement. De même la prise en compte holistique de la personne était un point essentiel à l'appréhension du sans-abrisme.

Différents facilitateurs ont été mis en évidence pour cette transition. Tout d'abord, la mise en place de routine pour structurer les activités de la vie quotidienne (AVQ) et éviter l'ennui et la consommation de substances. Ensuite, réussir à développer de nouveaux rôles et une identité de personne logée. Ces deux points sont mis en lumière par le sous-système de l'habituation décrit dans le MOH et sont donc pris en compte par ce modèle. Ensuite, s'engager dans des activités caritatives a donné du sens à la vie de plusieurs participants et serait aidant dans la reconstruction après un traumatisme. Parallèlement certaines AVQ sont très significatives pour les personnes sans logement. Néanmoins la participation à ces activités est limitée par les traumatismes antérieurs et la peur de l'échec. Ces 3 aspects apparaissent dans le MOH à travers la volition. Les activités caritatives font référence aux valeurs, le plaisir dans les AVQ se retrouvent dans les centres d'intérêt tandis que les traumatismes et la peur de l'échec sont inclus dans la causalité personnelle. Par ailleurs, les AVQ bien que significatives sont difficiles à réaliser à cause d'une perte d'habileté pour réaliser les occupations de personnes logées. Une fois encore cette perte d'habileté est prise en compte par le MOH dans les niveaux de l'agir. Enfin, l'environnement physique et social est

important pour les personnes sans-logement et permet d'être pris en compte dans son interaction avec les occupations au sein du MOH.

## 10.Synthèse théorique

Ces observations nous amènent donc à nous demander si la participation occupationnelle que favorise le MOH a un impact sur le bien-être psychologique des personnes au moment du retour au logement. En effet, il y a de nombreuses correspondances entre les choses à développer pendant la transition au logement et les concepts du MOH. De plus, plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse qu'un engagement dans des activités significatives pouvait favoriser le bien-être des personnes sans-logement. L'engagement est défini comme « Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Vandemark, 2007). Et la participation est définie comme « L'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées » (Meyer, 2013, p. 16). Or ces définitions nous montrent que les concepts d'engagement et de participation sont profondément interdépendant. Ainsi nous formulons la problématique théorique suivante : En quoi l'utilisation du modèle de l'occupation humaine par l'ergothérapeute lors de la transition de la rue au logement influence t'elle le bien-être psychologique des personnes sans-logement ?

## 11.Hypothèse

Une hypothèse est un « énoncé formel qui prédit la ou les relations attendues entre deux ou plusieurs variables. C'est une réponse plausible au problème de recherche» (Fortin, 1996). L'hypothèse de ce travail de recherche est la suivante : l'utilisation du modèle de l'occupation humaine par l'ergothérapeute favorise le bien-être psychologique des personnes sans logement lors de leur transition au logement. Elle provient de l'ensemble de la théorie étudiée précédemment. Elle se fonde donc sur une démarche hypothético-déductive. Elle se compose de deux variables mises en tension. Le MOH est la variable indépendante, et le bien-être psychologique est la variable dépendante. Les tests empiriques encadrés par le dispositif de recherche ont pour but d'infirmier ou d'affirmer cette hypothèse.

## 12.Dispositif de recherche

Il s'agit maintenant de prévoir le dispositif qui va nous permettre de répondre à la question de recherche. L'hypothèse émise grâce aux développements pratiques et théoriques doit être affirmée ou infirmée. Nous réalisons pour cela une étude prospective. Elle « permet de réaliser un essai clinique en identifiant (avant de débiter) la population étudiée, les différents paramètres à mesurer et les critères de fin de l'expérimentation. » (Tétreault & Guillez, 2014, p. 64). Nous prévoyons donc dans un premier temps la façon dont les participants sont sélectionnés. Nous poursuivons avec



les caractéristiques et la construction de l'outil de mesure pour terminer avec la technique d'analyse des données.

## 12.1. Participants

### 12.1.1. Choix de la population mère et de l'échantillon

La population mère est définie comme « l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude » (Mayer & Ouellet, 1991, p. 378). Pour cette étude la population mère est composée d'ergothérapeutes travaillant avec des personnes sans-abri. Bien que la population mère soit l'ensemble le plus conséquent, pour cette étude son effectif est déjà limité. Cette restriction nous a amené à envisager de sélectionner comme population mère des professionnels non-ergothérapeutes impliqués dans l'accompagnement des personnes sans-logement ou encore les personnes sans-logement elles même. Néanmoins, le décret du 16 novembre 2016 de la loi Jardé relatif à l'encadrement des recherches impliquant la personne humaine, nous limite dans la possibilité d'interroger les personnes sans-logement (Décret relatif aux recherches impliquant la personne humaine, 2016). Parallèlement, la question de recherche portant sur la pratique en ergothérapie, la sélection de participants d'autres professions est écartée. Il est ensuite nécessaire de sélectionner un échantillon au sein de cette population mère. En effet la population mère est un ensemble vaste que le temps imparti de la recherche ne nous permet pas d'atteindre. L'échantillon étant « une partie ou un sous-ensemble d'une population mère » (Dépelteau, 2010, p. 213) son effectif est plus restreint et atteignable. Il comprend donc des ergothérapeutes ayant une expérience dans le sans-abrisme et la transition au logement. Des critères d'inclusion et d'exclusion sont déterminés afin de délimiter notre échantillon. Les critères d'inclusion sont les suivants. Être diplômé d'état en ergothérapie, avoir une expérience auprès de personne sans-abri ou sans logement, avoir eu dans ses objectifs de prise en charge avec cette population une prise en compte de la réinsertion au logement. L'utilisation du MOH n'est pas exigée comme critère d'inclusion car elle risquerait de trop restreindre la population. Les critères d'exclusion sont les suivants : être non-francophone, ne pas être diplômé d'état en ergothérapie, ne jamais avoir suivi un patient sans-abri ou sans-logement. Nous prévoyons entre 3 et 5 participants répondant à ces critères afin de réaliser des entretiens. Le nombre de 5 serait idéal. Il permettrait de prévoir une marge d'erreur en cas de non- utilisation du MOH par les participants. Néanmoins, la pratique ergothérapeutique au sein du sans-abrisme et orienté vers l'insertion au logement est très peu répandue en France. Le recrutement est prévu du début du mois de mars jusqu'au début du mois d'avril. Ces dates permettent de concilier les différentes contraintes de temps liées au retour des réponses, aux contraintes d'avancées et d'exploitation des données par la suite.

### 12.1.2. Technique d'Échantillonnage

« Les techniques d'échantillonnage servent à cibler un échantillon sur lequel porteront des tests empiriques » (Dépelteau, 2010, p. 213). Il en existe 2 sortes : probabiliste et non probabiliste. La première se base sur le hasard et les probabilités mathématiques pour le choix de l'échantillon. Elle permet une estimation de la représentativité. La deuxième correspond à un échantillon choisi par un chercheur selon des critères précis. Elle n'est pas du au hasard et ne permet pas d'évaluer la représentativité (Dépelteau, 2010). Ce travail de recherche se base sur une approche qualitative. Ainsi c'est plus l'exemplarité de l'échantillon qui est recherchée, que sa représentativité vis-à-vis de la population mère. La technique non probabiliste est donc choisie. Au sein de celle-ci, se détachent différents types d'échantillonnage : accidentel, par quotas, typique, boule de neige, de volontaire. Parmi eux, deux sont choisis pour ce travail : l'échantillon « boule de neige » et l'échantillon de volontaires.

En effet, la question de recherche s'axe sur une pratique en marge et très peu de participants correspondent à nos critères. De plus, la population mère n'est pas répertoriale. L'échantillon boule neige permet de constituer l'échantillon grâce à des informateurs de départ qui vont fournir des noms d'individus, qui à leur tour fourniront d'autres noms. Il permet de palier à la difficulté de recrutement lors de l'étude de phénomène peu répandue (Dépelteau, 2010). Pour ce faire il est prévu de contacter les structures les plus susceptibles de proposer de l'ergothérapie auprès des sans-abri et sans-logement. C'est-à-dire les équipes mobiles en psychiatrie – précarité. Il en existe 8 sur la région Provence Alpes Côte d'Azur, elles sont contactées en priorité afin de favoriser les chances d'un entretien en présentiel (*Programme d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes démunies*, s. d.). Néanmoins, les contacts peuvent être élargis aux différentes régions de France en cas de besoin. Notamment grâce aux annuaires des permanences d'accès aux soins de santé réalisés pour certaines régions par l'Agence Régionale de Santé (*Précaires*, s. d.). Un mail type leurs sera transmis (cf. annexe 13). De même les deux ergothérapeutes interrogées lors de l'enquête exploratoire sont contactées. En effet, elles travaillent toutes deux auprès de personnes sans-abri et sont susceptibles de connaître d'autres ergothérapeutes dans ce domaine. Parallèlement un échantillon de volontaires est aussi réalisé. Il permet de multiplier les possibilités pour trouver des ergothérapeutes répondant à nos critères. C'est un échantillon qui se repose sur un appel de volontaires. Il sera donc effectué via les réseaux sociaux à travers un pré-questionnaire à diffusion large (Cf. Annexe 14). Plus précisément via le réseau Facebook, sur 3 groupes spécifiques à l'ergothérapie : « mémoire ergothérapie » « Le coin de l'ergothérapie » « Ergothérapie, précarité

et justice occupationnelle ». Les questions contenues dans celui-ci sont assez détaillées pour nous permettre de sélectionner précisément la population qui nous intéresse parmi les réponses.

## 12.2. Outils de mesure

### 12.2.1. Opérationnalisation des variables

Pour répondre à notre question de recherche l'hypothèse posée est : l'utilisation du MOH par l'ergothérapeute favorise le bien-être psychologique des personnes sans logement lors de leur transition au logement. Deux variables, qui découlent de notre partie théorique sont mise en tension au sein de cette hypothèse. La première, le MOH, est la variable indépendante, elle peut être manipulée pour influencer la seconde. La deuxième variable est le bien-être psychologique, c'est la variable dépendante. Nous cherchons à l'expliquer et à la mesurer sous l'effet de la variable indépendante. L'opérationnalisation va nous permettre de définir et de mesurer ces variables (Tétreault & Guillez, 2014). En effet, les variables se basent sur des concepts. Ils sont par définition abstraits et ne peuvent donc pas être observés directement. C'est pourquoi une matrice théorique est construite pour chacune de ces variables (cf. annexe 15 et 16) . Elle se compose d'indicateurs et d'indices. Les indicateurs correspondent à ce qui est observé tandis que les indices correspondent à ce qui est recherché dans le discours. Les critères d'inclusion pour notre population ne comprennent pas le MOH. C'est pourquoi des indices sont aussi décrit pour cette variable afin de vérifier si elle est bien utilisée par l'ergothérapeute. De même les indices du bien-être psychologique permettent de vérifier l'impact du modèle sur cette variable. Ces indices découlent de termes anglophones : la version originale de ceux-ci est jointe en annexe (cf. annexe 10). Afin d'interroger l'ensemble de ces indices, des entretiens sont réalisés.

### 12.2.2. Choix de la méthode

Comme expliqué précédemment l'intervention en ergothérapie auprès de personnes sans-logement est une pratique en marge. Le rôle et l'impact de l'ergothérapie dans ce domaine ne sont pas encore affirmés en France. Le peu d'ergothérapeutes dans ce domaine, ne nous permet pas d'avoir des informations quantifiables . De plus, nous étudions le bien-être psychologique qui est très subjectif. C'est pourquoi, une méthode qualitative est choisie. En effet « elle se base sur la vision des individus du monde dans lequel ils évoluent ou encore des événements qu'ils vivent »(Tétreault & Guillez, 2014 p.60). Et va permettre de se baser sur le vécu et l'expérience des ergothérapeutes pour construire un savoir autour de notre question.

### 12.2.3. Choix de l'outil de mesure

Il existe au sein de la méthode qualitative de nombreux outils de mesure. Notamment : entretiens ; focus groupe ; la méthode non intrusive ou non réactive ; l'histoire de vie et l'analyse narrative ;

mémoire de travail ; ethnographies et la recherche-action participative. Parmi eux c'est l'entretien qui est choisi. En effet pour Morel-Bracq (2016, p.79) « Lorsque le domaine étudié n'est pas suffisamment connu et que la question de recherche s'intéresse au pourquoi et au comment, la méthode de recueil des données choisie peut être l'entretien de recherche. ». De plus, le nombre de participants pour un entretien peut-être restreint sans atteindre la pertinence des données recueillies. Ce qui s'apparente aux besoins de notre recherche. Enfin, l'entretien répond aux contraintes de temps et législations (Décret relatif aux recherches impliquant la personne humaine, 2016). Contrairement à une partie des autres outils.

C'est un outil très utilisé en réadaptation, il est « facile à planifier et à réaliser, car la plupart des intervenants ont reçu lors de leur formation initiale, des notions sur l'entrevue et sur la relation d'aide » (Tétreault & Guillez, 2014). Il existe 3 formes d'entretien : directif, semi-directif et libre. L'entretien semi-directif est choisi car c'est « une méthode plus souple, qui représente un intermédiaire entre les deux autres »(Tétreault & Guillez, 2014). Il nous permet d'explorer la pratique des ergothérapeutes. Les questions ouvertes permettent en effet d'exprimer, de façon moins restrictive, leur expertise sur le sujet. Nous choisissons d'offrir la possibilité à la personne contacté de réaliser l'entretien en présentiel ou bien par téléphone. En effet, malgré l'idée que l'on peut s'en faire, l'entretien téléphonique donne des résultats similaires à ceux d'un entretien présentiel, « sans diminuer la qualité des résultats » (Sturges et hanrahan, 2004 cité par Tétreault & Guillez, 2014, p. 235). De plus, il est plus accessible et moins coûteux (Tétreault & Guillez, 2014). Proposer les deux options nous permet de ne pas perdre des participants à cause de raisons économiques ou organisationnelles. De plus, certaines personnes sont plus à l'aise par téléphone qu'en face à face. Ce qui peut permettre d'avoir des entretiens plus étoffés. Quoi qu'il en soit l'entretien sera individuel. Nous recherchons l'expérience détaillée de l'ergothérapeute dans le sans-abrisme, sans qu'elle puisse être influencée ou limitée dans son expression par d'autres protagonistes.

#### 12.2.4. Élaboration de l'outil

Pour cet entretien, la trame (cf. annexe 18) est construite grâce aux matrices théoriques réalisées lors de l'opérationnalisation (cf. Annexes 15,16 et 17). Ainsi, qu'à l'aide du chapitre « entretien de recherche » de Tétreault & Guillez (2014, p. 215-245). D'après ces auteurs, la trame contient 4 parties : L'introduction, les considérations éthiques, les questions en lien avec la thématique et la conclusion. L'introduction doit exposer le sujet de la recherche et les différents thèmes qui seront abordés. Dans celui-ci nous restons assez superficiels sur le sujet de recherche. En effet, nous cherchons à vérifier par des indicateurs l'utilisation du MOH et la présence du bien-être

psychologique. Nous ne souhaitons pas que la personne prenne connaissance de ces variables en amont car cela pourrait biaiser les réponses. Nous vérifions, lors du mail de prise de contact, que les personnes correspondent aux critères de notre échantillon (plus particulièrement celles recrutées avec la technique « boule de neige »). Cet aspect n'est donc pas évoqué lors de l'introduction. Pour la partie éthique, le formulaire de consentement est envoyé en amont par mail en même temps que la prise de rendez-vous. La personne est censée en avoir pris connaissance au préalable. Néanmoins un rappel est quand même réalisé au moment de l'entretien. En effet, il doit être signé pour permettre l'exploitation des données. Ensuite nous abordons les questions. Elles sont prévues à l'avance. Cependant, l'ordre dans lequel elle sont posées s'adapte au discours de la personne. Nous prévoyons des questions principales, qui sont volontairement ouvertes et larges, pour permettre l'exploration spontanée des thèmes par la personne. Notamment pour les questions qui cherchent à valider les indices du modèle de l'occupation humaine. En effet, il s'agit de ne pas biaiser le propos. Néanmoins des questions complémentaires sont prévues au cas où les aspects recherchés ne sont pas abordés spontanément. Elles sont de ce fait plus précises et non-systématiques. Nous soutenons l'exploration des thèmes par la personne grâce à des questions de précision, d'approfondissement, de redirection et de reformulation. C'est le terme activité qui est choisi, plutôt qu'occupation. En effet, en fonction de la date du diplôme, tous les ergothérapeutes ne sont pas formés au concept de l'occupation ce qui pourrait créer des confusions.

Nous commençons nos questions par 2 questions générales sur le parcours professionnel de la personne puis sur son cadre d'exercice auprès des personnes sans-abri. Cela permet tout d'abord de mettre à l'aise l'interlocuteur. Mais aussi de mieux comprendre dans quel contexte sa prise en soin se déroule. En effet, l'implication dans le sans-abrisme en ergothérapie peut-être du à des lieux d'exercice très différents. Les questions qui suivent sont plus spécifiques au sujet étudié. Chaque question se rapporte à un ou plusieurs indicateurs. Le développement de la personne par rapport à la question va nous permettre de valider la présence ou l'absence des indices correspondants.

Pour terminer, la conclusion contient une question de clôture qui permet à la personne d'exprimer une information complémentaire ou son avis sur l'entretien. Au vu du nombre de questions, la durée prévue est de 60 à 80 minutes

#### 12.2.5. Qualités métrologiques

##### *1.1.1.1 Validation de l'outil:*

D'après Tétreault & Guillez, (2014, p. 122) « La validité se rapporte à la capacité d'un instrument à mesurer ce dont il est censé rendre compte ou ceux qu'il est censé mesurer ». Afin de tester la validité de notre outil nous réalisons un pré-test avec 2 étudiantes en ergothérapie. Cela nous permet

de voir si les questions sont compréhensibles, si elles entraînent les réponses souhaitées et d'estimer le temps de passation. Suite à ce pré-test nous avons effectué des corrections de notre trame. Tout d'abord une question a été rajoutée « Quelles sont les dimensions que vous prenez en compte lors de la prise en soin ? ». Elle permet de questionner la prise en compte de l'environnement de façon plus claire. Et constitue un socle pour introduire les questions suivantes. La première sous-question de la question 2 est modifiée. Auparavant « Certaines perceptions influencent t-elles la personne dans la réalisation de l'activité ? » elle devient « Les perceptions qu'a la personne de l'activité sont-elles prises en compte dans votre pratique ? ». Cela nous permet de remettre la pratique de l'ergothérapeute au centre plutôt que l'expérience du patient. En effet, dans cette question, nous cherchons à savoir si l'ergothérapeute utilise le MOH dans sa pratique. La sous question de la question 3 a été clarifiée. Elle passe de « Comment les exigences de l'entourage et de la société sont intégrées dans le quotidien ? » à « Comment aidez-vous le patient à trouver sa place dans la société et auprès de son entourage ? ». Cette reformulation permet en effet de questionner de façon plus claire les rôles. De plus, pour les questions concernant le bien-être psychologique, nous avons précisé le contexte, c'est-à-dire dans le logement ou au moment de la transition au logement. Et non dans la rue. Enfin le temps de passation a été estimé à 30-40 minutes au lieu des 60-70 minutes initiales.

#### *1.1.1.2 Fidélité :*

D'après Tétrault & Guillez, (2014, p. 118) « La fidélité se conçoit bien si elle est appréhendée sous l'angle des sources de variabilité de la mesure où des sources d'erreur. ». Ces sources d'erreur peuvent provenir d'une interprétation différente de la question d'un jour sur l'autre, d'une cotation différente d'un évaluateur à l'autre ou encore une implication différente. Il existe différents types de fidélité : test-retest, intra-juge, inter juge et cohérence interne. La fidélité test-retest, concerne les outils pour lesquels il n'y a pas d'évaluateur externe. Elle n'est donc pas évaluable avec notre outil. La fidélité intra juge est la stabilité d'un résultat lorsque l'évaluation est réalisée plusieurs fois sans changer d'évaluateur, ni de participant. La fidélité inter-juge observe la stabilité des résultats lorsqu'il y a changement d'évaluateur. Enfin la cohérence interne fait référence à la concordance des résultats obtenus aux différentes parties de l'évaluation. Malheureusement, les conditions ne nous permettent pas de tester notre outils plusieurs fois auprès des même personnes et avec des évaluateurs différents. Néanmoins, nous décidons, pour limiter les erreurs, que les questions principales sont posées avec les mêmes termes à toute les personnes. De fournir les mêmes informations et de suivre la même trame d'entretien pour tous les participants.

### 12.2.6. Contexte de l'entretien

Que l'entretien se déroule au téléphone ou en présentiel, plusieurs conditions seront posées. Tout, d'abord être dans un lieu calme, où la personne ne risque pas d'être dérangé et où elle se sent à l'aise. Ensuite que l'attention soit consacrée à l'entretien : le téléphone ou autres outils multimédia ne sont pas consultés, la personne accepte de ne pas faire autre chose en même temps que l'entretien. Pour les entretiens en présentiel, nous prévoyons de l'eau et demandons à la personne si la température de la pièce et son installation lui conviennent . Ces aspects sont ajustés si besoin. Nous nous positionnons face à la personne, pour faciliter les échanges par le contact visuel et observer facilement le langage non verbale.

### 12.3. Présentation de la méthode d'analyse des données

Les données proviennent des réponses aux entretiens. Elles sont de nature qualitatives. Il est prévu de les retranscrire sous forme de verbatim grâce à l'enregistrement. C'est donc une analyse de contenu qui est planifiée. D'après Bardin,(1997), l'analyse de contenu comprend 3 phases : la pré-analyse, l'exploitation du matériel et le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation. Dans ce travail de recherche l'expérimentation n'est pas réalisée. C'est pourquoi nous pouvons seulement prévoir la manière dont ces 3 étapes seront réalisées. La pré-analyse consiste en une lecture flottante pour s'imprégner des résultats et donner des orientations. L'exploitation du matériel demande de réaliser une catégorisation et de définir les modalités de codage. Les catégories sont réalisées à partir de nos matrices théoriques. Pour notre variables indépendante, chaque critère correspond à un catégorie . Pour notre variable dépendante, nous n'avons pas de critères qui ressortent de la théorie, seulement des indicateurs et des indices. Afin d'avoir une uniformité nous réalisons des catégories dans lesquelles nos indicateurs s'inscrivent. Ces catégories sont les suivantes : « Épanouissement de la personne » « interaction avec l'environnement » et « formulation d'objectifs ». Sont associée à chaque indicateur une couleur, ce qui va nous permettre de relever dans les verbatims toutes les fois où un indicateur apparaît. Est ensuite réalisée, pour chaque critère, une synthèse des informations recueillies. Le codage est effectué de la façon suivante : 1 si l'indicateur est présent dans le discours, 0 s'il est absent du discours, 0,5 s'il est affirmé et contredit au sein du même discours. Les indices nous aident à savoir si l'indicateur est présent ou non. L'ensemble de ces informations sont recueillies dans un tableau (cf. Annexe 19). Pour valider un indicateur, une catégorie, une variable, les résultats des entretiens doivent représenter plus de 50% de validation. Autrement dit, pour qu'un indicateur soit valide, plus de la moitié des participants doivent l'utiliser. Pour valider une catégorie, plus de la moitié des indicateurs doivent être valides. Enfin, pour valider la variable plus de la moitié des catégories

doivent être validées et plus de la moitié des indicateurs doivent l'être aussi. Un tableau de synthèse des résultats est présent en annexe (Cf. Annexe 20). Un test des occurrences doit aussi être réalisé . Pour ce faire, nous relevons le nombre d'apparitions de chaque indicateur (codé 1) au cours de chacun des discours. Puis nous réalisons la somme des occurrences de chaque indicateur sur l'ensemble des discours. L'ensemble de ce codage nous permet de traduire des données qualitatives en données quantitatives (Bardin, 1997). La dernière étape, c'est-à-dire le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation, ne peut pas être réalisé car les entretiens n'ont pas été menés. Cela toujours en raison des conditions sanitaires.

### 13. Discussion

#### 13.1. Intérêts et limites de l'étude

Ce travail de recherche développe une base de connaissances pour la multiplication des interventions en ergothérapie auprès des personnes sans-logement en France. Même si des études sont nécessaires pour avoir des données probantes en ergothérapie dans ce domaine. Ce mémoire peut servir de support pour trouver les informations nécessaires afin de justifier l'ouverture d'un poste d'ergothérapeute en intermédiation locative, dans le « logement d'abord » ou autre structure orientée vers le logement. Ce sujet permet aussi de toucher du doigt le potentiel énorme de l'ergothérapie dans le domaine social. Cependant l'aspect novateur de ce travail nous limite dans la population d'ergothérapeutes à interroger. Pour l'expérimentation, nous avons retiré comme critère de sélection l'utilisation du modèle de l'occupation humaine car il restreint trop la population . Nous testons donc l'utilisation du modèle au moment des entretiens. Par contre, si lors de ceux-ci, le MOH se révèle inutilisé, nous ne pouvons pas affirmer ou fałcifier l'hypothèse. C'est le risque à prendre pour permettre d'explorer une pratique en marge.

#### 13.2. Suggestions pour de nouvelles recherches

Comme évoqué précédemment, il y a énormément de choses à développer dans le domaine social en ergothérapie. L'étude du sans-abrisme nous a permis notamment de toucher du doigt la question des réfugiés et l'ampleur du bouleversement occupationnel qu'ils vivent. Cet aspect peut-être très intéressante à explorer en France. Notamment sur la façon dont le changement brutal de culture, de pays, d'environnement social impacte les occupations et comment les personnes composent avec cela. Et donc comment les ergothérapeutes peuvent les aider à trouver un équilibre entre leur culture et habitudes d'origine et le « nouveau monde » dans lequel elles évoluent. Nous touchons ici, comme pour le sans-abrisme, à la question de promouvoir une justice occupationnelle. En effet, au niveau sociétal il y a beaucoup de débat sur l'intégration des étrangers mais n'y a-t-il pas ici un



enjeu majeur à se questionner sur l'occupation ? Et donc sur l'ergothérapie auprès de cette population ?

### 13.3. Biais des parties pratiques et théoriques

Pour Tétreault et Guillez (2014), « les biais sont des éléments qui limitent l'interprétation et la généralisation des résultats ». Dans notre travail de recherche la plupart des articles étudiés sont en Anglais. Plus particulièrement tous les articles qui explorent les occupations des sans-abri et sans-logement et l'ergothérapie. Cela représente deux principaux biais : un biais d'interprétation et un biais culturel. D'interprétation tout d'abord, car lors de la lecture d'un article, la traduction du document anglais vers le français peut conduire à une compréhension incomplète ou bien interprétée de ce que l'auteur exprime. Culturel ensuite car la gestion du sans-abrisme peut être différent d'un pays à l'autre. Or cette gestion peu impacter les occupations et donc les résultats du travail de recherche. Cependant, pour cet aspect, il semble que les études anglophones soient proche du contexte Français. En effet, les discours des deux ergothérapeutes exerçant en France, interrogées lors de l'enquête exploratoire, rejoignent les informations recueillies dans la littérature.

### 13.4. Transférabilité dans le métier d'ergothérapeute :

Dans la pratique, la compréhension approfondie du MOH, qui n'est pas forcément connu par tous les ergothérapeutes, peut-être transférée. De plus, le lien fait entre ce modèle conceptuel et la situation des personnes sans-logement permet de comprendre quelle utilité il peut avoir. L'intervention auprès de sans-abri dans un premier temps est aussi explorée et peut fournir des éléments pour la pratique en tant qu'ergothérapeute dans ce domaine. De plus pour les ergothérapeutes désirant travailler dans la précarité, ce travail fournit des pistes sur les lieux de développement d'une telle pratique. C'est-à-dire dans les établissements d'insertion orientés vers le logement. Domaine qui plus est, est actuellement en pleine expansion grâce, notamment, au « plan quinquennale 2018-2022 » pour le logement d'abord. Cette recherche permet donc d'étendre les perspective en ergothérapie. (ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités, 2019)

### 13.5. Point de vue éthique du travail de recherche

La population sans-abri et sans-logement est une population qui dérange et qui fascine à la fois, car elle confronte la société à ses peurs et ses limites. En effet, ce sont des conditions de vie qui paraissent incompréhensibles. C'est pourquoi de nombreuses idées circulent à propos de cette population qui vivrait dans la rue « par choix » ou parce qu'ils ont des problèmes psychiatriques. Mais en réalité ce phénomène englobe des personnes avec des caractéristiques et des parcours extrêmement variés. Il questionne la capacité de la société à permettre une vie digne pour tous. Le

sans-abrisme n'est pas un phénomène nouveau et va même en expansion. La société parviendra-t-elle un jour à résoudre le problème de l'itinérance ? Ou bien c'est sa constitution même qui la rend possible ? En effet, c'est le fait que la société existe qui permet d'en être exclu. En temps qu'apprenti chercheur en ergothérapie et praticien ergothérapeute, nous pouvons facilement tomber dans l'écueil de vouloir apporter une pratique ou une perspective « miracle » pour résoudre le sans-abrisme. De même en tant que praticien dans ce domaine complexe, il s'agit d'accepter que donner le meilleur de nos compétences peut ne produire aucun effet . Et trouver l'équilibre entre la volonté de « sauver » à tout prix et la résignation de n'obtenir que très peu de résultat . De même au sein de cette équilibre, il peut être nécessaire d'accompagner un personne dont les choix, nous paraissent incompréhensibles. Comme l'évoque l'ergothérapeute interrogée lors de l'enquête exploratoire (cf. annexe 3 ligne 148-154), nous pouvons accompagner des patients qui vont faire le choix de vendre leur corps, de se droguer etc ... Comment respecter les choix de la personne, tout en la protégeant ? Comment accompagner quelqu'un dont les fondamentaux sont extrêmement différents des nôtres ? Tellement différents qu'ils nous sont parfois incompréhensibles ? Comment permettre une relation la moins asymétrique possible dans ce contexte ? Comment ne pas s'imposer comme « celui qui sait » car sa condition sociale est plus élevée ? Quand lutter contre un choix ? Quand l'accepter ? Comment toujours considérer l'autre dans sa globalité, comme une personne avant tout et ce malgré la multitude de dégradations vécues par la personne ? Le sans-abrisme en lui-même est un phénomène qui remet en question la société. Le fait même de croiser une personne sans-abri dans la rue place les gens devant un dilemme éthique. Faut-t'il lui donner quelque chose ? Cela sert-il à quelque chose de le faire ? Faut il ne rien donner et en même temps accepter de n'apporter aucune aide à une personne dans le besoin ? De même en tant qu'ergothérapeute il n'y a pas de choix parfait pour l'accompagnement de cette population. Ce qui demande une grande humilité et une remise en question permanente.

Le sans-abrisme pose aussi des problématiques éthiques comme celles rencontrées en cette période de confinement. Comment assigner à résidence une personne qui n'a pas de logement ? Comment respecter à la fois la liberté individuelle d'une personne qui ne voudrait pas être hébergée dans un hôtel ou en centre d'hébergement car elle trouve cela trop contraignant, tout en la protégeant de la contraction du virus. Comment, parallèlement, protéger la population générale en évitant que le virus circule via ces personnes là ? Ici encore, la non-conformité du sans-abrisme nous oblige à nous questionner.

## 14. Conclusion

### 14.1. Ce qui été prévu et ce qui a été réalisé

Le premier concept qui a émergé grâce à notre enquête exploratoire est l'approche par les forces. Cependant au cour du travail nous avons observé que cet outil n'était finalement pas vraiment adapté à notre recherche car très spécifique et finalement déjà très intégré dans la pratique en ergothérapie. C'est pourquoi nous nous sommes orientés progressivement vers le MOH. En effet, il prend en compte les forces de la personne. De plus il permet l'accès, le regard de l'ergothérapeute sur beaucoup de points mis en évidence par la littérature pour faciliter la transition au logement. Nous avons donc prévu de décrire cette évolution de notre raisonnement au sein de la partie théorique. Cependant, il nous a tout d'abord semblé plus pertinent de mettre en évidence les liens directs entre le MOH et la transition au logement plutôt que les liens transition au logement-approche des forces puis approche par des forces-MOH. Ensuite nous souhaitons tout de même que cette notion d'approche par les forces apparaisse. Finalement, les contraintes de temps et de nombre de pages ne nous ont pas permis de le développer dans cet écrit.

L'entretien N°1 de l'enquête exploratoire s'est interrompue soudainement au cours de la discussion. Nous avons tenté de rappeler l'ergothérapeute juste après mais elle commençait une réunion. Nous avons donc essayé à plusieurs reprises de convenir d'un autre rendez vous pour terminer l'entretien cependant cela n'a jamais fonctionné. Finalement, nous n'avons donc pu recueillir que les réponses aux deux premières questions de la trame. Néanmoins, les données se sont avérées très enrichissantes malgré tout. Parallèlement, nous avons eu beaucoup de mal à obtenir le formulaire de consentement de l'entretien N°2. Nous avons finalement fait le choix au moment de la retranscription de réaliser une synthèse du discours plutôt qu'un verbatim. En effet, le temps qu'il nous restait avant le rendu était restreint et il s'est avéré que le début du verbatim était difficile à comprendre. Nous avons donc jugé plus pertinent de réaliser une synthèse pour le confort du lecteur et du transcripteur.

### 14.2. Enseignement en tant qu'apprenti chercheur et apport pour notre pratique future

Ce travail a tout d'abord permis de connaître la méthodologie de recherche. Cela accroît notre capacité à avoir un avis critique sur un travail de recherche et de s'appuyer sur des données probantes. Ce sont des compétences qui sont essentielles pour alimenter nos questionnements professionnels et y répondre de la façon la plus rigoureuse possible. La rédaction de ce travail de recherche permet d'apprendre à synthétiser un flot important d'informations pour le rendre accessible et clair. Cette capacité est utile pour réaliser des comptes rendus de la situation d'un patient, souvent complexe elle aussi. Elle permet un gain de temps à la fois pour nous qui rédigeons

et pour la personne qui lit. Ce qui favorise à son tour la possibilité de réaliser le plus systématiquement possible des retours sur ce qui est fait en ergothérapie et ainsi de promouvoir notre rôle au sein de l'équipe. L'exploration d'un domaine peu répandu en ergothérapie ainsi que l'étude des sciences de l'occupation permettent d'approfondir grandement notre identité professionnelle. De plus l'approfondissement du MOH, la découverte du rétablissement et de l'approche par les forces permet de se projeter sur le type de pratique que nous souhaitons avoir. En effet, c'est développer plus tard la volonté d'utiliser ce type d'outils et ces philosophies de pratique dans notre futur exercice professionnel.

## 15. Bibliographie

Aguerre, C. (2017). *Regard croisé sur la santé, le rétablissement et le bien-être : Psychologie positive, psychopathologie clinique et psychologie de la santé*. 38(1), 83-102. <https://doi.org/10.7202/1040071ar>

Amiel, M.-H., Godefroy, P., & Lollivier, S. (2013). *Qualité de vie et bien-être vont souvent de pair*. 1428.

ANFE association nationale française des ergothérapeutes. (s. d.). *Stratégie horizon 2022*.

Bardin, L. (1997) *L'analyse de contenu*. Paris: Edition PUF

Bélangier, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). *Le modèle de l'occupation humaine : Un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux*. 13(1), 8-14.

Bihl, A., & Pfefferkorn, R. (2008). *Les inégalités sociales de santé. N.6 : La santé au prise des sciences humaines et sociales*. <http://www.revue-interrogations.org/Les-inegalites-sociales-de-sante,271>

Christopher, J. C. (1999). Situating Psychological Well-Being : Exploring the Cultural Roots of Its Theory and Research. *Journal of Counseling & Development*, 77(2), 141-152. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1999.tb02434.x>

*Conférence européenne de consensus sur le sans-abrisme : Recommandations politiques du Jury, Bruxelles, 2010*. Commission européenne,.

Constitution de l'organisation mondiale de la santé, Pub. L. Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100, 1 (1946),. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)

Cunningham, M. J., & Slade, A. (2017). Exploring the lived experience of homelessness

from an occupational perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 19-32.  
<https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1304572>

De La Rochère, B. (2003). *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide : Division condition de vie des ménages* (No 893; Insee première). L'Institut national de la statistique et des études économiques.

Code de la santé public. (2016). *Décret relatif aux recherches impliquant la personne humaine*, Pub. L. No. Décret n° 2016-1537, R. 1123-34.

Dépelteau, F. (2010). Chapitre 4 : La préparation du test empirique. In *La démarche d'une recherche en sciences humaines : De la question de départ à la communication des résultats* (De boeck, p. 213-228).

Didier-Courbin, P., & Gilbert, P. (2005). *Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : De la loi de 1975 à celle de 2005*. 207-227.

Doris Pierce. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

*ETHOS - Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*. (2019, mai 30).  
<https://www.feantsa.org/fr/ressource/toolkit/2012/07/12/ethos-typologie-europeenne-de-l-exclusion-liee-au-logement>

FEANTSA Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri. (s. d.). *Logement*. Consulté 12 mai 2020, à l'adresse <https://www.feantsa.org/fr/themes>

Gardella, É., & Arnaud, A. (2018). *Le sans-abrisme comme épreuves d'habiter : Caractériser statistiquement et expliquer qualitativement le non-recours aux hébergements sociaux* [Rapport final]. Observatoire du samu social de Paris.

Ginebre, G., & Rickey, B. (2017). *Le logement d'abord, et après ? : Bilan et propositions pour la généralisation du logement d'abord en France*. Agence nouvelle des solidarités actives.

Heuchemer, B., & Josephsson, S. (2006). Leaving homelessness and addiction : Narratives of an occupational transition. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13(3), 160-169.  
<https://doi.org/10.1080/11038120500360648>

Jackson, D. Y., & Wuillemin, T. (2016). Santé et soins des personnes sans abri. *REVUE MÉDICALE SUISSE*, 5.

Kielhofner, G., & Burke, J. P. (1980). A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.34.9.572>

Lanzaro, M. (s. d.). *Sortir de l'hébergement d'insertion vers un logement social en Ile-de-France : Des trajectoires de relogement, entre émancipation et contraintes*. 574.

Laporte, A., & Chauvin, P. (2010). *Samenta : Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* (p. 227). Observatoire du Samu social. <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925>

*Les sans-domicile en France*. (2018, décembre 9). Ined - Institut national d'études démographiques. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/les-sans-domicile-en-france/>

Lloyd, C., & Bassett, H. (s. d.). *The role of occupational therapy in working with the homeless population : An assertive outreach approach*. 59(1), 7.

Marshall, C. A., Lysaght, R., & Krupa, T. (2018). Occupational transition in the process of becoming housed following chronic homelessness : La transition occupationnelle liée au processus d'obtention d'un logement à la suite d'une itinérance chronique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(1), 33-45. <https://doi.org/10.1177/0008417417723351>

Marshall, C. A., & Rosenberg, M. W. (2014). Occupation and the process of transition from homelessness : L'occupation et le processus de transition de l'itinérance au logement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 330-338. <https://doi.org/10.1177/0008417414548573>

Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux* (Boucherville). Gaëtan Morin Editeur.

MD, A. M., & Submission, H. C. F. (1983). The Philosophy of Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health*, 2(3), 79-86. [https://doi.org/10.1300/J004v02n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J004v02n03_05)

*Measurement of and target- setting for well-being : An initiative by the WHO Regional Office for Europe*, Second meeting (2012) (testimony of Peter Achterberg, José Luis Pr. Ayuso-Mateos, Jane Dr Barrett, Robert Pr. Cummins, Femke de Keulenaer, Martine Durand, Carrie Exton, Nick Fahy, Sigurlaug Hauksdottir, Matilde Leonardi, Conal Smith, & Coen Van Gool).

Meyer, S. (2013). Chapitre 1 : Le projet terminologie de ENOTHE. In *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.

Meyer, S. (2018). *Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie*. 4(2), 16.

Ministère de la cohésion des territoire et des relations avec les collectivités. (2019). *Plan quinquennal pour le logement d'abord*. Dihal (délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement). [https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-09/2019.09.10\\_dp\\_plan\\_quinquennal\\_logement\\_dabord\\_0.pdf](https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-09/2019.09.10_dp_plan_quinquennal_logement_dabord_0.pdf)

MOHO Web. (s. d.). Consulté 28 avril 2020, à l'adresse <https://www.moho.uic.edu/resources/about.aspx>

Morel-Bracq, M.-C. (2009). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). In *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (Solal, p. 69-78).

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Chapitre 2—Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2<sup>ème</sup>, p. 272). De Boeck Supérieur.

*OMS / Handicaps*. (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 27 avril 2020, à l'adresse <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>

Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2006). *MOHOST : outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. De Boeck supérieur.

Pierce, D. (2016). La recherche en science de l'occupation décrivant l'occupation. In *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (De Boeck Supérieur, p. 35-39).

Pleace, N. (s. d.). *Le logement d'abord*. Observatoire européen sur le sans-abrisme FEANTSA.

Poirier, M., Hachey, R., & Lecomte, Y. (2000). L'inquiétante étrangeté de l'itinérance. *Érudit*, 25(2), 9-20. <https://doi.org/10.7202/014449ar>

Polatajko, H., Davis, J. A., & Tsang, A. (2013). On the edge of the possible : Considering homelessness / Aux limites du possible : Envisager le rôle de l'ergothérapie face à l'itinérance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 80(4), 200-202. <https://doi.org/10.1177/0008417413505422>

*Précaires : Annuaire des PASS et outils d'accompagnement*. (s. d.). Consulté 14 mai 2020, à l'adresse <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/precaires-annuaire-des-pass-et-outils-daccompagnement>

*Programme d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes démunies*. (s. d.). Consulté 14 mai 2020, à l'adresse <https://www.paca.ars.sante.fr/programme-dacces-aux-soins-et-la-prevention-pour-les-personnes-demunies>

*PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA*. (s. d.). 6.

Raphael-Greenfield, E. I., & Gutman, S. A. (2015). Understanding the Lived Experience of Formerly Homeless Adults as They Transition to Supportive Housing. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(1), 35-49. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2014.1001011>

Rolland, J. P. (2000). *Le bien-être subjectif : Revue de question*. 1, 5-21.

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are : A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.

<https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>

Schultz-Krohn, W., Drnek, S., & Powell, K. (2006). Occupational Therapy Intervention to Foster Goal Setting Skills for Homeless Mothers. *Occupational Therapy In Health Care*, 20(3), 149-166. [https://doi.org/10.1300/J003v20n03\\_10](https://doi.org/10.1300/J003v20n03_10)

Simon, H. (1929). *Thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*.

Simpson, E. K., Conniff, B. G., Faber, B. N., & Semmelhack, E. K. (2018). Daily Occupations, Routines, and Social Participation of Homeless Young People. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(3), 203-227. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2017.1421491>

Stiglitz, P. J. E. (s. d.). *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*. 324.

Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (Deboeck).

Thomas, Y., Gray, M., & McGinty, S. (2011). A Systematic Review of Occupational Therapy Interventions With Homeless People. *Occupational Therapy In Health Care*, 25(1), 38-53. <https://doi.org/10.3109/07380577.2010.528554>

Vandemark, L. M. (2007). Promoting the Sense of Self, Place, and Belonging in Displaced Persons : The Example of Homelessness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(5), 241-248. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.06.003>

Vanzetti, M., Ensenlaz, X., Jobert, E., Grivet, I., Ngakui, A., & Rivet, A. (2018). Evaluation centrée sur l'occupation. In *Traité de réhabilitation psychosociale* (Elsevier Masson).

Voyer, P., & Boyer, R. (2007). Le bien-être psychologique et ses concepts cousins, une analyse conceptuelle comparative. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 274-296. <https://doi.org/10.7202/014521ar>

Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation : Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>

Williams, S., & Stickley, T. (2001). *Stories from the streets : People's experiences of homelessness*. *Nursing*, 18, 432-439. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01676.x>

WHO (2003). The solid facts (2nd ed.). Retrieved from <http://www.euro.who.int/document/E81384.pdf>. Accessed 10 October 2008.

World Federation of Occupational therapists. (2020, avril 9). *About Occupational Therapy* (<https://www.wfot.org/>). WFOT; WFOT. <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Yaouancq, F., & Duée, M. (2014). *Les sans-domicile et l'emploi : Des emplois aussi*



*fragiles que leurs conditions de vie.* 1494.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281440#documentation>

Yaouancq, F., Lebrère, A., Marpsat, M., Régnier, V., Legleye, S., & Quaglia, M. (2013). L'hébergement des sans-domicile en 2012. *INSEE*, 1455, 4.

Zeidan, J. (2012). Les différentes mesures du bien-être subjectif. *Revue française d'économie*, XXVII(3), 35. <https://doi.org/10.3917/rfe.123.0035>

## 16. Sommaire des annexes

Annexe 1 : Typologie européenne de l'exclusion liée au logement .....	1
Annexe 2 : Trame entretiens enquête exploratoire.....	2
Annexe 3 : Entretien exploratoire N°1 .....	4
Annexe 4 : Formulaire de consentement entretien exploratoire N°1 .....	0
Annexe 5 : Synthèse entretien exploratoire N° 2 .....	0
Annexe 6 : Formulaire de consentement entretien exploratoire N°2 .....	1
Annexe 7 : Schématisation du système par pallier.....	3
Annexe 8 : Schématisation des dispositifs orientés vers le logement .....	3
Annexe 9 : Schéma du bien-être psychologique par (Ryff & Singer, 2008) .....	4
Annexe 10 : Définitions originales des théories du bien-être psychologique .....	4
Annexe 11 : Schéma du modèle de l'occupation humaine d'après le Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine – CRMOH.....	5
Annexe 12 : Illustration des niveaux de l'agir d'après le manuel du MOHOST .....	5
Annexe 13 : Mail type envoyé aux centres médicaux psychologiques pour le recrutement des participants .....	6
Annexe 14 : Questionnaire à diffusion large transmis sur le réseau social Facebook pour le recrutement des participants.....	6
Annexe 15 : Matrice théorique de la variable indépendante .....	0
Annexe 16 : Matrice théorique de la variable dépendante : le bien-être psychologique.....	2
Annexe 17 : Tableaux de construction des questions en lien avec les matrices théoriques.....	4
Annexe 18 : Trame d'entretien.....	0
Annexe 19 : Tableau de synthèse des éléments retenus par entretien.....	3
Annexe 20 : Tableaux de codage .....	5

## Annexe 1 : Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

## ETHOS 2007 Typologie européenne de l'exclusion liée au logement

L'exclusion liée au logement est un des problèmes de société traités dans le cadre de la Stratégie européenne pour la protection et l'inclusion sociale. La prévention de l'exclusion liée au logement et la réintégration des personnes sans domicile sont des questions qui nécessitent une connaissance des parcours et trajectoires qui mènent à de telles situations de vie.

FEANTSA, Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri, a développé une typologie de l'exclusion liée au logement appelée ETHOS (European Typology on Homelessness and housing exclusion).

La typologie part du principe que le concept de "logement" (ou "home" en anglais) est composé de trois domaines, dont l'absence pourrait constituer une forme d'exclusion liée au logement. Le fait d'avoir un logement peut

être interprété comme: avoir une habitation adéquate qu'une personne et sa famille peuvent posséder exclusivement (*domaine physique*); avoir un lieu de vie privée pour entretenir des relations sociales (*domaine social*); et avoir un titre légal d'occupation (*domaine légal*). De ce concept de logement sont dérivées quatre formes d'exclusion liée au logement: être sans abri, être sans logement, être en situation de logement précaire, être en situation de logement inadéquat - des situations qui indiquent toutes l'absence d'un logement. ETHOS classe donc les personnes sans domicile en fonction de leur situation de vie ou de logement ("home"). Ces catégories conceptuelles sont divisées en 13 catégories opérationnelles qui peuvent être utiles sur le plan de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation de politiques de lutte contre l'exclusion liée au logement.

	Catégorie opérationnelle	Situation de vie	Définition générique
SANS ABRIS	1 Personnes vivant dans la rue	1.1 Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
	2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1 Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1 Foyer d'hébergement d'insertion 3.2 Logement provisoire 3.3 Hébergement de transition avec accompagnement	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	4.1 Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
	5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1 Logement provisoire/centres d'accueil 5.2 Hébergement pour travailleurs migrants	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
LOGEMENT PRÉCAIRE	6 Personnes sortant d'institutions	6.1 Institutions pénales 6.2 Institutions médicales (*) 6.3 Institutions pour enfants / homes	Pas de logement disponible avant la libération Reste plus longtemps que prévu par manque de logement Pas de logement identifié (p.ex. au 18 <sup>e</sup> anniversaire)
	7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	7.1 Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées 7.2 Logement accompagné pour ex-sans-abri	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans-abri (normalement plus d'un an)
LOGEMENT INADÉQUAT	8 Personnes en habitat précaire	8.1 Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis 8.2 Sans bail de (sous-)location 8.3 Occupation illégale d'un terrain	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement Occupation d'une habitation sans bail légal Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal
	9 Personnes menacées d'expulsion	9.1 Application d'une décision d'expulsion (location) 9.2 Avis de saisie (propriétaire)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels Quand le prêteur possède un avis légal de saisie
	10 Personnes menacées de violences domestiques	10.1 Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques
LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1 Mobile homes 11.2 Construction non conventionnelle 11.3 Habitat provisoire	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel Abri, baraquement ou cabane de fortune Baraque ou cabane de structure semi permanente
	12 Personnes en logement indigne	12.1 Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction
	13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1 Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.  
Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

(\*) Inclut les centres de désintoxication, les hôpitaux psychiatriques, etc.



Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le 5<sup>e</sup> bilan de statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe (Edgar et Meert) sur le site de la FEANTSA [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org).

La FEANTSA est soutenue financièrement par la Commission européenne. Les opinions exprimées sont celles des intervenants, la Commission n'est pas responsable de l'utilisation des informations qui sont incluses dans le présent dossier.

Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri AISBL

**FEANTSA** European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Bruxelles ■ Belgique ■ Tél.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ [office@feantsa.org](mailto:office@feantsa.org) ■ [www.feantsa.org](http://www.feantsa.org)

## Annexe 2 : Trame entretiens enquête exploratoire

Nom :
Prénom :
Date de l'entretien :
Accord signé pour enregistrement : oui _____ non _____

*Présentation :*

Bonjour, je suis Victoire Lanternier, Etudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie. Je réalise aujourd'hui cet entretien avec vous dans le cadre de mon mémoire de recherche. Les informations que vous allez me transmettre sur votre pratique (ainsi que celles récoltées auprès d'autres ergothérapeutes) vont me permettre de préciser ma question de recherche. Celle-ci s'axe actuellement sur le rôle de l'ergothérapie auprès des personnes sans-abris et des apports de l'occupation pour cette population. En effet de nombreux articles mettent en évidence les situations de privations occupationnelles que vivent les personnes itinérantes et le retentissement de cette privation sur leurs santé physique et psychologique que ce soit pendant la période d'itinérance ou après celle-ci. Cependant il est nécessaire pour moi de croiser ces informations provenant de la littérature avec des données observées sur le terrain.

*Objectifs de l'entretien :*

- Réaliser le portrait de la population des sans-abris
- Identifier les enjeux de la prise en charge ergothérapeutique auprès de cette population
- Identifier la pratique actuelle de l'ergothérapie auprès de cette population
- Identifier quel domaine est le plus pertinent d'étudier pour la recherche : transition au logement, SPT, rôle de l'occupation dans la phase de stabilisation, impact de l'occupation sur la santé des sans-abris en général, exploration du concept de transculturalité ? Autre ?

*Consignes*

Les données récoltées lors de cet entretien sont confidentielles. Le rapport ne mentionnera pas de données permettant de vous identifier.

Vous êtes libre de répondre à une question ou non. Vous pouvez m'interrompre à tout moment, si vous le souhaitez. Vous pouvez poser des questions si vous souhaitez clarifier certains points.

Enfin ce sont vos expériences et votre opinion qui m'intéresse.

*Pouvez-vous me décrire ce que vous connaissez des personnes sans-abris ?*

- Troubles psy ? proportion ?
- Différence de mœurs / culture ? → Importance et impact de celle-ci ?
- Fonctionnement ?
- Regard d'ergo → Privation occupationnelle ?
- Principales problématiques de cette pop ?
- Classification ?

*Dans quel cadre les avez-vous suivis ?*

- Difficulté d'accès au soin ?
- Réticence vis-à-vis des institutions ?
- Moment du retour à domicile ?
- Quel cadre serait intéressant pour un ergo ?

*Pouvez-vous me décrire votre intervention auprès de cette population ?*

- Qu'est ce qui diffère d'une PEC classique ?
- Quels sont les domaines visés ? occupation, relogement, SPT, séquelles liées à la rue ?
- Principales problématiques de cette pop ?
- Points importants dans son accompagnement ?
- Rôle de l'ergo ?
- Place de l'occupation ?

*Quelles sont les perspectives en ergothérapie auprès de cette population ?*

## 1 Annexe 3 : Entretien exploratoire N°1

Nom : Vivier
--------------

Prénom : Lucie
----------------

Date de l'entretien : 10 octobre 2019
---------------------------------------

2 Accord signé pour enregistrement : oui

3 **Pouvez-vous me décrire ce que vous connaissez des personnes sans-abri**

4 C'est vrai qu'une personne, c'est pas l'autre hein. Du coup chaque individu a sa propre histoire  
 5 de vie, ses propres forces et ressources, ses difficultés. Donc c'est un peu difficile de de de de  
 6 faire un tableau très global. Après, nous, les personnes qu'on voit c'est des personnes qui vont  
 7 pas être forcément en demande de soins mais au moins en demande d'aide sociale Parce qu'il y  
 8 a des personnes qui ne souhaitent pas du tout avoir de contact avec... que ce soit avec les CCAS  
 9 ou les foyers d'hébergement d'urgence donc ces personnes là elles sont uniquement vues lors  
 10 de ce qu'on appelle les maraudes. Donc : la Croix Rouge, médecins du monde. Auprès des  
 11 camions éventuellement s'ils viennent au moins chercher un sandwich mais nous à l'EMPP on  
 12 vas pas forcément voir ces personnes là. Donc je ne pourrai pas décrire une partie de la  
 13 population qu'on va appeler vulgairement « les punks à chiens ».

14 **Donc ces personnes là ne fréquentent jamais les centres d'aides qu'ils soient ?**

15 Non car déjà ils ont des chiens. Il y a très peu de centres accessibles . A Rouen en tout cas, il  
 16 en a pas. Donc ils peuvent pas, ils ne peuvent pas aller dormir avec leur chien dans les foyers  
 17 d'hébergement d'urgence donc ils y vont pas. Moi j'en connais quelques-uns parce qu'ils ont,  
 18 ils ont leur chien après, en fait, sur le tard. Du coup je les croisais auparavant quand ils  
 19 bénéficiaient de ces aides là, mais depuis qu'ils ont des animaux par exemple, ils ne viennent  
 20 plus ou alors très très rapidement ils laissent leur chien dehors pour prendre un café et puis ils  
 21 sortent directement. Donc ça c'est des personnes qu'on, qu'on voit peu. Qu'on connaît pour  
 22 certaines mais pas toutes, il y en a qui sont complètement réfractaires à toute forme  
 23 d'accompagnement quelqu'il soit.

24 **Quelle est la proportion des personnes qui ne fréquentent pas les centres ?**

25 C'est vraiment difficile à évaluer, ils sont quand même assez nombreux, mais je ne saurai pas  
 26 dire, franchement si on avait une moyenne nationale il faudrait fouiller dans les chiffres mais  
 27 c'est un travail que je n'ai pas fait.

28 **Est-ce une minorité ou une majorité ?**

29 Comme je ne les vois pas c'est dur de les évaluer. Mais je sais qu'ils sont quand même assez  
 30 nombreux parce que je suis en lien avec les autres assos locales et les maraudes. Après je ne

31 pense pas que ce soit la moitié non plus mais peut-être un quart mais je peux dire n'importe  
32 quoi. Je sais qu'ils sont relativement nombreux car cela occupe bien les maraudes mais je ne  
33 pourrai pas te dire un nombre exact. Donc voilà, donc voilà, j'avoue que décrire cette  
34 population là, à part te dire que le fait d'avoir des animaux, dans la ville de Rouen en tout cas,  
35 c'est problématique pour se loger. Après qu'ils le veulent ou pas ça je ne saurai pas dire  
36 puisqu'il y en a qui refusent les accompagnements. Donc voilà, donc cette population là tu  
37 l'écartes parce que j'en croise très peu. Après on voit de plus en plus de jeunes à la rue qui  
38 sortent de l'aide sociale à l'enfance. Donc beaucoup de jeunes qui deviennent majeur en fait et  
39 qui suite à leur majorité n'ont pas de dispositif d'accompagnement adulte. Ouais, donc euh,  
40 voilà on croise ces jeunes là. De plus en plus nombreux hein, moi je croise de plus en plus de  
41 jeunes. Donc il y a des moins jeunes qui ont « des accidents de la vie » donc ça ça se rapporte  
42 à de la précarité logée aussi hein. On a par exemple, pour faire un monsieur il était ingénieur et  
43 puis un jour il a eu un accident de travail. Et depuis au fil des années il a fini par ne plus toucher  
44 l'allocation adulte handicapé donc il se retrouve, il passe de 3000 à 800€ donc ça fait une  
45 sacrée différence au niveau financier. Donc voilà niveau précarité. Il y en a d'autres c'est suite à  
46 de ces parcours un peu classiques, qu'on entend souvent dans les médias. Donc rupture  
47 sentimentale, perte de proches, perte d'un travail. Du coup, le chômage il ne dure pas  
48 éternellement, donc après on se retrouve avec un RSA. Et puis ...et puis y'en a qui font des  
49 dépressions, qui tombent dans les addictions. Ça fait un peu cliché dit comme ça, mais ça existe  
50 vraiment et on les retrouve dehors. Donc c'est les accidentés de la vie. Je sais pas comment on  
51 peut dire. En gros, en gros voilà, ils ont pas eu de chance. Après il y a des gens qui ont des  
52 formations, des diplômes et qui ont des difficultés du à la conjoncture économique. Il y a  
53 beaucoup de... On a beaucoup de gens qui ont des CAP boulangerie/ pâtisserie. Il y a beaucoup  
54 de cuisinier en fait et du coup il va pas forcément réussir à se faire embaucher à trouver du  
55 travail. Tu en as de l'intérimaire qui font les boîtes d'intérim tous les matins mais ne trouvent  
56 pas forcément du boulot. Parce qu'après à cause de leur situation précaire ils ont pas de moyen  
57 de déplacement forcément. Heu... sinon, et comme ils sont jeunes, qui viennent de la rue, et bah  
58 ils ont pas le permis de conduire. Donc c'est un peu un cercle vicieux pour certaines personnes.  
59 Bon les personnes qui ont des dépendances. Un petit peu addiction à l'alcool ou aux drogues  
60 donc voilà. Donc tout l'argent passe là-dedans, c'est difficile de le dépenser autrement dans les  
61 logements ou autre. Et puis beaucoup de migrants, comme je le disais tout à l'heure, demandeurs  
62 d'asiles. Ils ont pas tous des places en CADA on essaye bien sûr, de les loger, mais tout le  
63 monde n'a pas de place. Et des déboutés du droit d'asile aussi une personne dont la demande

64 d'asile a été refusée donc plus de place en en CADA donc non voilà un peu. Mais ce qui est  
65 assez flagrant c'est la part des jeunes qui augmente du coup dans la rue, donc voilà. 20 ans, 20  
66 ans oui il y en a pas mal des jeunes de 20 ans. Je sais pas les plus jeunes ? Ouais 18-20 ans on  
67 commence déjà à les voir. On a la plus jeune de Rouen je crois qu'elle a 16 ou 17 ans. Après sa  
68 structure est psychotique donc du coup vraiment dans un truc délirant. Mais il y en a c'est pas  
69 du tout du délire, c'est juste ,c'est juste pas de bol dans la vie quoi. L'aide sociale à l'enfance  
70 aussi, il n'y a pas de place pour tout le monde. Et bien c'est quand on a un parcours de foyers  
71 d'accueil de rupture continue dans l'attachement ben ça fait pas forcément du bien hein.  
72 Donc voilà après on les retrouve à la rue. On voit plus, enfin moi ,je vois plus d'hommes que  
73 de femmes. Après il y en a aussi. Il y a des enfants aussi normalement les enfants ne sont pas  
74 censés dormir dehors mais il y en a. Il a des bébés qui dorment dehors avec leur maman. Donc  
75 voilà on voit vraiment de tout.

76 Donc en fait il y a un système de mise à l'abri. Je sais pas si t'as déjà vu ça. Donc c'est des  
77 priorités qui sont mises en fonction de la situation de la personne. Donc ça va des priorités 3 à  
78 priorité 1. Donc priorité 1 la priorité la plus urgente. Donc ça en général, quand les gens ont  
79 une priorité très urgente, c'est soit qu'ils souffrent d'une maladie très grave qui sont très  
80 vulnérables dehors. Où il y a beaucoup de femmes en fait, qui bénéficient de la priorité NT1,  
81 on va l'appeler. Parce que la femme est très très vulnérable à la rue. L'homme aussi hein. Mais  
82 la femme d'autant plus que l'homme au niveau des agressions sexuelles notamment. Euh donc  
83 euh voilà il y a des niveaux de priorité en tout cas qui sont mises en fonction du profil de la  
84 personne. Donc la priorité NP1, elle doit être vraiment être justifiée. Donc les personnes qui  
85 sont MP 3 souvent elles vont avoir une mise à l'abri de 3/4 nuit. Alors c'est pour la ville de  
86 Rouen hein. Je sais qu'à Dunkerque, par exemple, ce sera pas la même prise, ce sera pas le  
87 même rythme. Mais en tout cas pour la ville de Rouen on peut arriver à .. Là j'ai un monsieur  
88 il a 4 nuits tous les 10 jours à peu près. 3/4 nuit tous les 10 jours. Il dort 3 nuits, il a 10 jours, il  
89 redort 3 nuits, il a 10 jours.

90 **Donc ils ont un quotas en fait ?**

91 Ben en fait c'est en fonction du nombre de places . Là en ce moment c'est tellement blindé les  
92 foyers que que Bhen ils n'ont pas de place donc ils dorment dehors pendant 10 jours après ya  
93 niveau 3 mis à l'abri et il redort dehors pendant 10 jours et il a 4 nuit. Voilà donc c'est vraiment  
94 en fonction des places de 115 puis le 115 est très difficilement joignable. Donc des fois il me  
95 racontait qu'il essayait, qu'il essayait, qu'il essayait mais qu'à un moment il abandonne parce  
96 qu'il arrive à avoir personne.



97 **Cela a une influence sur la précarité d'être remué entre ces différentes situations ?**

98 Ah bah oui, non, du coup ils peuvent, ils peuvent un peu rien faire entre guillemets. Parce que  
 99 en plus déjà quand tu as une mise à l'abri tu dois être dans un foyer vers 17h30 18h. Je crois,  
 100 ça dépend, je crois que c'est 17h30 en ce moment. Ils doivent être à la porte du foyer. Donc si  
 101 quelqu'un travaille dans un restaurant, par exemple, à 17h30 il peut pas. Il peut pas être à la  
 102 porte du foyer s'il a pas de logement. Donc voilà. Et puis le lendemain, ils sortent vers 7h30 je  
 103 crois ou plus tôt. Donc voilà. Mais quand ils dorment à la rue, il faut... Alors y a des douches  
 104 municipales mais il n'y en a pas 10 000. Il faut un bon pour aller se doucher. il faut... Enfin  
 105 voilà c'est beaucoup de contraintes aussi qui font que pour avoir un certain type de travail, je  
 106 pensais à l'hôtellerie/restauration. Parce qu'on en a pas mal qui sont dans ce cette situation là.  
 107 C'est hyper compliqué en fait de se rendre sur son lieu de travail quand, euh, bah on dit que si  
 108 on va travailler finalement on va peut être devoir dormir à la rue. Donc on préfère peut-être  
 109 avoir une chambre. Il y en a qui vont pas être propre parce qu'on a pas forcément réussi à aller  
 110 se doucher. Donc va aller en cuisine alors que t'es crado. Enfin c'est pas bien vu quoi ...

111 **Donc il y a quand même une proportion qui travaille malgré le fait d'être dans la rue ?**

112 Oui. C'est souvent des missions d'intérim qu'ils font. Donc des remplacements ou les missions  
 113 plus ou moins longues parce que tu sais le salaire il vient qu'à la fin du mois donc déjà le  
 114 premier mois. Moi j'en ai eu un. Un monsieur, en fait il avait une voiture. Donc il dormait dans  
 115 sa voiture ou dans sa tente. Donc des fois il se cachait et il dormait dans sa tente. Et tous les  
 116 matin il était à la boîte d'intérim pour chercher du boulot. Et il a trouvé un boulot à 25 kilomètres  
 117 de Rouen. Sauf qu'il n'avait pas assez d'argent pour mettre de l'essence dans sa voiture donc il  
 118 se levait tous les jours vers 3h pour se rendre au travail. Donc il faisait tous les jours ses 3/4h  
 119 de marche nocturne pour arriver sur son lieu de travail pour prendre son poste. Et il faisait ses  
 120 25km kilomètres pour revenir à sa voiture ensuite. il faisait 50 kilomètres par jour à pied pour  
 121 aller au travail . Donc voilà pour avoir un peu de sous. Donc voilà, je ne sais pas ce qu'il est  
 122 devenu car je n'ai pas eu de nouvelles depuis mais j'imagine que pas de nouvelles, bonnes  
 123 nouvelles. J'espère en tout cas. En tout cas il a trouvé une mission d'intérim. Donc j'espère  
 124 qu'il a trouvé un travail plus pérenne et que ça lui a permis de prendre un petit studio.

125 Tu sais aujourd'hui c'est hyper compliqué hein je pense que tu t'en rends compte aussi. Il faut  
 126 10 000 garants. Il faut avoir un salaire 3 fois supérieure au loyer. Il faut... Donc quand on est  
 127 en situation précaire des fois c'est pas évident, des logements sociaux en a pas 36 000 non plus.  
 128 Donc c'est tout le travail des assistants sociaux et des tuteurs pour ceux qui sont sous tutelle.  
 129 Voilà leur trouver un logement. C'est le parcours du combattant quoi.

130 **En lien avec ce que vous dites. Il existe un modèle qui propose de loger en premier lieu les**  
 131 **personnes « Housing first ». Qu'en pensez vous ?**

132 C'est vrai que le logement c'est quand même central dans le parcours de ces personnes là. Toi  
 133 qui est à Toulon tu peux te rapprocher des équipes marseillaises qui travaillent sur le modèle  
 134 Housing first. Je crois qu'il le font pas mal en psychiatrie. Et ils se rendent compte  
 135 qu'effectivement quand on accompagne quelqu'un qui a un logement versus quelqu'un qui est  
 136 à la rue, ça n'a rien à voir. Il y a quand même une sécurité. Parce qu'il faut savoir aussi c'est  
 137 que la rue, c'est hyper anxiogène, c'est dangereux, c'est ... On se rend pas compte de ce que  
 138 c'est mais. Moi j'ai un petit jeune, maintenant ça va car il est logé de façon plus pérenne dans  
 139 des foyers. Mais avant il me disait que lui la nuit il ne pouvait pas dormir. Et qu'il marchait  
 140 toute la nuit, toute la nuit car il avait trop peur de se poser quelque part. Du coup il marchait  
 141 jusqu'à ce que le jour se lève. Il faisait que marcher dans la rue et quand il croisait des personnes  
 142 qu'il connaissait il essayait de rester avec eux. Mais il était tout le temps sur le « qui-vive. » Ca  
 143 créait beaucoup d'angoisse et de fatigue. Après dans la journée il faut faire autre chose que  
 144 dormir. Il y a un rythme qui est complètement bouleversé inversé. Moi quand je vais dans les  
 145 restaurants sociaux, dans les accueils de jour spécialisés, il y en a beaucoup qui dorment, en  
 146 fait. Ou qui me disent (car je propose des activités dans ces structures là) qu'ils ont hyper envie  
 147 de le faire mais qu'ils sont trop crevés des fois. Ou alors ils vont me dire « est ce qu'on peut y  
 148 aller molo aujourd'hui car je suis vraiment pas en forme » « j'ai marché toute la nuit » ou « j'ai  
 149 trop mal dormi j'étais dans un squat » ou « je me suis retrouvé à dormir dans le hall d'un  
 150 immeuble ». Du coup il sont naze quoi. Et puis ça crée de l'angoisse tout le temps. Je vois il y  
 151 a des filles aussi, elle c'est pire que pour les garçons car elles ont peur de se faire agresser. Et  
 152 il y en a même. Moi j'en vois une, tu as l'impression que pour elle l'agression sexuelle,  
 153 maintenant, c'est presque eu.. normal.. Elle vend presque son corps pour avoir un logement. La  
 154 dernière fois elle a du prendre de l'héroïne pour dormir chez le mec en question. Ca crée des  
 155 ambiances très bizarre . Et puis même, elle, au niveau de sa personnalité. Elle est complètement  
 156 troublée hein évidemment. Des fois on a du mal à la suivre elle se fait beaucoup de mal. On  
 157 comprend pas toujours pourquoi. C'est hyper complexe. C'est vraiment très très complexe.

158 **Au niveau des troubles psychiatriques. Les études avancent le chiffre d'1/3. Vous, sur le**  
 159 **terrain, parmi les personnes que vous rencontrez, qu'en est-il ?**

160 Oui, on en croise vraiment beaucoup. Alors que ce soit des ... Alors il y a deux formes. Il y a  
 161 ceux qui sont à la rue parce qu'ils ont des troubles psy. Donc des personnes souvent  
 162 psychotiques. Ou qui sont tombées dans l'alcool ou dans la drogue suite à des accidents de la

163 vie ou parce qu'ils ont commencé un jour et qu'ils ont pas réussi à arrêter. Et il y a les personnes  
164 qui développent des troubles psy parce qu'ils sont à la rue. Donc oui on en voit beaucoup, avec  
165 des troubles psy mineurs ou majeurs.

166

167 **Dans quel cadre les avez-vous suivi ?**

168 Je dépends de l'hôpital psychiatrique justement. Je suis dans une équipe mobile qui est  
169 spécialisée dans l'accompagnement des personnes précaires. Donc c'est-à-dire que nous on va  
170 vers les gens. On propose des soins et du soutien psychologique. C'est dans ce cadre-là que  
171 moi j'interviens. Donc après faire de de l'accroche au soin. Moi je propose des activités pour  
172 faire de l'accroche aux soins et pour travailler sur tout ce qui est revalorisation. Permettre aux  
173 gens d'avoir des activités tout simplement. Donc un restructuration à faire au quotidien.  
174 Simplement proposer quelque chose qui leur change les idées aussi. Et faire une évaluation  
175 psychiatrique en activité.

176 **Donc finalement, vous êtes assez accés sur l'aspect psychiatrique ou pas forcément ?**

177 J'accepte tout le monde. Après comme je dépends de l'hôpital psy, je suis obligée de remplir  
178 ces attentes là. Mais moi je suis plutôt dans une démarche, à proposer l'activité à n'importe qui  
179 et de toute façon on travaille beaucoup sur l'estime de soi, la revalorisation, la prise de plaisir,  
180 la productivité. Il y a un monsieur par exemple il a trouvé un travail là récemment. Il était un  
181 peu triste de perdre sa situation mais rien de ... pas psychotique, pas bipolaire, pas de maladie  
182 psychiatrique particulière. Mais lui il vient pour se tester par exemple. Pour se dire : « est ce  
183 qu'après le travail je serai capable de cuisiner chez moi ? » « à j'ai besoin de l'ergothérapeute  
184 pour qu'elle me supervise si jamais je me sens un peu défaillant » ou « qu'elle me donne des  
185 astuces pour m'organiser... dans ma cuisine ... chez moi » . Il est en situation précaire mais logé  
186 ce monsieur là . Donc ils viennent aussi parfois se tester, voir s'ils sont toujours capable. Moi  
187 je trouve que les ateliers ça permet aussi de créer le lien sociale. On recrée du lien entre les  
188 personnes. Une harmonie entre les personnes.

189 **Donc vous ne les rencontrez pas dans la rue ? Vous allez dans les centres d'hébergement ?**

190 Oui mais c'est pas systématique en fait. On peut rencontrer les gens dans la rue aussi hein. Des  
191 fois on peut discuter avec les gens dans la rue. Mais c'est pas systématique. Des fois ils viennent  
192 à l'EMPP pour participer à l'activité. Je fais des bilans aussi pour le relogement des personnes.  
193 Donc pour évaluer et expliquer un peu quel type de logement serait le plus adapté pour le profil  
194 de la personne. Ca fait parti de mes missions pour ceux qui ont un suivi psy et qui viennent à  
195 L'EMPP

NB : EMPP : Equipe mobile psychiatrie-précarité

## Annexe 4 : Formulaire de consentement entretien exploratoire N°1



**RÉGION  
SUD**  
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

N° de déclaration d'activité  
**93.83.04918.83**  
Cet enregistrement ne vaut pas  
agrément de l'Etat

**FINESS EJ** : 83 000 904 9  
**FINESS ET** : 83 000 383 6  
**SIRET** : 330 016 561 000 24  
**Code APE** : 8412Z  
**DATADOCK** : 0014425  
**DPC** : 1073

**Siège administratif**  
32 av. Becquerel  
ZI Toulon Est  
83130 La Garde

**La Garde**

**Site Becquerel**  
32 av. Becquerel  
ZI Toulon Est  
R.P. 074  
83079 TOULON Cedex 9  
Téléphone : 04 94 14 72 14  
Télécopie : 04 94 14 72 12

**Espace André**  
401B chemin des Plantades  
Espace André  
83130 La Garde  
Téléphone : 04 94 58 58 22

**Université de Toulon**  
Campus de La Garde  
Bâtiment S - RDC  
CS 60584  
83041 TOULON Cedex 9  
Téléphone : 04 22 07 00 58

**Site Les Asphodèles**  
Résidence. Les Asphodèles  
150 Allée Auguste Picard  
83130 La Garde  
Téléphone : 04 94 00 23 80  
Télécopie : 04 94 00 23 89

**Draguignan**  
102 avenue Alphonse GILLET  
83300 DRAGUIGNAN  
Téléphone : 04 94 60 44 75  
Télécopie : 04 90 60 46 95

**St Raphaël/ Fréjus**  
200 av. Victor Sergent  
CS 50142  
83707 St Raphaël CEDEX  
Téléphone : 04 98 11 38 60  
Télécopie : 04 98 11 39 69

**Brignoles**  
Centre Municipal de Tir A L'Arc  
Quartier Saint Lazare - Les Adrets  
83170 Brignoles  
Téléphone : 04 94 78 57 93  
Télécopie : 04 94 78 54 36

**Site internet**  
<http://www.ifpvps.fr>



### Groupement de Coopération Sanitaire de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

#### Lettre d'information et formulaire de consentement

##### Personnes responsables de l'étude :

*Nom de l'étudiant, son statut, son tél., son mail :*  
Lanternier Victoire, étudiante en 3<sup>ème</sup> année IFE de Toulon, 065890599,  
victoire.lanternier@gmail.com

*Nom du référent méthodologique, son statut, son tél., son mail :*  
Terrien Veronique, Formatrice,  
Veronique.terrien@ifpvps.fr

*Nom du référent professionnel, son statut, son tél., son mail*

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

##### Présentation de l'étude et de ses objectifs :

*Exposer les objectifs de votre étude.*

##### Nature et durée de votre participation:

*Donner la nature de la participation (entretien, observation....) et la durée (20 minutes maximum pour un entretien)*  
Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer/filmer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit filmé / enregistré ?

OUI  NON *Rayer les mentions inutiles*

##### Avantages concernant votre participation

*Décrire les avantages de leur participation à votre travail de recherche*

##### Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

*Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien/observation*

##### Retrait de la participation:

*Votre participation à l'entretien/l'observation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) verbalement ou par écrit. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.*

**Confidentialité :**

Les données recueillies au cours de l'entretien/observation seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

**Clause de responsabilité :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

**Information sur le projet de recherche :**

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

**Personnes-ressources :**

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter Mme TERRIEN, responsable de filière ergothérapie, par courriel : veronique.terrien@ifpvps.fr

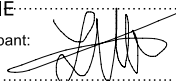
**Signatures requises :**

**Pour le parent ou tuteur du participant mineur**

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

.....**WIER LUCIE**.....


Signature du participant: 

Date : .....**25/01/20**..... Téléphone (jour) : .....**0685208483**.....

**Pour l'étudiant (e) :**

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.

Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) : 

Date : ...**10/10/2019**.....

## 1 Annexe 5 : Synthèse entretien exploratoire N° 2

Nom : De Chassey
------------------

Prénom : Agathe
-----------------

Date de l'entretien : 10 octobre 2019
---------------------------------------

2 Accord signé pour enregistrement :

3 **Expérience du professionnel :**

4 Son expérience auprès des personnes sans-abri est ancienne. Elle travaille actuellement avec des  
5 mineurs. Elle a créé une association pour les personnes à la rue au sein d'un CHU. Elle est également  
6 intervenue auprès des jeunes itinérants en Amérique latine. Elle était ergothérapeute-animatrice dans  
7 un CHU et CHRS. Ce dernier proposait un logement temporaire dans des endroits plutôt invisibles  
8 pour que les personnes ne soient pas discriminées. En effet dans ces centres il y avait également des  
9 travailleurs pauvres qui avaient des expériences professionnelles peut valorisantes et ne  
10 correspondant pas vraiment à leurs compétences. Elle mettait en place sur des « espaces libres »  
11 (samedi, dimanche : lorsque ces personnes ne travaillent pas) des ateliers d'ergothérapie avec un  
12 cadre culturel très libre. Y était réalisé principalement des collages et des transformations de  
13 matériaux de récupération en objets. L'objectif est de passer du « laid » à quelque chose de « beau »  
14 dans un but de vente pour que les personnes accompagnées puissent gagner un peu argent.

15

16 **Description de la population**

17 En se basant sur la Pyramide de Maslow elle décrit les besoins fondamentaux : se nourrir, être en  
18 sécurité physique, être à l'abri. La personne sans-abri est une personne qui a besoin de cette sécurité  
19 physique surtout la nuit mais qui ne peut la satisfaire. C'est une personne qui n'a pas cette sécurité  
20 physique dans un espace concret comme avoir un toit sur la tête pendant la nuit. La nuit est un  
21 moment clé car symbole du lâcher prise de l'être humain, l'absence de cette sécurité les met en  
22 danger et les rend plus vulnérables par rapport au froid. La personne sans abri est une personne avant  
23 tout ! Avec son histoire, son parcours et une fragilité d'estime de soi (renforcé par la situation d'être  
24 toujours en position de demande d'aide). Ainsi, dans sa pratique cette ergothérapeute a mis en place  
25 un cadre où les intervenants ont besoin des personnes sans-abri : cela change tout.

26 Certaines personnes sont dans la rue mais ont quand même une stabilité affective. Cela dépend  
27 néanmoins des personnes car le regard de la société peut avoir un impact important sur celles-ci.  
28 Mais son expérience en Amérique Latine lui montre qu'il peut y avoir cette stabilité. Par exemple  
29 pour ceux qui ne tombent pas dans l'addiction l'estime de soi n'est pas si fragile que ça. L'itinérance

30 est un parfois un choix, dans lequel se trouve des bénéfiques. Même si le fait de se sentir stable dans  
31 cette situation montre quand même une certaine insécurité.

32 Cependant ces personnes ne sont pas toujours autant insécurisées que ce qu'elles en ont l'air, elle ne  
33 sont pas forcément des personnes fragiles. La situation d'itinérance peut-être un choix car elle a  
34 permis à ces personnes de se défaire d'une situation parfois bien plus compliquée, bien que sous un  
35 toit. On trouve ici la quête de la liberté et beaucoup de joie aussi. C'est la liberté de la personne et  
36 son degré de satisfaction qui sont important et certains étaient satisfait de leur quête. La situation  
37 leur convenait donc. Par ailleurs, les conditions d'accueil dans les hébergements dégradent encore  
38 plus les situations. Dans la rue il existe un choix et dans les hébergements on leur rappelle que leur  
39 quête ne vaut rien et là l'estime de soi est détruit.

40 La posture en temps que thérapeute est complexe. Car en venant en aide à quelqu'un on peut  
41 diminuer son estime de soi, on cherche à répondre à ses besoin mais en fait ça ne correspond pas  
42 forcément à ce qu'il cherche. Et dans ce cas on mésestime sa quête.

43 On a besoin de connaître leur mode de vie pour les aider au mieux, savoir d'où ils viennent. Il faut  
44 faire un questionnaire de vie beaucoup plus approfondi. L'occupation est nécessaire pour récolter  
45 ces informations car les mots ne viennent pas si facilement, certaines cultures sont plus « non  
46 verbales ». Parfois, pour les questionnaires standard les personnes n'ont pas le temps de comprendre  
47 la question que la réponse est déjà notée. Ou bien cela peut ne pas correspondre à leur façon de  
48 communiquer, de penser. Ces personnes sont mieux dans l'action. C'est à ce moment là que l'on  
49 sera plus à même de faire un diagnostic de leurs besoins.

50

### 51 **Principales problématiques vécues pas cette population :**

52 Ne pas pouvoir être en sécurité la nuit. Pouvoir se nourrir correctement, et pas n'importe comment,  
53 boire suffisamment, être équilibrée dans cette alimentation. Ne pas pouvoir se nourrir, se cuisiner  
54 soit même quelque chose est une privation d'une grande violence (notamment dans la société des  
55 fast-food etc..). Cela fait oublier à l'être humain que sa base c'est de pouvoir se nourrir pas lui  
56 même. C'est complexe car il y a un chantage avec les institutions sur ce point. C'est un  
57 fonctionnement donnant-donnant. Les institutions répondent à leurs besoins fondamentaux et en  
58 retour les personnes hébergées doivent répondre à des normes, et des critères fixés par l'institution.  
59 Ces règles ont une certaine forme de violence sociale. Quelqu'un de libre qui a ses projets/ sa quête,  
60 qui cherche de l'aide, mais peut être de l'aide temporaire, alors que les institutions lui proposent une  
61 aide plus permanente en échange de nourriture. Ils cherchent à capter cette population : c'est l'aspect

62 plus sociologique. De plus, souvent, la réunion de toutes les personnes qui ont des troubles  
63 psychiatriques au sein du centre hébergement d'urgence n'est pas une bonne chose du tout.

64 Les objectifs des personnes sans-abri sont donc de pouvoir rester dans leur quête tout en réalisant un  
65 compromis avec les institutions et ce qu'elles imposent.

66 Officiellement il y aurait autour de 30% de troubles psychiatriques au sein de cette population.  
67 Cependant, les diagnostics ne sont pas toujours bien fait. L'ergothérapeute ne pense pas qu'il y ait  
68 plus de personnes avec troubles psychiatriques dans la population qui travaille et est insérée que  
69 dans la population sans-abri. Souvent, c'est plus pour se rassurer qu'on sous entend que les personnes  
70 qui ont un désir d'être dehors sont celles qui ont une pathologie.

71 Après, l'espace physique, concret, d'une maison peut s'avérer en effet angoissant pour un  
72 schizophrène car il se sent enfermé avec ses voix.

73 Les personnes sans-abri peuvent choisir de sentir mauvais car cela permet d'éloigner les autres. Il  
74 est nécessaire de changer d'approche avec ces personnes car parfois elles ont beaucoup plus de  
75 ressources que ce que l'on imagine. Certaines sont en effet beaucoup plus résilientes que la plupart  
76 des gens. C'est pourquoi il est important de s'axer sur leurs capacités plutôt que sur leurs problèmes.

77 Le modèle d'Housing first aide car dormir la nuit en sécurité et se nourrir par soi même est  
78 psychiquement très important. Mais il est nécessaire que cela soit un choix de la personne de venir  
79 dans un « housing first ». Il faut que l'accompagnement soit complètement personnalisé pour  
80 répondre à la question : Que veut la personne ? Dans cette idée, il serait intéressant d'avoir des  
81 ateliers d'ergothérapie mobiles . Cela permettrait de diagnostiquer les gens, leurs besoins et de les  
82 loger dans une caravane ou de faire un atelier au moment où ils le souhaitent vraiment.

83

#### 84 **INTERVENTION EN ERGOTHERAPIE :**

85 L'objectif est de remédier à l'occupation, redonner sa place à l'être humain, redonner de la dignité  
86 à la personne, respecter tous les processus de l'être humain. Lui proposer du temps et de l'espace  
87 pour que se déploie sa capacité à penser et à fabriquer. Cela doit être dans un environnement  
88 sécurisant et non institutionnel et formel. Que dans l'activité les personnes sans-abri puissent se  
89 sentir libres et maintenir leur quête. L'ergothérapeute intervient elle dans des centres et donne des  
90 rendez-vous dans les squares. Elle y propose du théâtre et la fabrication d'objets recyclés qu'ils  
91 revendent. Elle intervient aussi dans des institutions avec un cadre semi-ouvert : libre d'accès, sans-  
92 condition : la liberté est très importante car ce sont des personnes qui sont très contraintes au  
93 quotidien.

94



95 **PERSPECTIVE EN ERGOTHERAPIE :**

96 Il faut être mobile pour s'adapter à la mobilité de cette population. Des camions avec des  
97 ergothérapeutes qui pourrait circuler et proposer des occupations. Avec un cadre où l'on a besoin  
98 de participants sans qu'ils sentent qu'ils aient besoin d'aide d'ergothérapeutes. Ne pas chercher à  
99 assister les gens mais leur montrer que la société a besoin de toutes les formes de fragilité.  
100 L'ergothérapeute a alors un rôle de passeur en proposant des activités restructurantes psychiquement.  
101 Il faut pouvoir redonner une structure tout en sortant des systèmes traditionnels. L'ergothérapeute  
102 interrogée propose de « Dire que l'importance c'est votre structure corporelle. Toi ton seul pays aies  
103 confiance malgré les difficultés qui arrivent. »

104

105 ***NB :** nous avons respecté la plupart des formulations employées par l'ergothérapeute interrogée*  
106 *afin de proposer une synthèse au plus proche de sa pensée.*

## Annexe 6 : Formulaire de consentement entretien exploratoire N°2



N° de déclaration d'activité  
**93-83-04918-83**  
 Cet enregistrement ne vaut pas  
 agrément de l'Etat

FINISS EJ : 83 000 904 9  
 FINISS ET : 83 000 383 6  
 SIRET : 130 016 561 000 24  
 Code APE 8422Z  
 DATADOCK : 0014425  
 DPC : 1073

**Siège administratif**  
 33 av. Bequersel  
 ZI Toulon Est  
 83130 La Garde

#### La Garde

**Site Bequersel**  
 33 av. Bequersel  
 ZI Toulon Est  
 B.P. 074  
 83070 TOULON Cedex 9  
 Téléphone : 04 94 14 72 14  
 Télécopie : 04 94 14 72 12

**Espace André**  
 4018 chemin des Plantades  
 Espace André  
 83130 La Garde  
 Téléphone : 04 94 58 38 22

**Université de Toulon**  
 Campus de La Garde  
 Bâtiment 3 - RDC  
 CS 60584  
 83041 TOULON Cedex 9  
 Téléphone : 04 92 07 00 58

**Site les Aphodèles**  
 Résidence Les Aphodèles  
 150 Allée Auguste Picard  
 83130 La Garde  
 Téléphone : 04 94 00 23 80  
 Télécopie : 04 94 00 23 89

**Draguignan**  
 102 avenue Alphonse GILLET  
 83300 DRAGUIGNAN  
 Téléphone : 04 94 60 44 75  
 Télécopie : 04 90 60 48 98

**St Raphaël/Fréjus**  
 200 av. Victor Sergent  
 CS 50422  
 83207 St Raphaël CEDEX  
 Téléphone : 04 98 11 38 60  
 Télécopie : 04 98 11 39 69

#### Brignoles

Centre Municipal de Tir A.L'Arc  
 Quartier Saint Lazare - Les Adverts  
 83170 Brignoles  
 Téléphone : 04 94 78 57 93  
 Télécopie : 04 94 78 54 36

**Site internet**  
<http://www.ifpps.fr>



## Groupement de Coopération Sanitaire de l'Institut de Formation Public Varois des Professions de Santé

### Lettre d'information et formulaire de consentement

#### Personnes responsables de l'étude :

**Nom de l'étudiant, son statut, son tél., son mail :**  
 Lanternier Victoire, étudiante en 3<sup>ème</sup> année IFE de Toulon, 065890599,  
 victoire.lanternier@gmail.com

**Nom du référent méthodologique, son statut, son tél., son mail :**  
 Terrien Veronique, Formatrice,  
 Veronique.terrien@ifpps.fr

**Nom du référent professionnel, son statut, son tél., son mail** Héroïse Poulain, doctorante  
 poulain-h@outlook.fr

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles auprès des personnes responsables de l'étude.

#### Présentation de l'étude et de ses objectifs :

**Exposer les objectifs de votre étude.** Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude, elle a pour but d'explorer l'intervention ergothérapeutique auprès des personnes sans-abris

#### Nature et durée de votre participation:

**Donner la nature de la participation (entretien, observation....) et la durée (20 minutes maximum pour un entretien)**  
 Afin d'être attentif (ve) à vos propos, je vous demande l'autorisation d'enregistrer/filmer notre échange afin de pouvoir retranscrire par la suite l'entretien et d'être davantage concentré. Acceptez-vous que cet entretien soit filmé / enregistré ?

OUI  NON *Rayez les mentions inutiles*

#### Avantages concernant votre participation

**Décrivez les avantages de leur participation à votre travail de recherche**

#### Risques et inconvénients pouvant découler de la participation :

**Votre participation à cette recherche ne devrait vous causer aucun préjudice hormis le temps que vous m'accordez lors de cet entretien/observation**

#### Retrait de la participation:

**Votre participation à l'entretien/l'observation est libre et volontaire. En tout temps, vous pouvez vous retirer, sans craindre de préjudices quelconques. Vous n'avez qu'à en informer l'étudiant(e) verbalement ou par écrit. En cas de désistement et à votre demande, tous les documents vous concernant seront détruits.**

**Confidentialité :**

Les données recueillies au cours de l'entretien/observation seront conservées dans un classeur sous clé, dans un local accessible uniquement par l'étudiant(e). Lui seul aura accès aux données nominatives. Celles-ci seront codées dans un fichier informatique verrouillé avec un mot de passe. Aucune donnée nominative ne sera présente dans les écrits qui émaneront du projet.

Toutes données confidentielles seront détruites un an après la diffusion des résultats.

**Clause de responsabilité :**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les étudiants ou les institutions impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

**Information sur le projet de recherche :**

L'étudiant(e) répondra au meilleur de sa connaissance à toutes questions des participants en lien avec le projet. Les résultats serviront pour la rédaction du mémoire d'initiation à la recherche dans le cadre du diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

**Personnes-ressources :**

Si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter Mme TERRIEN, responsable de filière ergothérapie, par courriel : veronique.terrien@ifvps.fr

**Signatures requises :**

**Pour le parent ou tuteur du participant mineur**

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et je comprends l'information qui m'a été communiquée afin que je puisse donner un consentement éclairé. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision quant à ma participation. Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux décider de retirer ma participation en tout temps, sans aucune pénalité. Je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du participant (en lettres capitales)

DE CHASSEY Agathe

Signature du participant:




Date : 05/05/2020 Téléphone (jour) : 06 75 70 50 89

**Pour l'étudiant (e) :**

J'atteste avoir expliqué au participant tous les termes du présent formulaire, avoir répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et lui avoir souligné la possibilité de se retirer à tout moment du projet de recherche.


Je m'engage à m'assurer que le participant (enfant) recevra un exemplaire de ce formulaire d'information et de consentement.

Signature de l'étudiant(e) :



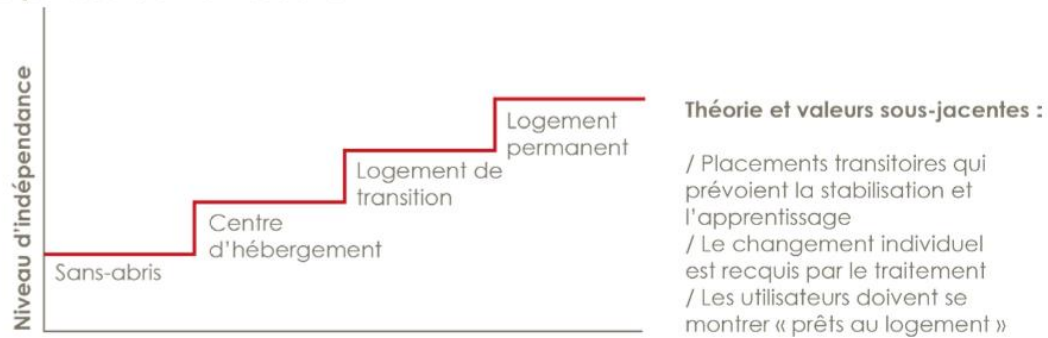


2 sur 3

Date : ...10/10/2019.....

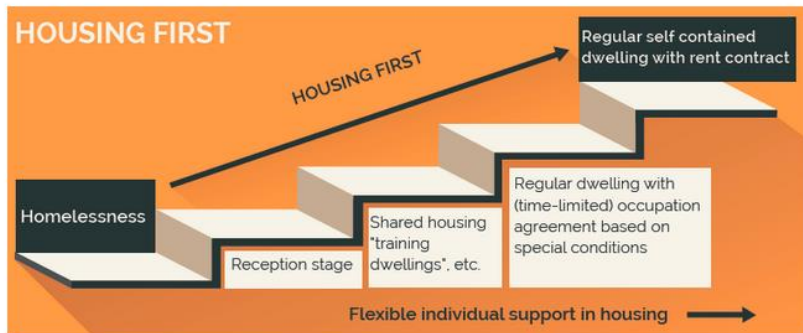
## Annexe 7 : Schématisation du système par pallier

## Le parcours dit en escalier



Source : FEANTSA-Assises interrégionales du logement d'abord-automne 2011-en référence à Sam Tsemberis, 2010

## Annexe 8 : Schématisation des dispositifs orientés vers le logement



**Illustration 1 :** Synthèse des différences entre le logement d'abord et les services dits « par paliers » ((Tsemberis, S. et Henwood, B. (2013) *Housing First: Homelessness, Recovery and Community Integration*. In V. Vandiver (ed.) *Best Practices in Community Mental Health: A Pocket Guide*, pp. 132-150. NY Oxford University Press))

## Annexe 9 : Schéma du bien-être psychologique par (Ryff &amp; Singer, 2008)

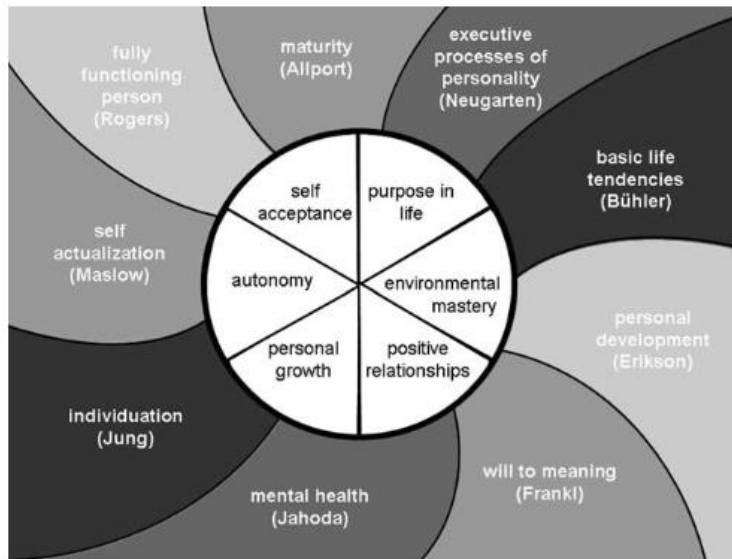
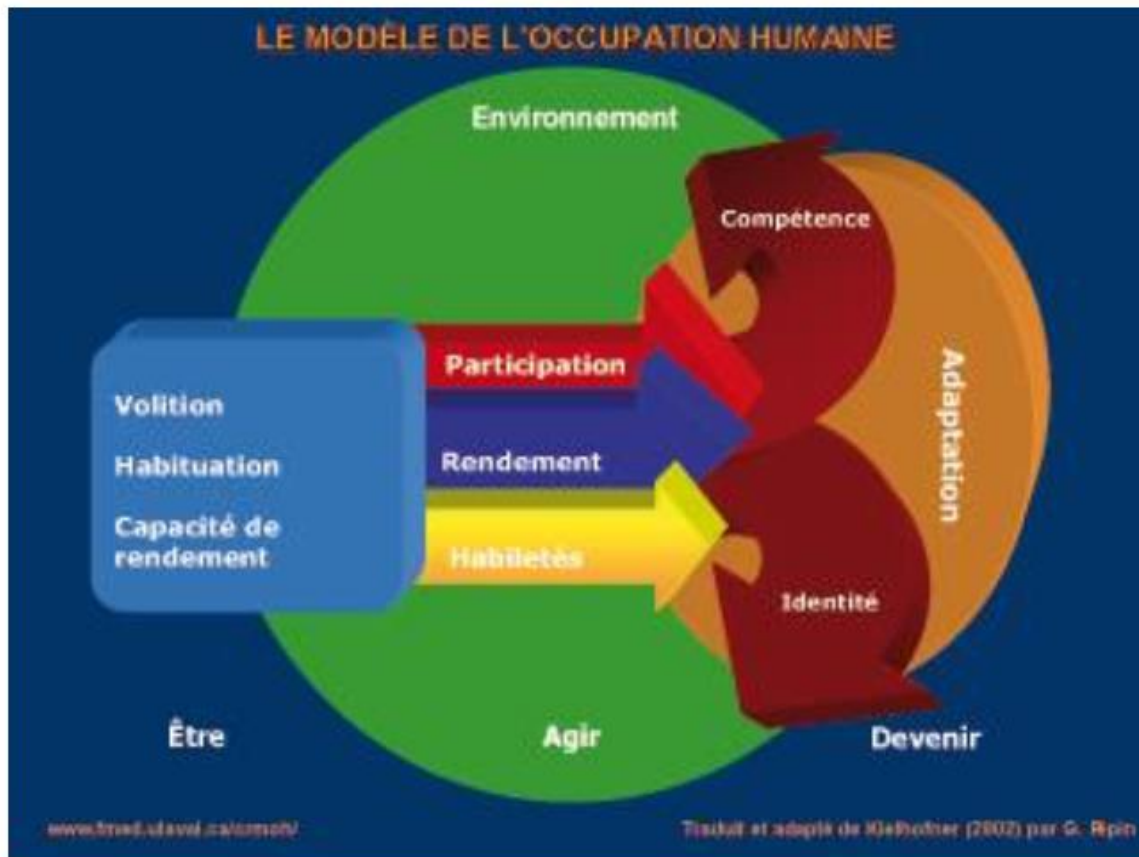


Figure 1. Core dimensions of pwb and their theoretical foundations.

## Annexe 10 : Définitions originales des théories du bien-être psychologique

Table 1. Definitions of theory-guided dimensions of well-being		
Dimension	Characteristics of a high scorer	Characteristics of a low scorer
Self-acceptance	Possesses positive attitude toward self; acknowledges and accepts multiple aspects of self, including good and bad qualities; feels positive about past life	Feels dissatisfied with self; is disappointed with what has occurred in past life; is troubled about certain personal qualities; wishes to be different than what he or she is
Positive relations with other people	Has warm, satisfying, trusting relationships with others; is concerned about the welfare of others; is capable of strong empathy, affection, and intimacy; understands give-and-take of human relationships	Has few close, trusting relationships with others; finds it difficult to be warm, open, and concerned about others; is isolated and frustrated in interpersonal relationships; is not willing to make compromises to sustain important ties with others
Autonomy	Is self-determining and independent; is able to resist social pressures to think and act in certain ways; regulates behavior from within; evaluates self by personal standards	Is concerned about the expectations and evaluations of others; relies on judgments of others to make important decisions; conforms to social pressures to think and act in certain ways
Environmental mastery	Has sense of mastery and competence in managing the environment; controls complex array of external activities; makes effective use of surrounding opportunities; is able to choose or create contexts suitable to personal needs and values	Has difficulty managing everyday affairs; feels unable to change or improve surrounding context; is unaware of surrounding opportunities; lacks sense of control over external world
Purpose in life	Has goals in life and a sense of directedness; feels there is meaning to present and past life; holds beliefs that give life purpose; has aims and objectives for living	Lacks sense of meaning in life; has few goals or aims, lacks sense of direction; does not see purpose in past life; has no outlooks or beliefs that give life meaning
Personal growth	Has feeling of continued development; sees self as growing and expanding; is open to new experiences; has sense of realizing his or her potential; sees improvement in self and behavior over time; is changing in ways that reflect more self-knowledge and effectiveness	Has sense of personal stagnation; lacks sense of improvement or expansion over time; feels bored and uninterested with life; feels unable to develop new attitudes or behaviors

Annexe 11 : Schéma du modèle de l'occupation humaine d'après le Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine – CRMOH

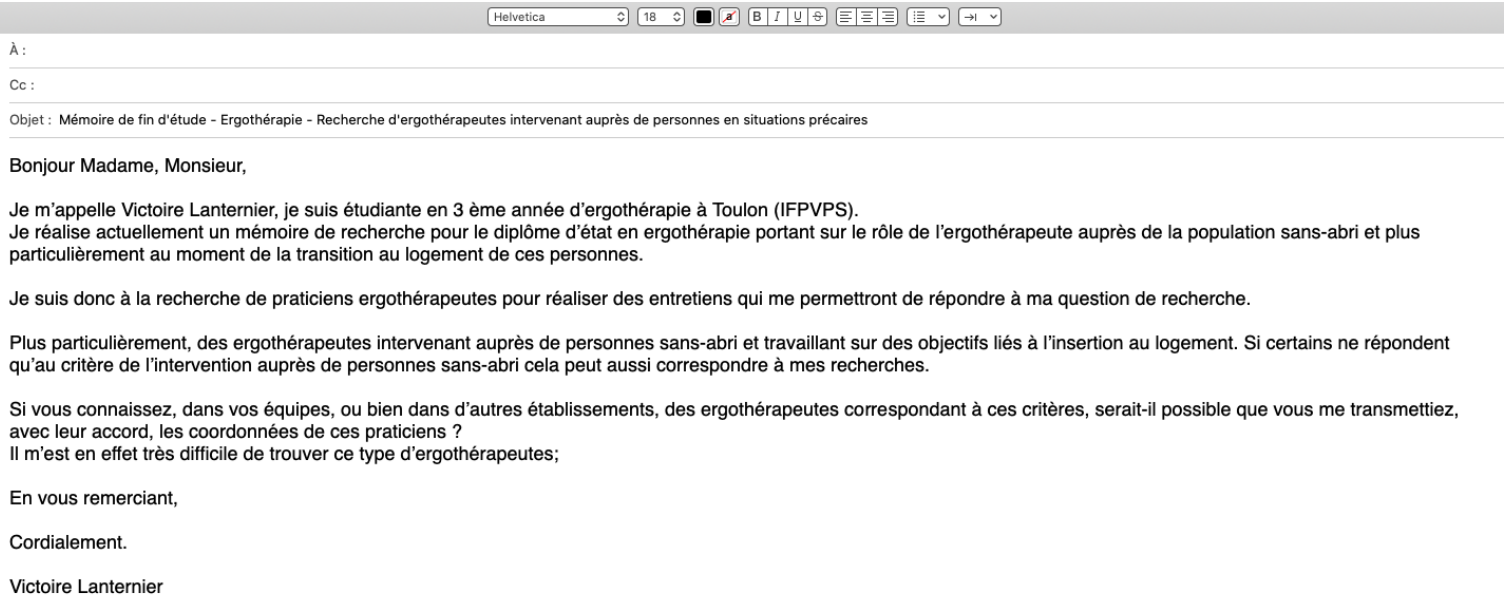


Annexe 12 : Illustration des niveaux de l'agir d'après le manuel du MOHOST

Dimensions de l'Agir	Exemples			
Participation occupationnelle	S'occuper de soi	Travailler comme infirmière	Entretenir son appartement	Rencontrer régulièrement ses amis
Performance occupationnelle	Se brosser les dents	Faire une injection	Passer l'aspirateur	Jouer au scrabble
Habiletés occupationnelles	Calibrer Prendre Séquencer Manipuler	Parler Prendre Séquencer Manipuler	Prendre Séquencer Manipuler Marcher	Prendre Séquencer Manipuler Parler



## Annexe 13 : Mail type envoyé aux centres médicaux psychologiques pour le recrutement des participants



## Annexe 14 : Questionnaire à diffusion large transmis sur le réseau social Facebook pour le recrutement des participants

Rubrique 1 sur 3

### Recherche d'ergothérapeutes ayant rencontrés dans leurs pratique des personnes sans-abri

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je recherche des ergothérapeutes ayant déjà pris en charge des patients sans-abri pour réaliser un entretien.  
J'ai en effet un sujet qui porte sur une population bien précise et je recherche donc des ergothérapeutes qui ont pu avoir une pratique au plus proche de celle que j'étudie.  
N'hésitez pas à remplir ce questionnaire quelque soit votre expérience auprès de cette population.

**Adresse e-mail \***

Adresse e-mail valide

Ce formulaire collecte des adresses e-mail. [Modifier les paramètres](#)

Après la section 1 [Passer à la section suivante](#)

Rubrique 2 sur 3

## Coordonnées



Me laissez vos coordonnées me permettra de vous recontacter pour parler de votre expérience.

Nom, Prénom

Réponse courte

Numéro de téléphone

Réponse courte

Acceptez-vous d'être contactée pour réaliser un entretien dans des conditions réelles, par téléphone, skype ou apparenté ?

- Oui
- Non
- Autre...

Après la section 2 Passer à la section suivante



Rubrique 3 sur 3

## Retour d'expérience



Description (facultative)

Avez-vous déjà intervenu auprès d'une personne sans-abris

- oui, régulièrement



oui, mais rarement

Une seule fois

Non

Dans quel cadre/structure cette intervention a eu lieu ?

Réponse courte

Quels étaient le/les principaux objectifs de la prise en soin ?

Réponse courte

Avez-vous travaillé avec cette/ ces personnes sur la réinsertion dans le logement ?

Oui

Non

Partiellement

Avez-vous des choses à ajouter sur cette/ces prise(s) en soin(s) ?

Réponse longue

## Annexe 15 : Matrice théorique de la variable indépendante

<b>Variable indépendante : Le MOH</b>		
<b>CRITERES</b>	<b>INDICATEUR</b> (ce qui est interrogé)	<b>INDICES</b> (ce que je cherche dans le discours)
VOLITION	Causalité personnelle	L'ergothérapeute prend en compte : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le sentiment d'efficacité de la personne</li> <li>• La perception qu'a la personne de ses compétences</li> </ul>
	Valeurs	L'ergothérapeute prend en compte <ul style="list-style-type: none"> <li>• ce qui est important pour la personne</li> <li>• ce qui a du sens pour la personne</li> <li>• l'influence de la société et de la culture sur les valeurs</li> <li>• les valeurs personnelles</li> </ul>
	Intérêts	L'ergothérapeute prend en compte <ul style="list-style-type: none"> <li>• les activités qui apportent du plaisir à la personne</li> <li>• les attirances pour certaines occupations</li> </ul>
HABITUATION	Habitudes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des routines</li> <li>• La performance dans les activités de vie quotidienne par la répétition d'action dans un contexte connu</li> </ul>

	Rôles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en compte des différents rôles</li> <li>• Considération du lien entre les occupations et les rôles</li> </ul>
CAPACITE DE PERFORMANCE	Composante objective	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prend en compte le système organique de la personne (musculo-squelettique, respiratoire, cognitif etc...)</li> </ul>
	Composante subjective	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prend en compte le ressenti de la personne vis-à-vis des ses différents systèmes organiques (de son corps)</li> </ul>
ENVIRONNEMENT	Physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prend en compte l'impact de l'environnement matériel sur l'occupation</li> </ul>
	Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prend en compte l'impact des événements</li> <li>• Prend en compte les proches du patient</li> </ul>

## Annexe 16 : Matrice théorique de la variable dépendante : le bien-être psychologique

<b>Variable dépendante : Le bien-être psychologique</b>	
<b>INDICATEUR</b> (ce qui est interrogé)	<b>INDICES</b> (ce que je cherche dans le discours)
ACCEPTATION DE SOI	<p>L'ergothérapeute remarque chez le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une attitude positive envers soi-même</li> <li>• une estime de soi positive</li> <li>• une reconnaissance et une acceptation des différentes facettes de sa personnalité</li> <li>• une acceptation de ses qualités et ses défauts</li> <li>• une attitude positive par rapport à sa vie passée</li> </ul>
AUTONOMIE	<p>L'ergothérapeute remarque chez le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une auto-détermination</li> <li>• une capacité à résister aux pressions sociales pour prendre les décisions par soi-même</li> <li>• une régulation des comportements de l'intérieur</li> <li>• une évaluation personnelle des normes</li> </ul>
RELATION POSITIVE AVEC LES AUTRES	<p>L'ergothérapeute remarque chez le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des relations chaleureuses avec les autres</li> <li>• des relations satisfaisantes avec les autres</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• des relations de confiances</li> <li>• une préoccupation du bien-être des autres</li> <li>• une capacité de forte empathie</li> <li>• de l'affection et de l'intimité</li> <li>• une compréhension des concessions mutuelles dans les relations humaines</li> </ul>
<p style="text-align: center;">DEVELOPPEMENT PERSONNEL</p>	<p>L'ergothérapeute remarque chez le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un sentiment de développement de soi</li> <li>• une considération comme en pleine croissance et expansion</li> <li>• une ouverture à de nouvelles expériences</li> <li>• un sentiment de réalisation de soi</li> <li>• une amélioration de sa personne et de son comportement au fil du temps</li> <li>• un changement de façon à mieux se connaître et à être plus efficace</li> </ul>
<p style="text-align: center;">OBJECTIFS DANS LA VIE</p>	<p>L'ergothérapeute remarque chez le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qu'elle a des buts dans sa vie</li> <li>• qu'elle sent qu'il y a un sens à la vie présente et passée</li> <li>• qu'elle a des croyances qui donnent un but à la vie</li> <li>• qu'elle a des objectifs dans sa vie</li> </ul>

<b>MAITRISE DE L'ENVIRONNEMENT</b>	<p>L'ergothérapeute remarque chez le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une bonne gestion de l'environnement</li> <li>• un sentiment de contrôle sur un ensemble complexe d'activité extérieure</li> <li>• une utilisation efficace des opportunités de l'environnement</li> <li>• une capacité à choisir et à créer des contextes adaptés à ses besoins et valeurs</li> </ul>
--	--

Annexe 17 : Tableaux de construction des questions en lien avec les matrices théoriques

Objectif de la question = qu'est-ce que nous voulons tester	Lien théorique	Hypothèse = nos attentes	Indicateurs	Question qui en découle
<b>Nous vérifions si l'ergothérapeute interrogé utilise de manière</b>	Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner	Les dimensions à prendre en compte sont l'environnement, la personne et l'activité	Environnement physique et social	1. Quelles sont les dimensions que vous prenez en compte lors de la prise en soin ?
		L'ergothérapeute s'appuie sur la volition et les capacités de performances dans sa prise en soin	La causalité personnelle Valeurs Intérêts Composantes objectives et subjectives	2. Comment procédez-vous pour que la personne sans-abri s'engage dans l'activité ?

<b>consciente ou inconsciente le MOH</b>		L'ergothérapeute s'appuie sur la l'habituatation dans sa prise en soin	Habitudes, rôles	3. Quels moyens utilisez-vous pour que le patient devienne performant dans une activité ?
<b>Nous testons si la prise en soin en ergothérapie accès sur le MOH permet le développement du bien-être psychologique</b>	Le bien-être psychologique (Ryff & Singer, 2008)	L'accompagnement en ergothérapie permet au patient une bonne adaptation et gestion de son environnement par le patient	Maîtrise de l'environnement	4. Quelle est la posture de la personne vis-à-vis de son environnement lors du retour au logement ?
		La prise en soin en ergothérapie permet l'acceptation de soi, l'autonomie et le développement personnel	Acceptation de soi Autonomie Développement personnel	5. Comment les patients que vous avez accompagnés évoluent-ils sur le pan identitaire lors du retour au logement ?
		La prise en soin en ergothérapie permet de développer des relations positives avec les autres	Relation positives avec les autres	6. Comment évoluent les relations sociales des patients au cours du suivi en ergothérapie, au sein du logement ?
		La prise en soin en ergothérapie favorise l'acceptation de soi et la formulation d'objectifs de vie	Acceptation de soi Objectifs dans la vie	7. Comment les patients que vous suivez se positionnent-ils vis-à-vis du passé et du futur lors du retour au logement ?

## Annexe 18 : Trame d'entretien

---

**TRAME ENTRETIEN**


---

**Identification**


---

Nom du participant :

Téléphone :

Date :

**Introduction de l'étude et thème ciblé**


---

- Bonjour, je me nomme Victoire Lanternier. Je suis étudiante en dernière année d'ergothérapie à l'institut de formation de Toulon. Cet entretien est réalisé dans le cadre de mon mémoire de recherche et va permettre de répondre à ma question de recherche.
- Je vous exposerai dans un premier temps les objectifs de l'étude et dans un second temps les considérations éthiques, puis les questions en lien avec la thématique vous seront posées et nous conclurons l'entretien.
- Ainsi, l'objectif de la recherche est d'observer le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin de la personne en transition de la rue vers le logement. Les informations que je vais recueillir vont permettre d'éclairer la pratique et de répondre à notre hypothèse. Ce sont donc des questions en lien avec votre prise en soin auprès de la population sans-abri qui vont vous être posées. Ainsi que des questions sur les observations de ces patients que vous avez pu faire
- Cet entretien durera entre 30 et 45 min. Il n'y a pas de bonne réponse et de mauvaise réponse, ce sont vos observations, votre expérience et vos points de vue qui m'intéressent. En vu de ces informations complémentaires êtes-vous d'accord pour réaliser cet entretien ?

*Toutes les informations en Italique sont des précisions pour le correcteur*

**Considérations éthiques**


---

Afin de faciliter votre participation, je tiens à vous préciser certains points :

- L'entretien est confidentiel. Aucune information permettant de vous identifier ne sera exposée dans le travail final ou dans les travaux intermédiaires.
- Vous êtes libre de répondre ou non à une question et de m'interrompre si vous le souhaitez. Vous pouvez également poser des questions si vous avez besoin



d'informations supplémentaires. De même vous avez le droit de vous retirez de la recherche, à tout moment, si vous le souhaitez.

- Afin d'être pleinement disponible pour vous écouter et de ne perdre aucune information cet entretien sera enregistré. Il sera par la suite analysé pour nourrir les résultats de ma recherche. Êtes-vous d'accord avec le fait d'enregistrer ?
- Avez-vous bien reçu et lu le formulaire de consentement que je vous ai transmis ? Avez-vous des questions sur celui-ci ?

Pouvez-vous le remplir et me l'envoyer afin que je puisse légalement enregistrer cet appel ? *(si cela n'a pas déjà été fait)*

Nous allons passer aux questions. Mais avant cela, avez-vous une question quelconque par rapport à la recherche ou sur le déroulement de l'entretien ?

### **Questions en lien avec la thématique**

---

#### Générales

**Pouvez-vous m'informer succinctement sur votre parcours ?**

**Dans quel cadre rencontrez-vous la population sans-abri ?**

*(Nous précisons à la personne que c'est dans le cadre qu'elle vient de décrire que se situent toutes les questions à venir)*

---

#### Spécifiques

**1. Quelles sont les dimensions que vous prenez en compte lors de la prise en soin ?**

**2. Comment procédez-vous pour que la personne sans-abris s'engage dans l'activité ?**

**a. (Reformulation : Pour vous quels sont les facteurs importants pour que la personne s'engage dans l'activité ?)**

Sous-question : Les perceptions qu'a la personne de l'activité sont-elles prises en compte dans votre pratique ? Comment cela se manifeste ? *(Nous questionnons ici la causalité personnelle et les composantes subjectives)*

Sous-question : Les convictions personnelles ont-elles une influence sur l'engagement dans l'activité ? Comment les décrivez-vous ? *(Nous questionnons ici les valeurs)*

Sous-question : Comment faites-vous pour que la personne ait envie de réaliser l'activité ? *(Nous questionnons ici l'intérêt)*

Sous-question : L'état de santé influence-t-il l'engagement dans l'activité ? Comment le prenez-vous en compte dans votre prise en soin ? *(Nous questionnons les composantes objectives)*

**3. Quels moyens utilisez vous pour que le patient devienne performant dans une activité ? (Reformulation : quels moyens utilisez-vous pour que certaines activités deviennent un automatisme ?)**

Sous-question : Comment faites-vous pour que le quotidien de la personne soit structuré ? (*Nous interrogeons ici les routines*)

Sous-question : Comment aidez-vous le patient à trouver sa place dans la société et auprès de son entourage ? (*Nous questionnons ici les rôles*)

**4. Quelle est la posture de la personne vis-à-vis de son environnement lors du retour au logement ?**

Sous-question : Y a-t-il une évolution de la personne vis-à-vis de son environnement au cours des prises en soin ? (*Nous questionnons ici la maîtrise l'environnement*)

**5. Comment les patients que vous avez accompagnés évoluent-ils sur le plan identitaire lors du retour au logement ?**

Sous-question : Pouvez-vous m'en dire plus sur la posture du patient quand il a des choix à faire ? Comment cela évolue-t-il au cours des séances ?

Sous-question : Observez-vous un épanouissement des patients au cours de la prise en soin ? (*Cette question permet d'interroger l'estime de soi et le développement personnel des patients*)

**6. Comment évoluent les relations sociales des patients au cours du suivi en ergothérapie, au sein du logement ?**

Sous-question : Comment décrivez-vous ces relations ?

**7. Comment les patients que vous suivez se positionnent-ils vis-à-vis du passé et du futur lors du retour au logement ? (Reformulation : Comment vos patients appréhendent-ils le passé et le futur au cours de la prise en soin ?)**

Sous-question : Comment se projettent-ils à ce moment-là ?

Sous-question : Acceptent-ils les différentes parties de leur vie ?

**8. Nous avons terminé l'entretien.. Avez-vous des suggestions ou des remarques à ajouter ?**

*Pour chaque question principale, des questions d'approfondissement, de stimulation, de redirection et des reformulations sont réalisées en fonction des besoins.*

Vous avez-évoqué ... que devons nous prendre en compte pour cela ?

Merci pour ces informations... Est-il possible de revenir à la question ... car certaines information me manquent... notamment ...

Pour quelle(s) raison(s) intervenez-vous de cette façon

Pouvez-vous faire un résumé de votre pensée ? (*A poser après que la personne ait développé le sujet afin qu'elle y revienne et donne l'essentiel*)

### Conclusion

Cet entretien touche à sa fin. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et votre collaboration.

Je vous transmets, à la fin de cet appel mes coordonnées si vous avez besoin de me contacter ultérieurement pour quoi que ce soit.

Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre mon mémoire lorsqu'il sera terminé.

Une très bonne journée à vous.

Annexe 19 : Tableau de synthèse des éléments retenus par entretien

<b>Variable indépendante : Le MOH</b>				
Entretien N°				
Critère/ catégorie	Indicateurs	Cotation 1 présent 0 absent	Propos recueillis	Synthèse de la catégorie
Volition	Causalité personnelle			
	Valeurs			
	Intérêts			
Habituation	Habitudes			
	rôles			
Capacité de performance	Composantes objectives			
	Composantes subjectives			
Environnement	Physique			
	Sociale			

<b>Variable dépendante : Le bien-être psychologique</b>				
Entretien N°				
Catégorie	Indicateurs	Cotation	Propos recueillis	Synthèse de la catégorie
Épanouissement de la personne	Acceptation de soi			
	Autonomie			
	Développement personnel			
Interactions avec l'environnement	Relations positives avec les autres			
	Maîtrise de l'environnement			
Formulation d'objectifs	Objectifs dans la vie			

## Annexe 20 : Tableaux de codage

Codage de la variable indépendante						
Catégorie	Indicateurs	Entretien* N°	*N°	*N°	Total indicateur = Codage indicateur /nbre entretiens	Totale catégorie = Résultat/ Nbre entretiens x Nbr indicateurs
Volition	Causalité personnelle				/3	/9
	Valeurs				/3	
	Intérêts				/3	
Habituation	Habitudes				/3	/6
	Rôles				/3	
Capacité de performance	Composantes objectives				/3	/6
	Composantes subjectives				/3	
Environnement	Physique				/3	/6
	Social				/3	
Total par entretien		/6	/6	/6		

TOTAL VARIABLE =

/27

(supérieur à 9 = validation de la variable)

Pourcentage : résultat / 27 x 100

**Codage de la variable dépendante**

Catégorie	Indicateurs	Entretien* N°	*N°	*N°	Total indicateur = Codage indicateur /nbre entretiens	Totale catégorie = Résultat/ Nbre entretiens x Nbr indicateurs
Épanouissement de la personne	Acceptation de soi				/3	/9
	Autonomie				/3	
	Développement personnel				/3	
Interactions avec l'environnement	Relations positives avec les autres				/3	/6
	Maitrise de l'environnement				/3	
Formulation d'objectifs	Objectifs dans la vie				/3	/3
Total par entretien		/6	/6	/6		

TOTAL VARIABLE =

/18

(supérieur à 9 = validation de la variable)

Pourcentage : résultat / 18 x 100

### Abstract en Français

En France le nombre de personne sans-abri a augmenté de 50% en 10 ans. L'absence de domicile fixe représente un enjeu sociétal et de santé. Son impact sur l'occupation complique le retour au logement. Pour faire face au sans-abrisme le gouvernement a mis en place un plan quinquennale 2018-2022 pour favoriser les dispositifs d'aides orientés vers le logement. L'ergothérapeute, en tant qu'expert de l'occupation, apporte une plus-value pour la résolution du sans-abrisme. Ce mémoire vise à comprendre comment l'ergothérapeute, par le biais du modèle de l'occupation humaine, favorise une transition réussie vers le logement. Pour ce faire une démarche hypothético-déductive est utilisée. Des entretiens sont prévus auprès d'ergothérapeutes ayant exercés auprès de personnes sans-abri et dans un objectif de transition au logement. Ainsi, la population d'ergothérapeute dans ce domaine est restreinte, c'est pourquoi une démarche qualitative est utilisée. L'aspect innovant du sujet représente à la fois la force et la limite de ce travail.

Mots clés : Ergothérapie, Sans-abrisme, Modèle de l'Occupation Humaine, Bien-être, Transition Occupationnelle, Privation Occupationnelle.

### Abstract en Anglais

In France, the number of homeless people has increased about 50% in ten years. Homelessness is a health and social issue. The process of transition from homelessness to housing is complicated due to occupational problems. Government has adopted a five years program to resolve homelessness by promoting housing assistance schemes. Occupational therapist bring occupational opportunities for homeless people to solve their situation. This dissertation's goal is to understand how occupational therapists can facilitate home return via the model of human occupation. For this purpose, a hypothetical-deductive reasoning is used. Interviews are planned with occupational therapists who are working with homeless people for housing transition. However, the population of occupational therapists is restricted in this field. That's why qualitative approach is used. The innovative aspect of the subject represents both this work's strength and limits.

Keys words : Occupational therapy, Homelessness, Model of Human Occupation, Well-being, Occupational Transition, Occupational Deprivation.