

L'influence environnementale dans la réinsertion sociale des
personnes précaires

Rôle et intérêt d'une pratique communautaire en ergothérapie

Mémoire d'initiation à la démarche de recherche

UE 6.5 S6

GROLIER Inès

Mai 2021

*« L'homme a une âme, mais avant de
lui en parler, qu'on lui donne une
chemise et un toit. »*

Abbé Pierre ; Les pensées (1912-2007)

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier Valérie Brasseur, maitre de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité, ses conseils avisés et ses qualités, non seulement professionnelles mais aussi humaines qui m'ont permises de mener à bien ce travail de recherche.

Je remercie Éric Petit, référent mémoire, pour ses explications quant à la méthodologie de recherche au cours des travaux dirigés et également pour son soutien, sa bienveillance et sa patience en cette dernière année d'étude.

Je remercie également l'ensemble pédagogique de l'Institut de Formation de Montpellier pour leurs disponibilités et leurs précieux conseils concernant mon mémoire.

Je tiens tout particulièrement à remercier Mr Dagon, directeur de la structure CABA pour sa gentillesse et sa bienveillance lors de mon stage au sein du service SAMSAH.

En outre, un grand merci à toutes les personnes qui ont contribué, de près comme de loin, à l'élaboration de ce travail, notamment les personnes interrogées. C'est grâce à leur gentillesse, leur participation et au partage de leurs expériences que j'ai pu construire cette étude.

Enfin, je remercie également mes amis pour leur soutien et surtout ma colocataire avec qui j'ai partagé d'innombrables heures à discuter de nos mémoires respectifs.

SOMMAIRE

PARTIE I : BILAN DE L'EXISTANT	2
1.Exposition de l'enjeu médico-social	2
1.1.Intérêt d'un sujet centré sur la précarité	2
1.2.La pauvreté.....	2
1.3.La précarité.....	3
1.4.Les personnes précaires : description et caractérisation.....	3
1.5.Données épidémiologiques en France.....	4
2.Retentissement sur la santé	4
2.1.Vulnérabilité.....	4
2.2.Risques engendrés	5
2.3.Le handicap social	6
3.Intervention de l'Etat	7
3.1.La loi protège les personnes sans abris	7
3.2.Coût annuel pour l'Etat : statistiques économiques	7
3.3.Intérêt en Santé Publique.....	8
4.Le processus de réinsertion sociale.....	9
4.1.Définition de la réinsertion sociale.....	9
4.2.Législation et droits en lien avec la réinsertion sociale.....	9
4.3.La dimension de l'environnement.....	10
5.Les différents services mise en place pour favoriser la réinsertion sociale	11
5.1.Le SAMU social.....	11
5.2.Les structures associatives	11
5.3.Les structures d'hébergement et de réinsertion sociale.....	12
5.4.Les CHRS : un enjeu de réinsertion	14
6.Le pratique communautaire et le rôle de l'ergothérapeute au sein des structures de réinsertion ..	15
6.1.Le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion sociale	15
6.2.Les outils de l'ergothérapeute	16
6.3.La pratique de l'action communautaire.....	18
6.4.La pratique communautaire auprès des personnes précaires	19
6.5.Entretien avec une ergothérapeute travaillant en milieu communautaire	20
6.6.Enquête exploratoire : mettre en lumière l'intérêt d'une pratique communautaire au sein des CHRS	21
7.Question de recherche.....	22
PARTIE II : CADRE THEORIQUE.....	22
1.Le Modèle KAWA.....	22
2.Le modèle Dahlgren and Whitehead.....	26

3.La pyramide des besoins de Maslow	28
PARTIE III : METHODOLOGIE.....	30
1.Le type d'étude	31
2.Le choix de la méthode	31
3.Population ciblée.....	31
4.Construction de l'outil	33
5.Protocole de passation des entretiens.....	35
PARTIE IV : RESULTATS ET ANALYSE	36
1.Données quantitatives	36
1.1.Traitements des résultats	36
1.2.Analyse.....	41
2.Données qualitatives	42
2.1.Traitement des professionnelles	42
2.2.Analyse des professionnelles	45
2.3.Traitement des usagers	48
2.4.Analyse des usagers	50
PARTIE V : DISCUSSION	52
1.Analyse transversale	52
2.Analyse en lien avec les cadres théoriques	53
2.1. Lien avec le modèle KAWA	53
2.2 Lien avec le modèle Dahlgren and Whitehead.....	54
2.3. Lien avec la pyramide des besoins de Maslow	56
3.Réponse à la question de recherche	57
4.Critique et limites de l'étude	58
5.Hypothèse de travail ultérieur	59
6.Apports personnels et professionnels	60
Conclusion.....	61
BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAFIE.....	61
ANNEXES	65

J'ai toujours eu un attrait pour le voyage et la découverte de nouvelles cultures. En août 2018, j'ai eu la chance de pouvoir partir en mission humanitaire dans une province reculée du Togo. Cette expérience m'a permis de gagner en assurance et de prendre conscience des disparités existantes au sein des communautés. Ces disparités mettent en avant les conditions de vie difficile vécues par les minorités. A partir de cette expérience, j'ai recherché à cibler mon travail de fin d'étude sur les inégalités sociales auprès des personnes en situation de précarité.

De plus, avant de commencer mes études d'ergothérapie, j'ignorais l'étendue de possibilité qu'offrait le métier d'ergothérapeute et la variété de son champ d'intervention. Durant ma scolarité au sein de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, j'ai pu réaliser plusieurs stages. Au fur et à mesure de mes stages professionnels, un domaine m'a davantage interpellé : la santé mentale. Le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine est très complexe et demande une prise en charge personnalisée et individualisée. Chaque patient ayant une histoire de vie différente, il est primordial d'avoir une vision holistique au regard des spécificités liées aux troubles psychiques. L'enjeu pour l'ergothérapeute est de permettre au patient d'être à nouveau indépendant et autonome dans les activités de la vie quotidienne. L'indépendance d'une personne étant possible quand l'acquisition des besoins primaires est respectée. Les besoins primaires incluent les éléments indispensables à la survie comme respirer, boire, manger, être en sécurité ou dormir. Ces besoins sont principalement associés à la possession d'un logement et d'un équilibre de vie adéquate.

Pour cela, mes recherches vont se focaliser sur la population des personnes en situation de précarité. En effet, plusieurs questions restent en suspens concernant la prise en charge en ergothérapie de cette population comme : par quels moyens l'ergothérapeute peut-il agir sur les besoins primaires de ces personnes ? L'acquisition d'un logement décent est-elle suffisante pour assouvir ces différents besoins ? Quel est l'impact des relations sociales d'une personne sur son mode de vie ?

Pour regrouper toutes ces problématiques, nous pouvons déduire que l'insertion sociale est l'objectif central de la prise en charge chez une personne en situation de précarité. Ma question d'étude est donc « *Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'insertion sociale des personnes en situation de précarité ?* »

Dans un premier temps, nous réaliserons un bilan de l'existant en lien avec notre population et la pratique communautaire de l'ergothérapie. Dans un second temps, nous analyserons l'intervention de professionnels et les services présents au travers d'un outil méthodologique. Pour conclure, nous discuterons des résultats obtenus avec la pratique d'un ergothérapeute en France.

PARTIE I : BILAN DE L'EXISTANT

1. Exposition de l'enjeu médico-social

1.1. Intérêt d'un sujet centré sur la précarité

Pour donner suite à ma recherche documentaire, j'ai sélectionné 6 articles scientifiques que j'ai analysé pour définir une idée centrale de ma revue de la littérature. Cette idée centrale montre que les ergothérapeutes ont un rôle indispensable dans la réinsertion sociale des personnes précaires ; à condition d'avoir les outils et les connaissances nécessaires pour pallier cet enjeu sociétal. Ils agissent au niveau du processus d'acquisition d'un logement et les différents aménagements qui y sont apportés. La pratique communautaire de l'ergothérapie permet aussi de prendre en compte la participation sociale de chacun en agissant directement dans le milieu écologique de la personne.

1.2. La pauvreté

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) « un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Cet institut calcule la pauvreté de manière relative en se basant sur la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population française. En Europe, le seuil de pauvreté est établi en général à 60% de la médiane des niveaux de vie.

Cependant, la notion de pauvreté est multidimensionnelle, en effet, elle ne dépend pas seulement du contexte économique. Elle « désigne un état de manque ou d'insuffisance en matière de ressources économiques, soit financières ou matérielles » (Barrat, 1998). On parle alors de IPM (Indice de Pauvreté Multidimensionnel). Selon cet indice, la pauvreté s'évalue selon des critères liés aux revenus, à la santé, à l'éducation, à l'accès aux services, au logement... Elle prend en compte l'exclusion sociale des personnes et leurs difficultés de participation à la vie en société. Ainsi « La pauvreté est avant tout une construction sociale, puisque c'est la société qui la définit et la crée » (Barrat, 1998). Les personnes précaires se sentent rejetés de la société et n'ont plus les ressources nécessaires pour conserver un rôle social satisfaisant. C'est donc la société qui fixe des normes sociales de plus en plus rude qui pousse les personnes vers la précarité et la pauvreté.

L'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture) propose alors une définition plus globale de la pauvreté. D'après eux, « la pauvreté est la condition dans laquelle se trouve un être qui est privé de manière durable ou chronique des ressources, des moyens, des choix, de la sécurité et du pouvoir nécessaire pour jouir d'un niveau de vie suffisant

et d'autres droits civils, culturels, économiques, politiques et sociaux ». Selon cette définition, la pauvreté est vue comme une situation de privation qui affecte le niveau de vie et les droits de la personne. Cette situation ne relève pas de l'individu mais plutôt de ses conditions de vie. La pauvreté est alors mesurable et mesurée.

1.3. La précarité

La précarité quant à elle, est définie en 1987 par le prêtre Joseph Wresinski comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives* ».

Aux vues de cette définition, nous nous focaliserons sur la population des personnes précaires qui correspond davantage à notre investigation. De ce fait, la précarité désigne plutôt un état de fragilité des ressources et de la position sociale d'une personne, contrairement à la pauvreté qui correspond plutôt à une absence de ressources. Les composantes intrinsèques de la personne et de son environnement sont principalement présentes dans la définition de la précarité.

1.4. Les personnes précaires : description et caractérisation

La précarité regroupe plusieurs catégories de personnes allant des personnes dites « *sans domicile fixe* » aux personnes en situation de mal logement.

D'une part, une personne est dite SDF (Sans Domicile Fixe) lorsque qu'elle est privée d'une résidence fixe. Cette définition est plus large que la définition de sans-abri car elle inclut les personnes qui vont d'un hébergement à un autre sans jamais connaître l'expérience de la rue. La personne sans abris quant à elle correspond à une personne qui dort dans un endroit non-dédié à l'hébergement de façon habituelle.

D'autre part, les personnes dites « *mal logées* » regroupent un grand nombre de situations variables et complexes en lien avec une instabilité de l'équilibre de vie. Pour clarifier ces différentes catégories de personnes, la notion de « *mal-logement* » a été définie en cinq dimensions essentielles par la Fondation Abbé Pierre : l'absence de logement personnel, les difficultés d'accès au logement, les mauvaises conditions d'habitat, les difficultés de maintien dans le logement et enfin l'assignation à résidence.

1.5. Données épidémiologiques en France

Pour effectuer le recensement des personnes en situation de précarité, la fondation Abbé Pierre réalise chaque année un rapport sur l'état du mal logement en France. D'après la fondation, il y aurait 4 millions de personnes mal logés sur l'année 2020. Ce nombre comprend les personnes privées de logement personnel (environ 902 000 personnes) et les personnes vivant dans des conditions de logement très difficiles (environ 2 819 000 personnes). Ce nombre a augmenté de 50% en 10 ans, et demeure en constante évolution à cause de l'instabilité de leur mode de vie. Cette évolution met en avant le clivage des classes socio-professionnelles qui se creuse de plus en plus au fur et à mesure des années. Les inégalités dans la vie quotidienne des différentes classes sont de plus en plus fréquentes et exacerbées ce qui engendre une tension économique et social considérable.

Concernant la population des personnes sans-abris, il est plus facile pour les autorités de réaliser un recensement car ce sont des personnes qui dorment de façon régulière dans la rue. Sur les 93 996 personnes qui ont appelé le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) Social en 2012, la disparité des personnes correspondait à : 45% d'hommes isolés, 35% de familles, 11% de femmes seules, 6% de couples sans enfant et 3% de groupes d'adultes sans enfant. Ces pourcentages mettent en avant la différence de genre et d'âge des personnes vivant dans la rue. Ils soulèvent également une réelle problématique liée aux notions d'insalubrité, d'insécurité et de dangerosité auxquelles sont confrontées ces personnes.

2. Retentissement sur la santé

2.1. Vulnérabilité

Les personnes précaires sont plus sujettes à se retrouver dans des situations de fragilité et d'instabilité. Désormais, la fragilité est autant associée aux personnes victimes de mal-logement qu'aux personnes vivant dans la rue de façon habituelle. La question du logement représente alors une véritable urgence sociale comme en témoignent les événements tragiques qui surgissent de façon habituelle dans un logement précaire (effondrement, insalubrité, explosion de gaz...).

De plus, la fragilité du logement est aussi influencée par l'environnement social et plus précisément par la sphère familiale qui gravite autour du foyer. De ce fait, la famille peut faire office de ressource et de support pour répondre aux besoins des personnes mais dans le cas contraire, elle peut représenter un coût financier supplémentaire associé à des charges importantes.

Un rapport de la fondation Abbé Pierre montre également que les dépenses contraintes liées au logement représentent les deux tiers du budget des ménages pauvres, ce qui pénalise le budget alloué à d'autres dépenses pourtant essentielles comme l'hygiène personnelle ou l'alimentation. La personne précaire n'a que très peu accès aux loisirs et à la culture car la complexité de la gestion du budget peut conduire à un manque de temps ou d'envie notable. De plus, vivre en situation de précarité implique un plus grand niveau de stress associé à un sentiment d'absence de contrôle de sa vie et de perte de plaisir.

Avec la crise financière survenue en 2008, ce sont tous ses différents aspects du mal logement qui ont été touchés de plein fouet. Le revenu moyen par habitant a baissé, les charges se sont exacerbées et le taux de chômage a implosé. Cette situation a engendré un élargissement du public touché par la précarité en impactant également les classes moyennes au revenu modérée qui ont dû s'adapter à de nouvelles contraintes budgétaires.

2.2. Risques engendrés

Selon une enquête réalisée par l'Observatoire du SAMU Social de Paris, l'état de santé des personnes précaires s'est considérablement dégradé depuis les années 2000. Selon cette étude, 1/3 des personnes sans-abris souffrent de troubles psychiatriques sévères (psychose, troubles anxieux, dépression). Ces troubles seraient associés à des comportements addictifs répétés (opioïde, tabac, cannabis, alcool...). L'alcoolisme étant une des principales causes qui conduit à l'itinérance lorsque la personne n'arrive plus à subvenir à ses besoins. Il s'installe avec le temps une attitude de résignation qui conduit la personne rejetée par la société à rationaliser ce mode de vie précaire. La personne ne cherche plus à sortir de sa situation actuelle et montre progressivement des signes d'anhédonie.

De même, la localisation du logement peut être un obstacle à l'accès aux soins lorsque le quartier environnant ne dispose pas des services nécessaires pour subvenir aux besoins fondamentaux. L'accessibilité et la desserte des transports en commun est aussi un point essentiel à prendre en compte lors de l'acquisition d'un logement. De plus, pour les personnes sans-abris l'accès aux soins est encore plus sinueux. En France, 9 personnes sans-abris sur 10 ne possède pas d'assurance maladie (carte vitale), ce qui complexifie la prise en soins. Il faut alors passer par des services médico-sociaux spécialisés, mais là encore, l'instabilité de leur situation ne facilite pas un suivi médical régulier.

2.3.Le handicap social

La loi du 11 février 2005 demeure la principale loi qui prend en compte l'intégrité des personnes handicapées en promouvant leurs droits fondamentaux. Elle met en avant l'égalité de leurs chances et leur épanouissement dans la vie en société. Cette loi apporte de nombreuses avancées notamment dans les domaines de l'accessibilité, du droit à compensation, de la citoyenneté et de la participation à la vie sociale. Ces termes se reflètent tout à fait dans notre thématique centrée sur la précarité. Cette loi donne la définition suivante du handicap :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

D'après cette définition, la précarité pourrait alors se référer à un handicap. Ce sont notamment les termes de « *limitation d'activité* », « *restriction de participation à la vie* », « *environnement* » et « *altération durable* » qui mettent en lumière le lien irréfutable entre un handicap et une situation de précarité. De fait, les restrictions budgétaires et matérielles associées au manque d'accessibilité relatent des difficultés rencontrées des personnes en situation précaire. Ces personnes sont aussi limitées dans leurs activités de la vie quotidienne et témoignent d'une insatisfaction de leur mode de vie actuel, ce qui peut alors s'apparenter à une situation de handicap.

De plus, la précarité a des effets négatifs majeurs sur l'état de santé des individus. Elle représente un important facteur de risques de développement ou de problèmes de santé. « *D'abord vivre dans un milieu défavorisé diminue l'espérance de vie et augmente les risques de présenter divers problèmes de santé physique et mentale ainsi que des incapacités permanentes* ». (Lacourse, 2018 ; Paquet et Tellier, 2003 ; Paquet, 2005). D'une part les personnes en situation de précarité sont plus à risques de développer des incapacités. Comme le dit Lacourse en 2018, « *parmi les catégories de personnes les plus touchées par la pauvreté chronique, on retrouve, entre autres, les personnes ayant des incapacités* ». D'autre part, les personnes ayant des incapacités sont plus sujettes à se retrouver en situation de précarité.

La situation de handicap se définit alors par la réduction dans la réalisation d'habitudes de vie (ou d'occupations) résultant de l'interaction entre des facteurs personnels et environnementaux. Les facteurs environnementaux peuvent être alors la cause principale d'une situation de handicap, ce qui est aussi le cas pour une situation de précarité. En déduction, les définitions de précarité et de handicap coïncident dans leur approche, ce qui démontre que les

personnes précaires ont des besoins similaires avec les personnes en situation de handicap. Pourtant, il demeure une disparité importante entre les services proposés et dans la prise en charge médico-sociale de ces deux populations.

Toutefois, la reconnaissance du handicap par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) est basée sur certains critères spécifiques qui ne prennent pas forcément compte des personnes en situation de précarité sans pathologie associée. Pour remédier à cela, la MDPH devrait procéder à certaines modifications en prenant en considération les facteurs environnementaux au-delà des facteurs intrinsèques.

3. Intervention de l'Etat

3.1. La loi protège les personnes sans abris

Dans le code de l'action sociale et des familles, le chapitre V est totalement dédié à la lutte contre la pauvreté et les exclusions. L'article de loi L115-1 du 1^{er} décembre 2008 est l'illustration même de ce plan d'action que l'Etat français souhaite mettre en place. Cet article est fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et correspond à une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. Elle tend à garantir sur l'ensemble du territoire, l'accès effectif pour tous aux droits fondamentaux que ce soient dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la protection et de l'enfance.

D'un point de vue juridique, il est important de préciser que le mot « SDF » n'est pas vraiment présent dans les textes de loi. On parle plutôt de personnes « *défavorisées* », « *sans résidence stable* » ou « *sans domicile de secours* ». Il est alors difficile de faire un bilan global de l'ensemble des lois couvrant les personnes en situation de précarité, car il n'y a pas un terme précis pour cette population. De même, aucun recensement n'est effectué par l'Etat, c'est par le biais d'associations et de services médico-sociaux que les différentes études et statistiques sont réalisées auprès de cette population.

3.2. Coût annuel pour l'Etat : statistiques économiques

Une étude médicale a été menée par l'équipe de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille auprès de cette population. Cette étude démontre qu'une personne sans abris atteint de troubles mentaux coûte 17 000 euros à l'Etat par an. Ce chiffre s'explique par le fait qu'une personne sans abris se rend souvent aux urgences, aux centres médico-psychologique, en prison...

L'Etat français a alors lancé un programme intitulé « *Un chez-soi d'abord* » basé sur le modèle américaine « *Housing First* ». Le modèle américain met en avant l'accessibilité à un

logement indépendant, accompagné d'un service médico-social en lien avec les besoins de la personne.

L'objectif prioritaire du programme français est de promouvoir les droits au logement et aux soins des personnes précaires. Un autre objectif plus thérapeutique est de convaincre que l'habitat facilite l'accès aux soins. De plus, l'un des principes clés de l'expérimentation du programme « *Un chez soi d'abord* » est le choix par la personne elle-même de son logement en suivant ses convictions personnelles. Ce choix peut être en contradiction avec les recommandations des professionnels et les critères de base liés à l'équilibre de vie.

Ce programme a été créé dans une période où les politiques publiques ont tendance à offrir des places massives en hébergement d'urgence en ne développant que très peu l'accès à un logement ordinaire et durable. Il vient alors contrer les procédures actuelles en favorisant le maintien des personnes dans un environnement stable pour favoriser une réinsertion en société. Il s'inscrit dans « *la stratégie nationale de 2009-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abris ou mal logées.* » Depuis la mise en place de ce programme en 2012, les politiques publiques ont changé leur vision en créant de nouveaux logements sociaux plus spacieux et confortable, ce qui met en avant cette dynamique de réinsertion dans un logement durable.

3.3.Intérêt en Santé Publique

La commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) déclare dans son rapport de 2005-2008 que « *les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.* »

Les déterminants sociaux de la santé correspondent aux circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes et services sanitaires mises en place. Ils ont un impact important sur les capacités d'adaptation, d'intégration des personnes ; surtout ils ont une influence sur la santé de la personne. Parmi les déterminants sociaux de la santé prépondérant, nous pouvons citer la position sociale, le niveau de revenu, l'éducation, les conditions de travail ou l'environnement (naturel, politique, culturel, socio-économique). De fait, les différents déterminants sociaux sont inégalement répartis au sein d'un même pays ce qui témoignent des disparités qui peuvent nuire à la santé des personnes précaires. On parle alors d'inégalités sociales de santé. Ces différences dans le domaine de la santé mettent en avant la corrélation entre l'état de santé d'un individu et les indicateurs de position sociale. Les comportements individuels ou les facteurs personnels ne sont alors pas les seuls responsables de l'état de santé : il est nécessaire de tenir compte aussi des facteurs environnementaux.

Toujours d'après la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, les facteurs structurels ont un lien indéniable avec les déterminants sociaux de la santé. Elle explique que « *la répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel : elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées* » (OMS, 2009, p.1).

En action sociale, l'objectif va être de connaître ces déterminants sociaux de la santé, afin de pouvoir discerner leur action sur les situations de handicap vécues par les usagers. Il est primordial d'identifier ceux sur lesquels il est possible d'exercer une action directe ou indirecte, afin d'être capable de développer son potentiel thérapeutique et d'adapter au mieux son comportement et ses pratiques professionnelles.

4. Le processus de réinsertion sociale

4.1. Définition de la réinsertion sociale

L'Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale (IIDRIS) définit l'insertion sociale comme une « *action visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement ; c'est également le résultat de cette action, qui s'évalue par la nature et la densité des échanges, entre un individu et son environnement* ».

La réinsertion quant à elle est définie toujours d'après l'IIDRIS comme « *l'ensemble des processus directs et indirects tendant à diminuer les stigmates de la maladie et à augmenter les compétences psychosociales des personnes désinsérés* ».

On peut en déduire que la réinsertion sociale induit alors une forme d'adaptation sociale et environnementale, qui se traduit par une acceptation des normes sociales formelles et informelles. La personne accepte alors les codes légaux et adapte son comportement pour qu'il soit conforme à l'environnement ou le groupe dans lequel il évolue.

4.2. Législation et droits en lien avec la réinsertion sociale

La réinsertion sociale est aussi régie par des lois centrées sur l'inclusion et l'intégrité des personnes précaires. On peut citer par exemple la loi du 30 juin 1975 qui est basée sur trois axes : l'emploi, les ressources et l'hébergement. La loi dite Besson du 31 Mai 1990, qui est consacré au principe du droit au logement, elle relève que : « *Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses*

conditions d'existence, a droit à une aide de la collectivité pour accéder à un logement décent et indépendant ou de s'y maintenir ».

Nous pouvons évoquer également, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 qui est la première loi citant les personnes en situation de précarité. De même, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prônent la gestion de plusieurs fonds sociaux comme le FSL (Fond de Solidarité Logement). Enfin la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale met en avant l'intégration des personnes précaires au sein de la société, cette loi tend alors vers le principe d'inclusion sociale.

Finalement, toutes ces lois montrent qu'il y a une véritable responsabilité des politiques publiques concernant la lutte contre l'exclusion et l'isolement social. Seulement, il demeure encore beaucoup d'inégalités et l'environnement dans lequel évolue les personnes précaires n'est pas forcément propice à leur participation sociale. On peut alors mettre en avant cette problématique avec le phénomène de ségrégation sociale. De fait, on observe que les personnes les plus démunies sont souvent regroupés dans des zones géographiques précises où le coût de la vie est le plus bas.

4.3.La dimension de l'environnement

L'environnement est la conséquence première d'un signe de pauvreté. La requête primaire des personnes précaires correspond à l'acquisition d'un logement stable afin d'être dans un milieu plus sécurisant. C'est la première étape pour favoriser l'épanouissement personnel et la participation sociale. Le logement conditionne l'ensemble des autres aspects de la vie quotidienne. Comme l'affirme Parmentier (1997) : *« l'impossibilité d'accéder à un logement ou l'accès à un logement de mauvaise qualité ne permet pas l'accès aux autres droits sociaux, comme le droit à l'éducation, le droit au travail [...]. Ainsi conçu, le logement a un rôle fondamental pour la survie de l'homme, son aptitude au travail, la sécurité de la société et sa cohésion. »*

De fait, l'habitat a un rôle d'intégration sociale fondamentale, car il offre une liberté d'action et d'expression beaucoup plus importante. La participation sociale de l'individu est d'autant plus significative car l'individu se projette plus facilement dans sa vie, lorsqu'il possède un logement.

Cependant, l'acquisition d'un logement ne garantit pas forcément une intégration sociale et une bonne qualité de vie. De ce fait, les possibilités de risques pour la santé, présents dans l'environnement du logement sont multiples : quartier près de sources de pollution, logement petit, insalubre, mal chauffé et non sécuritaire. De ce fait, les quartiers défavorisés sont davantage touchés par ces situations, car les services de rénovation et d'entretien ne sont que très peu

présents. Certains immeubles sont laissés à l'abandon par les services sociaux ce qui engendre de l'insalubrité et un surpeuplement conséquent. On peut alors observer la précarité d'un point de vue géographique à sa concentration sur un territoire donnée. Dans ce cas-là, l'environnement apparaît comme un obstacle à l'épanouissement et peut mener à l'isolement social de la personne ou d'un groupe de personnes.

5. Les différents services mise en place pour favoriser la réinsertion sociale

5.1.Le SAMU social

Le SAMU social correspond à un ensemble d'associations non gouvernementales venant en aide aux personnes démunies. Ces associations opèrent grâce à une plateforme d'appel gratuit qui reçoit les appels des personnes. Le numéro a sollicité étant le 115. Ce numéro attribue au jour le jour des places au sein des structures d'hébergement d'urgence. Il est surtout utilisé lors des périodes hivernales et il est un service essentiel dans la prise en charge des personnes sans-abris. Les appels peuvent être passés par les personnes sans-abris elles-mêmes, si elles ont un téléphone à disposition ou alors via une personne extérieure, que ce soit un bénévole lors d'une maraude ou un simple passant. L'association de la croix rouge est le 1^{er} opérateur du Samu Social en France.

5.2.Les structures associatives

La loi du 1^{er} juillet 1901 définit les différentes règles encadrant la création d'une association et régit le statut juridique associatif. Une association est caractérisée par un groupement de deux personnes ou plus dont le but premier n'est pas d'engendrer ou de partager de bénéfices. On dit alors que c'est un organisme à but non lucratif. Les associations qui portent secours aux personnes nécessitant de l'aide qu'elle soit matérielle ou morale sont appelés des associations caritatives. Parmi les associations caritatives venant en aide aux personnes précaires, nous pouvons citer :

- La Croix-Rouge qui a développé une approche complète de lutte contre les précarités en proposant un suivi des personnes en détresse, afin de les aider et les accompagner dans leur processus de réinsertion et d'autonomie.
- Le Secours populaire qui est porté par deux missions clés : sur le court terme, en organisant une solidarité d'urgence basée sur l'écoute, l'alimentaire et le vestimentaire ; sur le long terme en accompagnant les personnes dans leurs démarches et leurs droits (accès au logement, à la santé, aux vacances, à la culture...).
- Emmaüs qui est une association fondée par l'abbé Pierre en 1949, mettant en lumière le projet social et la solidarité bien avant la logique économique. Elle s'appuie sur quatre

piliers essentiels qui sont la solidarité, l'accueil inconditionnel, l'autonomie par l'activité et le développement durable.

- L'association « *Restos du Cœur* », fondée par Coluche en 1985, elle apporte une assistance bénévole aux personnes démunies notamment dans le domaine alimentaire par l'accès notamment à des repas gratuits.

De plus, au fur et à mesure du temps, plusieurs associations partageant la même idéologie se sont regroupés pour former une fédération luttant contre la pauvreté et l'exclusion. C'est le cas de la FAS (Fédération de Acteurs de la Solidarité) qui assure l'accompagnement social des personnes les plus en marge de la société. Cette fédération compte 870 associations ou organismes qui gèrent 2 800 établissements et services sociaux accueillant, hébergeant, logeant et insérant 900 000 personnes chaque année.

En lien avec la politique de lutte contre l'isolement et l'exclusion, une enquête a été réalisée par la FAS à l'été 2011 auprès des « *115* » de 34 départements. Cette enquête montre que les demandes qui ont été adressées au SAMU social ont reçu des réponses négatives deux fois sur trois et n'ont donc pas donné lieu à un hébergement, par manque de places disponibles. Ce résultat atteste de la pénurie financière, matérielle et humaine des services sociaux face à la forte croissance des demandes enregistrées. Ces services n'arrivent plus à assurer l'accueil et la prise en charge de tout le monde. Ils sont obligés de créer des listes d'attentes pour que chaque personne puisse bénéficier d'une aide. Les structures d'hébergement sont alors en tension constante car elles essaient au mieux de réguler le flux de personnes hébergées en priorisant les demandes et les besoins en fonction des situations présentées.

5.3. Les structures d'hébergement et de réinsertion sociale

Diverses structures ont été mises en place pour héberger ou loger temporairement les personnes et familles défavorisées, exclues des circuits traditionnels du logement. Ces hébergements ne constituent qu'une étape dans la réinsertion sociale mais demeurent essentiels pour permettre aux personnes de subvenir à leurs besoins primaires tout en élaborant en parallèle leur projet de vie.

Parmi les structures d'hébergement et de réinsertion sociale existantes en France, nous pouvons citer :

- Les ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique) qui sont dédiés aux personnes ou familles se trouvant en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière. Ce

service offre un logement individuel de relais, à titre temporaire, où les personnes sont encadrées par une équipe médico-sociale.

- Les LHSS (Lits Halte Soins Santé) qui sont des structures médico-sociales offrant une prise en charge d'hébergement aux personnes sans domicile qui présentent des problèmes de santé bénins.
- Les CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) qui ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles en situation de précarité.

Afin d'évaluer et d'élaborer des axes améliorations au sein de ces structures, l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) a réalisé une évaluation interne dans ces différentes structures. Cette évaluation a pour objectif la promotion de l'autonomie et de l'insertion sociale des bénéficiaires de ces structures. De cette évaluation est ressortie l'importance de prendre en compte les structures d'hébergement comme un tremplin vers une réinsertion sociale optimale. Le temps de prise en charge au sein de ces centres doit permettre aux personnes d'élaborer des projets et des objectifs pertinents qui prend en compte leurs besoins et leurs attentes.

Pour les personnes précaires possédant un logement autonome, d'autres services médico-sociaux sont mis à disposition comme les SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) ou les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés).

Les SAVS sont des dispositifs sociaux qui apportent une aide pour les actes de la vie quotidienne en favorisant l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. C'est un service d'accompagnement vers l'autonomie de la personne en situation de précarité extrême. Il propose un accompagnement pluridisciplinaire dans un projet de développement du lien social en utilisant les loisirs et la culture comme vecteur de socialisation. Les SAMSAH quant à eux, proposent un service d'accompagnement médical et social ainsi qu'une aide à la réinsertion sociale et professionnelle basée sur le modèle de l'inclusion sociale. Une orientation SAMSAH délivrée par la MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) est nécessaire pour être éligible à ce type de service.

Concernant l'accès aux soins qui est bien souvent sinueux, des dispositifs de prise en charge médico-sociale ont été mis en place pour les personnes en situation de précarité. En effet, les PASS (Permanence d'Accès aux Soins en Santé) sont des services d'accueil temporaire, présents, la plupart du temps, au sein des hôpitaux publics. Leur rôle est de faciliter l'accès aux

soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits et de leur santé.

5.4. Les CHRS : un enjeu de réinsertion

Au regard de tous ces différents services et structures, le CHRS semble être le service le plus en lien avec notre population et notre thématique. En effet, il propose une prise en charge individuelle et personnalisée aux bénéficiaires, leurs différents objectifs étant de :

- Participer au maintien et à la restauration de la dignité de la personne
- Pourvoir au logement et à la subsistance des personnes démunies
- Mettre en place un soutien et un accompagnement social avec le public
- Rétablir l'insertion sociale sous l'angle professionnel et économique

Ce sont des structures qui ont été créés pour donner suite à la loi 74-955 du 19 novembre 1974 qui a étendu l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires. Elles sont régies par des recommandations de bonne pratique de l'HAS reprenant les différentes caractéristiques en lien avec la santé physique et psychique des personnes accueillies.

Les CHRS sont pour la plupart gérés par des associations et organisations humanitaires (Croix-Rouge, Samu Social, Mouvement Emmaüs...), les autres sont gérés par des collectivités publiques locales (le Centre Communal d'Action Social ou le département). De plus, la FAS est l'une des principales organisations représentant les associations gestionnaires des CHRS. En effet, elle compte 800 CHRS adhérents et se donne pour mission de les représenter auprès des pouvoirs publics, en promouvant l'information et la formation du réseau en lien avec l'hébergement et l'insertion sociale.

Le financement des CHRS est assuré par une dotation globale de l'Etat. Les personnes participent aussi à leurs frais d'hébergement et d'entretien, en sachant que les frais à payer se base sur un barème réglementaire tenant compte notamment de leurs revenus. Concernant l'admission, il faut réaliser la demande auprès d'un travailleur social local. Celui-ci construit un dossier et le soumet au SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) du département qui évaluera par la suite le besoin et la demande d'admission au sein du CHRS.

Enfin les CHRS participent également aux veilles sociales et au plan d'urgence hivernal en augmentant ses capacités d'accueil au titre d'un hébergement d'urgence. Ce sont alors des structures qui sont capable de s'adapter lorsque la demande est trop importante. Les services proposés au sein d'un CHRS sont donc divers et variés. De fait, ils peuvent comprendre un suivi

social, un appui psychologique ainsi qu'une aide à la recherche d'emploi et à la recherche d'un logement. A ce jour, il n'y a cependant pas d'ergothérapeute travaillant dans ce type de structure.

6. Le pratique communautaire et le rôle de l'ergothérapeute au sein des structures de réinsertion

6.1. Le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion sociale

La profession d'ergothérapeute est légalisée par un référentiel de compétences, un Diplôme d'Etat (Arrêté du 5 juillet 2010) et l'inscription au livre IV du Code de la Santé (Loi 95-116 du 4 février 1995). D'après cet arrêté, le métier d'ergothérapeute est défini comme « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique* ».

Nous pouvons aussi constater que le référentiel de compétences, relate du rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion sociale via certaines compétences spécifiques. C'est le cas de la compétence C3 qui se réfère à la mise en œuvre des activités de soins, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale. L'ergothérapeute identifie alors les facteurs et les stratégies favorisant l'engagement des personnes dans l'activité tout en améliorant leur autonomie. La compétence C6 en appelle également à développer un climat de confiance avec la personne et à négocier le contenu du programme personnalisé d'intervention. Elle met en avant l'élaboration du projet de vie de la personne, tout en favorisant une alliance thérapeutique. Enfin, la compétence C7 adhère aussi aux principes de la réinsertion sociale, par le fait d'identifier les domaines de formation personnelle à développer qui vise à améliorer les pratiques d'un ergothérapeute comme par exemple le développement de la pratique communautaire.

De plus, dans le cadre de la reprise d'activités des personnes précaires, la définition de la FME (Fédération Mondiale des Ergothérapeutes) de l'ergothérapie est tout à fait en concordance avec la réinsertion sociale. Elle définit l'ergothérapie comme « *une profession médico-sociale qui vise à promouvoir la santé par le biais de l'occupation* ». De ce fait, « *l'occupation correspond à un ensemble d'activités qui structure la vie et qui est porteur de sens pour l'individu ou de la collectivité, comme l'alimentation, l'éducation, le travail, le jeu ou le repos* » (Polatajko, David et al., 2013). Elle a une valeur culturelle, personnelle et sociale qui soutient la personne dans sa

réinsertion sociale. L'objectif général de l'ergothérapie étant de permettre à toute personne de s'engager dans des occupations nécessaires ou significatives dans son ou ses milieux de vie.

D'un point de vue ergothérapeutique, la précarité peut être alors abordée comme une restriction d'occupations en lien avec des facteurs contextuels, personnels, environnementaux ou occupationnels. « *Elle est prise en compte pour expliquer certaines conséquences négatives sur la personne, son environnement et ses occupations* » (Jasmin, 2019). « *À titre d'exemple, les personnes en situation de pauvreté utilisent souvent davantage de ressources cognitives pour gérer leurs dépenses, ce qui les place à risque de surcharge cognitive et rend plus difficile une prise de décision judicieuse* » (Stiglitz, 2012). Surtout, il importe de reconnaître que « *la pauvreté contraint les possibilités occupationnelles des individus et des groupes, engendrant des situations d'injustice occupationnelle, comme de la privation, de l'aliénation, de la marginalisation ou du déséquilibre occupationnels* » (Larivière et al., 2019). Par conséquent, cette limitation environnementale a des répercussions notables sur les droits occupationnels et l'épanouissement dans la vie en société.

L'ergothérapie doit alors développer de nouveaux réseaux partenaires, notamment dans le secteur de la santé publique et social, puisque les problématiques ne sont plus uniquement d'origine médicale, mais deviennent de plus en plus d'origine sociale. En effet, il est important de constater que certaines personnes en situation de précarité ne bénéficient pas de services, malgré leurs besoins, en raison d'obstacles qui sont pour la plupart du temps financiers.

6.2. Les outils de l'ergothérapeute

L'évaluation est un élément central dans l'intervention d'un ergothérapeute, elle est réalisée en général en début de prise en charge. Elle permet de collecter des informations sur la situation actuelle de la personne précaire en mettant en évidence ses difficultés et ses capacités.

Concernant notre thématique, plusieurs bilans spécifiques d'ergothérapie relatent des difficultés que peuvent avoir les personnes précaires dans leur quotidien. C'est le cas de l'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation de Difficultés Et des Besoins) qui est un outil d'auto-évaluation qui établit un profil quantitatif des difficultés et des besoins d'aide d'un individu. Nous pouvons également citer l'échelle MHAVIE (Mesure des habitudes de vie) qui est un questionnaire ayant pour but de recueillir des informations sur le point de vue d'une personne sur la réalisation d'un ensemble d'habitudes de vie dans son milieu écologique.

L'ergothérapeute a donc toute sa place dans la prise en charge des personnes précaires en raison des différents bilans mis à disposition et de la prévalence élevée des difficultés chez cette population. Il contribue à réinsérer ces personnes en leur permettant de retrouver un équilibre de vie, de reprendre confiance et de se sentir valorisées par le biais d'activités médiatrices et

signifiantes. Par la mise en activité, il inculque un apprentissage en temps réel à la personne qui lui permet de prendre conscience de ses habiletés, de ses limites et des contraintes de son environnement. L'ergothérapeute est un « *catalyseur du processus de changement de l'individu* » (Offenstein 2015, p.109). Il se met alors stratégiquement en retrait pour façonner l'activité au regard de la personne : « *moi, je ne sais pas faire car je ne suis pas toi, je n'ai pas vécu cette vie intense que tu connais* ». Cette attitude thérapeutique est essentielle face aux personnes en situation de précarité car nous ne pouvons imaginer leur parcours chaotique émotionnel et matériel. Le but est de sortir d'un modèle médical (symptômes, déficiences, traitements...) et de s'orienter vers le renforcement des compétences et de l'environnement social.

De fait, sans une bonne compréhension du phénomène des inégalités socio-économiques et de la pauvreté, l'ergothérapeute pourrait inconsciemment porter et véhiculer des préjugés négatifs. « *Acquérir et intégrer des connaissances en sciences sociales est utile non seulement pour bien comprendre la société et la culture mais également pour saisir les aspects sociaux et culturels liés à la santé, à l'inclusion sociale et à la justice occupationnelle soit trois finalités ou valeurs de l'ergothérapie* » (Townsend et Polatakjo, 2013).

La Charte d'Ottawa de 1986 démontre tout à fait cet engagement d'une action sociale dans la promotion de la santé pour réduire les inégalités. Les professionnels de santé sont donc inscrits dans une pratique qui prônent l'équité de tous pour que chaque individu puisse disposer des ressources et aptitudes nécessaires pour optimiser sa santé. L'objectif est d'apprendre ou de réapprendre à la personne les compétences indispensables à une vie autonome dans son environnement. De plus, l'intervention du professionnel doit prendre en considération les droits, les capacités, les connaissances de l'individu pour qu'il puisse participer à la prise de décision et aux conséquences qu'elle entraîne dans sa vie.

Le rôle de l'ergothérapeute dans la promotion de la santé pourrait alors se référer à une inclusion équitable des personnes quelques soient ses difficultés. Il donne la possibilité de participer à une vie associative, d'avoir un logement adéquat, de faire des achats satisfaisants... L'environnement doit être structuré comme un soutien quotidien à la personne, l'objectif étant de limiter l'isolement et la discrimination. L'ergothérapie a une place importante dans ce processus de réinsertion sociale, car « *lors de la réinsertion, les problèmes les plus souvent rencontrés sont liés aux activités quotidiennes qui font partie intégrante de la profession d'ergothérapeute* » (Hernandez, 2016). Dans un contexte social ou sociétal de pauvreté, il est préférable d'offrir ou de développer des services d'ergothérapie selon une approche communautaire.

6.3. La pratique de l'action communautaire

Communautaire vient de « *communauté* » qui désigne étymologiquement « *un ensemble de personnes* ». Les communautés sont définies selon un territoire, des caractéristiques ou intérêts communs, une situation problématique ou une identité partagée. Médard quant à lui, propose de définir la communauté comme « *à la fois un endroit, des gens vivant en cet endroit, l'interaction entre ces gens, les sentiments qui naissent de cette interaction, la vie commune qu'ils partagent et les institutions qui règlent cette vie* ».

L'action communautaire désigne « *toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun* » (Lamoureux et al., 2008). L'action communautaire s'inscrit alors dans des pratiques multiples et diversifiées structurées autour de trois axes principaux : « *la mise en place de ressources et de services d'utilité sociale adéquate et satisfaisant, la mise en place d'activités d'éducation populaire favorisant l'exercice d'une citoyenneté active et enfin la formulation de revendications sociales visant à rendre notre société plus cohérente avec les valeurs auxquelles nous adhérons collectivement* » (Lamoureux, 2020). Des services comme les RERS (Réseaux d'Echanges Réciproques des Savoirs), les jardins partagés ou encore les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) suivent ces initiatives en lien avec l'action communautaire mettant en avant la participation de tous.

En ergothérapie, la pratique communautaire s'articule autour de la participation sociale (rôles sociaux et activités significantes) de la personne, du groupe ou de la communauté. Elle peut se réaliser dans un environnement institutionnel, à domicile ou dans la communauté. Comme décrit par l'OMS en 1999, la pratique communautaire repose sur le concept de communauté en santé, c'est-à-dire d'une communauté qui crée des environnements sécurisants et développe des ressources permettant de « *se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et de réaliser pleinement leur potentiel* » (OMS, 1999). En effet, la promotion de la santé est directement en lien avec une action communautaire. Dans ces deux processus, il y a un désir de considérer la communauté comme acteur principale de son évolution en assumant la responsabilité de leurs actions.

L'enjeu pour les professionnels est de réussir à identifier ces inégalités, afin de pouvoir mettre en place des actions ciblées pour les individus ou les groupes d'individus les plus exposés. Pour cela, il est essentiel de connaître les déterminants sociaux de la santé de la communauté afin de pouvoir identifier leurs actions sur les situations de handicap ou les situations de vulnérabilité. Il est également primordial que les services de santé soient bien informés des enjeux et des

problématiques auxquels les différentes communautés font face. L'environnement étant un des principaux facteurs d'injustice occupationnelle, il est donc représenté comme un élément fondamental dans l'approche communautaire. De fait, il est possible d'avoir une action directe sur l'environnement en travaillant sur les habitudes de vie de la communauté et l'accessibilité aux services.

Cette approche semble donc être la plus adaptée auprès de publics précaires exposés à des problématiques environnementales, médicales et sociales. Dans ce sens, l'ergothérapie agit sur le développement de moyens durables et pérennes pour que la personne ait des occupations bénéfiques sur sa santé au quotidien.

6.4. La pratique communautaire auprès des personnes précaires

En raison des difficultés financières et du manque d'informations sur leurs droits fondamentaux, les communautés précaires font face à des inégalités sur les possibilités de participer à des occupations significatives et sur l'accès aux ressources. Pour cela le développement d'approches collectives et communautaires est nécessaire pour que chaque individu puisse trouver sa place en s'appuyant sur les atouts de sa communauté.

De fait, les services communautaires ne sont pas spécifiques à un public cible. Au contraire, cette perspective sociale tend à s'intéresser à tout citoyen dès lors que ses droits occupationnels sont restreints, inéquitables, voire inexistantes. En effet, avec la situation sanitaire, les besoins occupationnels sont innombrables à la vue du clivage socio-économique actuel. En prenant en compte la situation économique existante et les besoins des communautés, on peut alors redéfinir la santé comme étant « le bien-être social, émotionnel, spirituel et culturel de toute la communauté. *« Les services de santé doivent s'efforcer d'atteindre cet état où chaque individu peut réaliser son plein potentiel en tant qu'être humain et ainsi assurer le bien-être total de sa communauté dans son ensemble »* (Wilcock 1998).

Kretzman et McKnight proposent une évaluation communautaire en trois étapes qui permettent d'observer et d'analyser les atouts retrouvés au sein des communautés à faible revenu. En premier, il s'agit de déterminer les compétences des individus. En second, il est question de déterminer les atouts au sein de la communauté pouvant être utiles pour les individus. Pour finir, on détermine les capacités réciproques des individus et de la communauté qui peuvent permettre de créer des liens.

En santé sociale, il est alors préférable pour l'ergothérapeute d'utiliser une approche dite descendante ou « *top-down* ». De fait, cette approche axe sur les forces spécifiques d'une

communauté au lieu de regarder les difficultés ou problèmes rencontrés qui pourraient être source de désengagement ou de repli surtout auprès d'une population vulnérable. Elle permet également d'examiner la pauvreté dans un contexte beaucoup plus large, en prenant en compte les occupations d'une personne dans son environnement et son développement social. Les ergothérapeutes bénéficient alors d'une situation idéale pour travailler dans les communautés précaires en s'appuyant sur leur expertise et leurs différents outils. Au Québec, les ergothérapeutes ont su innover dans leurs pratiques professionnelles en proposant des services directement dans le milieu de vie de la personne en s'appuyant sur les principes de santé communautaire. La pratique communautaire est désormais inscrite dans les domaines d'intervention de l'ergothérapeute au même titre que la rééducation fonctionnelle par exemple, ce qui n'est pas encore le cas dans les pays occidentaux.

6.5. Entretien avec une ergothérapeute travaillant en milieu communautaire

Lors de mes différentes recherches en lien avec la pratique communautaire en ergothérapie, j'ai eu la chance de pouvoir m'entretenir par visioconférence avec une ergothérapeute québécoise. Elle a pu m'éclairer sur cette pratique au sein des communautés précaires tout en me précisant les outils qu'elle utilise. De ce fait, j'ai appris qu'au Canada, les ergothérapeutes ne travaillent pas sur prescription médicale, ce qui offre beaucoup plus de liberté car les prises en charge sont actées à la demande du patient directement ou par n'importe quel professionnel médico-social. Les ergothérapeutes ayant une pratique communautaire travaillent au sein des structures CLSC (Centre Local de Services Communautaires). Leurs actions ont principalement lieu dans le milieu écologique des personnes précaires ou alors dans les organismes communautaires recevant cette population (centres d'hébergement, associations...). La durée de prise en charge en sein des CLSC peut varier de quelques semaines à plusieurs mois, tout dépend de la demande et du besoin de la personne. L'objectif premier de la réinsertion sociale des personnes précaires est de retrouver le plus rapidement possible un logement pérenne. En effet, pour prétendre avoir une sécurité sociale, il est nécessaire d'avoir une adresse.

En milieu communautaire, l'ergothérapeute travaille énormément en collaboration avec les intervenants directs, que ce soit l'entourage, la famille, les services de proximité, ou les différents professionnels associés (physiothérapeute, infirmier, travailleur social, psychologue, auxiliaire de vie, pharmacien...). Cependant, il n'y a que très peu de contact avec les médecins car ils ne sont pas présents directement dans les structures communautaires. Les différents professionnels ont alors un rôle important dans la promotion de la santé en effectuant plusieurs actions de prévention.

De plus, l'ergothérapeute utilise surtout des outils qui le place en position d'observateur tels que les mises en situations ou les bilans d'AVJ (Activité de la Vie Journalière). Concernant les bilans standardisés, l'ergothérapeute doit faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité car ils ne peuvent pas être appliqués à toutes les situations. Surtout avec une population de personnes en situation de précarité, il est primordial d'adapter les bilans à la situation et non pas l'inverse. De ce fait, le rôle de l'ergothérapeute est de mettre en avant l'impact fonctionnel d'une situation ou d'une pathologie sur l'activité. Il travaille sur les répercussions d'une incapacité sur les activités de la vie quotidienne et non pas sur l'incapacité en elle-même.

6.6. Enquête exploratoire : mettre en lumière l'intérêt d'une pratique communautaire au sein des CHRS

L'enquête exploratoire a été réalisée auprès des travailleurs sociaux des différents CHRS de la région Occitanie. Le but est de montrer l'intérêt d'avoir un ergothérapeute dans ce type de structure en montrant l'importance de l'environnement dans la reprise d'activité occupationnelle.

L'enquête exploratoire s'est déroulée sous la forme d'entretien téléphonique de 20 min avec différents CHRS de la région. Sur les 15 CHRS présent dans la région Occitanie, 5 ont accepté de répondre à mes questions : le CHRS FARE qui accueille un public jeune, le CHRS Issue et le CHRS La clairière qui accueillent des femmes isolées, des femmes et des hommes victime de violence (conjugale ou familiale) ainsi et des familles, le CHRS L'Oustal qui reçoit des personnes vieillissantes qui vivent à la rue depuis un moment, puis le CHRS Bouissonade qui est plutôt un CCAS (Centre Communaux d'Action Sociale. Son rôle est de mettre en lien les personnes avec les prestations auxquelles ils sont éligibles comme l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), l'ASH (Aide Sociale à l'Hébergement) ou le RSA (Revenu de Solidarité Active).

Après l'analyse des résultats de cette enquête, on s'aperçoit qu'il n'y a aucun ergothérapeute dans ce type de structures, ce qui est expliqué par un manque de budget ou une méconnaissance du métier. Les professionnels présents sont des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, des assistantes sociales et des secrétaires. Dans certaines situations, des infirmiers ou des professeurs de français peuvent également intervenir. Les personnes sont adressées au CHRS par les urgences, le SAMU social ou le SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation). Les séjours au CHRS durent environ 6 mois et sont renouvelables 1 fois ce qui permet d'élaborer un projet de vie pertinent en travaillant en collaboration pluridisciplinaire.

L'urgence pour les personnes accueillies concerne en premier lieu l'alimentation puis le logement. Tous deux, correspondent aux besoins primaires qu'à un être humain pour assurer sa

survie. Il est alors essentiel d'assouvir ces besoins en travaillant en collaboration avec des organismes diverses. Concernant le relogement, le CHRS travaille conjointement avec le SIAO qui coordonne les acteurs de l'hébergement et de l'insertion. Ce service vise à simplifier les démarches d'accès à l'hébergement ou au logement qu'il soit ordinaire ou accompagné. Il traite avec équité les différentes demandes en prenant en compte les besoins des personnes et non uniquement de la disponibilité des places. Le but de cette collaboration étant d'assurer la réinsertion socio-professionnelle de la personne par le logement. Le CHRS offre alors un hébergement et une solution temporaire à la personne en vue d'un relogement dans un logement pérenne où la personne sera en autonomie de payer un loyer adapté à ses capacités et à ses revenus

7. Question de recherche

En mobilisant l'intégralité des informations recensées, nous pouvons mettre l'accent sur les difficultés et les obstacles rencontrés par les personnes précaires pour s'investir dans des activités occupationnelles. Plus généralement, ces différentes données soulèvent cette ambivalence entre les besoins, les attentes des personnes et le développement de la pratique communautaire. Notre question de recherche repose donc sur cette thématique complexe dont l'intitulé est :

Par quels moyens l'ergothérapeute, via une pratique communautaire, pourrait-il agir sur la dimension environnementale dans les activités occupationnelles des personnes en situation de précarité ?

PARTIE II : CADRE THEORIQUE

Les différents termes de la question de recherche seront argumentés grâce à des éléments théoriques associant l'ergothérapie, les déterminants sociaux de la santé et les besoins fondamentaux. Cet apport théorique permettra de légitimer et de mieux appréhender les enjeux de la recherche étudiée.

1. Le Modèle KAWA

Michael Iwama est un ergothérapeute d'origine japonaise qui s'est heurté à la question de la transférabilité des représentations culturelles. En effet, la culture a un impact fondamental sur notre façon d'appréhender la vie, la santé et la thérapie. La culture d'après Guy Rocher représenterait un « *ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière*

à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte ».

Michael Iwama a constaté que la majorité des modèles conceptuels en ergothérapie sont d'origine occidentale et sont donc forcément marqués culturellement. De ce questionnement est alors né le modèle KAWA qui signifie « rivière » en japonais. Le but de ce modèle est de permettre, lors d'un entretien, d'avoir une vision globale du récit de vie de la personne. L'ergothérapeute s'appuie d'un support papier représentant deux dessins d'une rivière pour imaginer ses propos. Le premier représente la rivière dans son ensemble traduisant l'intégralité des étapes de vie d'une personne. Le second témoigne de la situation actuelle d'une personne, symbolisée par une coupe verticale de la rivière (ANNEXE I). Le cours de la vie étant intimement lié à son environnement, la métaphore de la rivière aide alors la personne à percevoir et décrire intuitivement ses difficultés, ses capacités et ses déterminants personnels dans son quotidien. Ce modèle s'adapte donc à la culture du bénéficiaire.

Il est facile et économique à mettre en place et il peut s'utiliser pour un large public grâce à sa capacité d'adaptation à la culture d'autrui. C'est un outil d'évaluation qui permet de mettre en avant le point de vue de l'utilisateur en s'auto-évaluant. Il permet d'interroger le lien qui existe entre la personne et son environnement. Il est intéressant de noter que l'activité n'est pas représentée en tant que telle dans la rivière : le flot de la rivière représente la vie, mais aussi l'ensemble des activités ou occupations inhérentes au cours de la vie, intégrées dans l'environnement. Il s'agit d'un modèle systémique plus centré sur l'harmonie avec l'environnement et la nature. Il est aussi important que l'ergothérapeute tienne compte de la subjectivité des propos de la personne, il n'a pas une position de formateur ou d'enseignant. La relation instaurée par le thérapeute est alors très respectueuse et se base sur un système égalitaire, l'ergothérapeute est un soutien pour la personne. C'est donc l'expression de la personne qui est recherchée au travers de ce modèle. La satisfaction et l'adhérence au projet de celle-ci sont des critères indispensables lors de l'élaboration des objectifs et des stratégies. De ce fait, l'évolution du dessin de la rivière « en coupe » durant l'intervention de professionnels permet d'évaluer le travail réalisé à court, moyen et long terme.

Lors de l'élaboration du modèle, quatre concepts clés sont ressortis : les facteurs environnementaux physique et sociale, les circonstances de vie, les déterminants personnels (atouts et handicap) et le cours de la vie. Ces concepts sont alors mis en image dans la métaphore de la rivière (ANNEXE 1). La rivière se réfère à la vie complète d'un être humain. Sa source est

le début de sa vie, sa naissance. Le parcours de l'eau représente les étapes de la vie. L'embouchure de la rivière évoque alors la mort de la personne.

Les facteurs environnementaux

Concernant les facteurs environnementaux, ils sont imagés par les rives et le lit de la rivière. Ils sont plus ou moins large en fonction des restrictions et des libertés d'une personne. Dans le cas des personnes précaires, ses restrictions peuvent s'apparenter à des règles sociales rudes qui induisent une pauvreté dans les relations sociales. De plus, la localisation géographique du lieu de vie des personnes précaires est souvent isolée du reste de la population. On peut alors parler de discrimination sociale étant donné qu'il y a une distinction faite entre les catégories sociales quelle soient de l'ordre physique ou social. Les personnes naissent et vivent dans des contextes variés, certains permettant un écoulement facile comme une large rivière, certains empêchant que l'eau coule avec force et sans obstacles importants. De ce fait, la rivière est inséparable de son environnement, car c'est lui qui définit son flot et son débit. Ces éléments font alors référence aux déterminants sociaux de la santé, on peut alors déduire que les facteurs environnementaux conditionnent les circonstances de vie d'une personne en offrant des possibilités plus ou moins importante en fonction de l'origine sociale.

Les circonstances de vie

Les circonstances de vie sont symbolisées par des rochers amovibles dans la rivière. Ils entravent alors le flux et doivent être contournés pour permettre à l'eau de circuler. Ils représentent les obstacles perçus par la personne dans sa vie quotidienne. A propos des personnes précaires, ces rochers peuvent illustrer des difficultés quels soient de l'ordre physique (handicap corporel), psychique (maladies mentales), environnemental (limitation dans les activités) ou financière (restrictions budgétaires). Ainsi, ces contraintes combinent à la fois les composantes personnelles et un défaut de performance à la vie quotidienne. Cependant, un même obstacle n'aura pas la même conséquence sur le cours de la vie de deux personnes différentes, car ce sont les déterminants personnels qui permettent de surmonter les épreuves de la vie.

Les déterminants personnels

Les déterminants personnels sont en lien avec la force de caractère d'une personne, son estime d'elle-même, ses compétences et sa personnalité. Ils peuvent avoir des aspects bénéfiques ou négatifs en fonction de la situation. Les préjugés circulant autour des personnes précaires, renvoient une image étriquée de leur situation en les assimilant à des fainéants qui vivent sur les aides sociales. Par conséquent, les personnes précaires se sentent bien souvent dévalorisées de par non seulement leur situation mais surtout par le regard de l'autre. Leur condition de vie ne leur permet pas de déployer pleinement leurs compétences et leur savoir-faire. De même, certaines

personnes n'ont pas conscience de l'étendue de leurs compétences étant donné les rares opportunités d'activités qui sont à leurs dispositions. Ces déterminants personnels sont incarnés par les bois à la dérive qui flottent sur la rivière. En parallèle des rochers, les bois sont mobiles et se déplacent à la vitesse du flux de l'eau. Ces déterminants sont alors susceptibles de changer de formes et de nombres. En sachant que, plus il y a de morceaux de bois dans la rivière, plus il est facile de percuter un rocher ou de se rassembler pour former un barrage. A contrario, si la force du courant est amené à s'accroître en ayant des facteurs environnementaux facilitateurs et des circonstances de vie satisfaisante, ces mêmes morceaux de bois peuvent déloger un obstacle important ou creuser des canaux. Ces canaux permettront à l'eau de circuler plus facilement en repoussant les différents obstacles qui se dressent sur son chemin. Au bout du compte, les déterminants personnels font référence avant tout aux atouts et aux handicaps d'une personne en rapport avec sa satisfaction personnelle et son estime de soi dans ses habitudes de vie.

L'intervention de l'ergothérapeute vise à aider la personne à dégager et agrandir ces espaces pour permettre à l'eau de couler avec puissance. L'ergothérapeute se base sur les forces et les atouts de cette personne plutôt que ses difficultés. Il va l'aider à cibler et implanter des changements réalistes et durables dans sa routine quotidienne. La symbolique de la rivière étant spécifique à chaque personne, il n'y a pas d'exemples à suivre ou de modèles idéals. Ce qui prévaut, c'est l'ajustement des différents éléments de la rivière que ce soit les rochers, les rives et les bois flottants de façon à laisser des espaces suffisants pour avoir un débit d'eau optimal. Il suffit de changer un aspect de la rivière pour que tous les autres éléments se modifie par la suite. L'ergothérapeute va alors travailler sur la modélisation de l'environnement de la personne pour qu'il soit le plus sécurisant et facilite ainsi son épanouissement et son intégrité. Pour cela, il utilise une approche systémique en prenant compte des différentes interactions environnementales, en vue de rendre une part active à la personne dans la société. « *Tout comme la vie des gens est limitée et façonnée par leur environnement, les gens et les circonstances, l'eau qui s'écoule comme une rivière touche les rochers, les murs et les berges et tous les autres éléments de la rivière d'une manière similaire à laquelle les mêmes éléments affectent le volume, la forme et le débit de l'eau* » (Iwama, 2006).

Ce modèle correspond tout à fait à une pratique communautaire de l'ergothérapeute de par sa tolérance de la culture d'autrui et de sa vision holistique dans l'accompagnement des personnes. De plus, il est tout à fait transposable à un groupe de personnes ou à une communauté.

2. Le modèle Dahlgren and Whitehead

Le modèle Dahlgren and Whitehead est un modèle en arc-en-ciel (ANNEXE II) qui représente les déterminants de la santé selon cinq niveaux distincts. La conception de ce modèle est née de la dynamique scientifique et politique, dans les années 1980, autour des déterminants de la santé et de la répartition inégale de leurs impacts au niveau des populations. A partir de ce constat, plusieurs études et données probantes ont mis en avant, la notion d'équité en matière de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre par l'OMS en 1981 de la « stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », cette notion d'équité est devenue la priorité des institutions dans le but de réduire ces écarts en termes d'accessibilité et de prise en charge en santé. Pour revenir au modèle, chaque niveau de l'arc-en-ciel correspond à un niveau d'action en matière de politiques publiques en sachant qu'ils sont aussi en interaction les uns avec les autres. Le premier niveau est le centre de l'arc-en-ciel, il se réfère à la personne en soi, ses composantes personnelles tandis que le dernier niveau représenté par l'arc le plus distant équivaut aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Ce modèle a une approche centrée sur les causes de l'état de santé, en agissant en amont sur les origines des déterminants de santé. Cette approche rejoint les enjeux de la prévention en santé qui a pour but de promouvoir le bien-être mental, de prévenir et repérer précocement les signes ou symptômes de maladies.

Premier niveau : facteurs intrinsèques

Ce niveau comprend les déterminants personnels qui sont considérés comme « acquis », on peut citer par exemple, l'âge, le sexe ou les facteurs héréditaires. En principe, ses facteurs ne sont pas susceptibles de changer ou d'évoluer, ni de produire des iniquités en santé. En lien avec notre population de personnes précaires, on peut mentionner, tout de même, une différence de traitement au sein des admissions au centre d'hébergement d'urgence entre les hommes et les femmes. De ce fait, les femmes sont plus à risque de subir des violences en dormant dans la rue, elles sont donc prioritaires pour avoir une place au sein de ces centres. On peut aussi constater une disparité des âges chez les personnes en situation de précarité avec une prévalence plus élevée de personnes qui ont entre 30 et 50 ans. De plus, les personnes ayant des incapacités sont plus à risque de se retrouver en situation de précarité.

Second niveau : facteurs extrinsèques

Le second niveau se réfère au style de vie d'une personne et son comportement individuel. Ces facteurs sont influencés par son environnement proche et ses habitudes de vie sans compter qu'ils équivalent aux déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Ces interactions peuvent avoir des aspects bénéfiques ou non sur la santé. Pour les personnes précaires, leur mode de vie restreint

est fortement corrélé aux contraintes matérielles et sociales qu'ils subissent. Par conséquent, ils ont tendance à montrer une prévalence plus élevée de facteurs comportementaux comme le tabagisme ou une alimentation médiocre et ils font face à des restrictions financières et des contraintes environnementales plus importantes.

Troisième niveau : réseaux sociaux et communautaires

Cette catégorie comprend les relations sociales et le réseau collectif qui gravitent autour d'une personne. Les interactions sociales sont au cœur de la réinsertion sociale d'une personne, que ce soit pour établir une relation avec autrui afin d'avoir les outils pour comprendre et se faire comprendre. Cette catégorie comprend alors le soutien de l'entourage et de la famille, les services de proximité ainsi que les différentes structures médico-sociales présentes dans l'environnement. Les personnes précaires peuvent s'appuyer sur ses différentes structures et des associations caritatives lorsqu'elles ont une demande ou un besoin impérieux. Néanmoins, en admettant que la plupart de ces personnes bénéficient de ces aides, il y a encore beaucoup de personnes isolées qui ne peuvent pas accéder à ces aides à cause d'une situation géographique complexe et d'un manque de moyens.

Quatrième niveau : facteurs liés aux conditions de vie et de travail

Ce niveau se divise en cinq sous-catégories. Dahlgren et Whitehead considèrent que ces déterminants sont la principale source d'inégalités en matière de santé. Parmi ces déterminants, on retrouve l'environnement de travail, le chômage, l'alimentation, le logement, et le secteur des soins. Ces différents éléments se rapportent à l'accès aux services essentiels et à des conditions de vie adéquates pour pouvoir subvenir convenablement à ses besoins et à ses manques, que ce soit pour une personne ou pour un groupe de personnes. Dans cette catégorie, les conditions d'habitat des personnes les plus précaires peuvent être assimilées aux conditions physiques des bâtiments avec l'existence de logements insalubres, exigus et non sécuritaires, ainsi qu'à une exposition à des conditions de travail plus dangereuses et stressantes. De même, cette catégorie se rapporte aussi aux dimensions sociales qui découlent de choix urbanistiques inadéquates traduisant des phénomènes de discrimination sociale au niveau de l'habitat, des disponibilités d'espaces de loisirs et de services sociaux ou médicaux. Tout compte fait, cette catégorie met en avant les conséquences différentielles d'opportunités présentes dans l'environnement des personnes socialement désavantagées.

Cinquième niveau : Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales

Ce niveau englobe l'ensemble des facteurs qui influencent la société. Il inclut les politiques économiques, les politiques environnementales et la dimension culturelle. Le niveau de vie d'une société va alors influencer sur les possibilités de logements, d'emplois et d'interactions sociales. La

société va également déteindre sur les habitudes de vie de la population en matière d'alimentation, de consommation et de coutumes. De même, la disparité des croyances culturelles et des traditions de tout un chacun fait échos aux libertés et aux pratiques que peut offrir la société. En termes de précarité, au sein de la société française, cette catégorie se rapporte à l'isolement social vécu par cette population en conséquence de leur niveau de vie et de leur position socioéconomique. En somme, ce niveau a une incidence sur tous les niveaux inférieurs car il correspond aux fondements et au fonctionnement de la société dans laquelle la personne ou le groupe de personnes évoluent.

Ce modèle met l'accent sur la dimension cumulative des dangers quotidien de l'environnement sur la santé de certaines catégories de la population. Il permet d'organiser des stratégies d'action pour les politiques publiques en travaillant sur la complémentarité entre les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques. Les facteurs extrinsèques sont plus susceptibles d'être modifiables car ils sont générés par la communauté, la catégorie socio-économique dans laquelle vit une personne ainsi que son environnement physique et notamment son logement. En ergothérapie, l'objectif premier va être de favoriser l'implication de tous les acteurs concernés en veillant à définir et clarifier les rôles et les places de chaque partenaire. Cette approche sur les déterminants de la santé s'inscrit dans une démarche communautaire de co-construction en travaillant justement en interdisciplinarité. De ce fait, la démarche communautaire cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur individuel et collectif, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

3. La pyramide des besoins de Maslow

Le psychologue Abraham Maslow a élaboré une théorie à partir d'observations faites dans les années 1940 sur la motivation et le comportement humain. De cette théorie est née la pyramide des besoins (ANNEXE III) qui s'articule en cinq niveaux distincts gradués selon des priorités physiques dans un premier temps. Pour Maslow, un besoin supérieur ne peut apparaître que lorsque les besoins inférieurs sont comblés. Il hiérarchise alors ces niveaux en attribuant à la base de la pyramide les besoins physiologiques et au sommet les besoins d'accomplissement d'ordre supérieur. C'est pour cela que l'être humain est plus disposé à prendre des risques dans le cas où ce serait sa survie qui serait en jeu. En ergothérapie, on travaille alors sur la dynamique entre ces différents niveaux et le degré de motivation qui résulte lors de la satisfaction d'un besoin.

1^{er} niveau : Besoins physiologiques

Les besoins physiologiques correspondent aux besoins fondamentaux qui permettent de se maintenir en vie. Ils sont nécessaires à la survie de la personne et ont un impact indéniable sur la conscience et sur l'état de santé physique s'ils ne sont pas assouvis. Il y a une liste non exhaustive

de besoins fondamentaux, en se rapprochant de notre étude, on peut citer comme exemple, le besoin de boire, de respirer, de dormir. Ces besoins font allusion aux problématiques de dénutrition et d'itinérance que l'on peut retrouver chez des personnes à faible revenu. Lorsque ces besoins primaires et vitaux ne sont pas assurés, la personne est dite dans une situation de pauvreté.

2^{ème} niveau : Besoins psychologiques

Les besoins psychologiques se réfèrent aux besoins de se sentir en sécurité dans un environnement stable et prévisible. Ils se raccordent aux besoins de protection et de maîtrise sur la vie. Ils traduisent alors la nécessité d'avoir un abri personnel (logement, maison) tout en ayant une bonne gestion du budget financier pour vivre sans incertitude ni angoisse. Si ces besoins psychologiques ne sont pas assouvis, la personne est alors en situation de précarité. De ce fait, les personnes précaires sont sujettes aux violences physiques ou morales et sont considérées comme vulnérables aux yeux de la société. L'accès à des services de soins de qualité est souvent plus sinueux pour ces personnes. De plus, l'espérance de vie est plus basse que la moyenne de par la pénibilité du travail. Elles ont un sentiment de perte de contrôle sur leur vie ce qui induit généralement du stress qui peut mener jusqu'au développement de troubles psychiques ou comportementaux dans certains cas. L'acquisition d'un logement adapté à la personne dans un environnement sain est la première étape pour favoriser l'acquisition de ces besoins psychologiques.

3^{ème} niveau : Besoins sociaux

Les besoins sociaux ou besoins de reconnaissance sociale rassemblent le besoin d'appartenance, le besoin affectif et le besoin d'intégration sociale. Ces trois besoins sont en interactions les uns avec les autres, ils se complètent. Ils représentent l'acceptation de la part d'autrui d'une personne en tant que telle, qu'elle soit intégrée au sein d'un groupe ou d'une communauté. Ils correspondent à ce besoin d'être reconnu comme avec de la valeur aux yeux d'autres personnes, d'être considérées finalement. Il passe par la recherche de l'identité propre en communiquant et en s'exprimant avec autrui, c'est le besoin d'aimer et d'être aimé en retour. De ce fait, l'être humain ne pourrait vivre seul, les expériences de solitudes démontrent bien le retentissement induit sur l'état psychoaffectif des personnes. De ce fait les personnes précaires, se sentent rejetées ou exclues de la société et sont plus susceptibles d'être touchées par l'isolement social. En outre, les personnes précaires ont souvent une perte de conscience de leurs capacités en raison d'un regard de l'autre et de la société très catégorique sur leur situation. Leur environnement ne leur offre pas le même accès aux services et aux mêmes opportunités que les autres, ce qui engendre une perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Les personnes précaires ont un rapport à eux-mêmes complexes de par une pauvreté dans le lien social. Leur légitimité

n'est pas toujours reconnue. Le besoin d'appartenance et d'amour demeure finalement essentiel pour prétendre au bien-être de ces personnes. Une pratique communautaire de l'ergothérapie prend ici tout son sens puisqu'elle inclut la personne au sein de sa communauté en dégager les forces et les atouts de celle-ci.

4^{ème} niveau : Besoins d'estime

Les besoins d'estime sont en lien avec les besoins de reconnaissance, d'être apprécié par les autres qui se réfèrent au 3^{ème} niveau. En revanche, la notion d'estime de soi est plus centrée sur la personne sur sa valorisation intrinsèque. La personne a besoin de s'occuper pour être reconnu, d'avoir une activité signifiante que ce soit dans le domaine du travail, ou dans celui des loisirs. Il s'agit alors du besoin de se réaliser d'avoir confiance en soi à travers une occupation. De ce fait, l'intervention d'un ergothérapeute dans l'acquisition de ce besoin favorisait alors la conception du projet de vie de la personne dans son processus de réinsertion sociale et d'accomplissement de soi. L'ergothérapeute veillera à conserver une bonne distance pour que la personne acte ses choix de vie en fonction de ses convictions et de ses désirs. Il agit en ayant une posture neutre et réconfortante pour la personne pour qu'elle puisse conserver son identité et alors développer son autonomie.

5^{ème} niveau : Besoins de s'accomplir

Les besoins de s'accomplir arrivent alors au sommet de la pyramide. Lorsque tous les différents besoins évoqués précédemment sont satisfaisants, la personne arrive à un stade où elle prend conscience de sa réalisation personnelle et du chemin parcouru. Ces besoins correspondent à l'accomplissement de soi et des projets que la personne a entrepris. La personne a alors atteint la meilleure version d'elle-même en développant ses valeurs, ses connaissances et ses compétences. La personne se découvre de jour en jour et prend confiance en son potentiel. Comme l'exprime le philosophe Friedrich Nietzsche « Atteindre son idéal, c'est le dépasser du même coup ». En ergothérapie, on parle de la qualité de vie qui correspond à une situation d'épanouissement procurant la pleine satisfaction des besoins du corps et de l'esprit. Pour les personnes précaires, ces besoins peuvent s'apparenter à une stabilité de vie et au bien-être ressenti que ce soit psychologique, physiquement ou socialement.

PARTIE III : METHODOLOGIE

L'objectif de l'étude est de répondre à la question de recherche mentionnée ci-dessus. De ce fait, il est alors nécessaire d'organiser son étude en différentes parties afin d'avoir des réponses significatives en lien avec la question posée. Cette 3^{ème} partie repose alors sur le support méthodologique utilisé pour organiser et structurer mon étude.

1. Le type d'étude

Le type d'étude utilisé dans mon mémoire, est la recherche appliquée. Elle permet de discerner les applications possibles des résultats d'une recherche fondamentale et de les confronter les uns aux autres. Le résultat de cette recherche appliquée correspond à l'élaboration de solutions à mettre en œuvre dans le cadre de notre pratique professionnelle. Concernant les personnes en situation de précarité, il peut s'agir de solutions innovantes ou d'aménagements stratégiques déjà existants dans leur environnement. La recherche appliquée permet alors la mise en forme opérationnelle des idées. Deux approches méthodologiques peuvent être utilisés afin de mener à bien une recherche appliquée : la recherche qualitative ou la recherche quantitative.

2. Le choix de la méthode

Pour mener à bien mon étude, j'ai choisi d'utiliser une méthode qualitative au travers d'entretiens semi-directifs. La technique de l'entretien semi-directif est très fréquemment employée dans le domaine des études qualitatives. Elle consiste à recueillir les réactions et les perceptions de l'individu interrogé à partir de thèmes et questions décidés à l'avance. L'entretien est guidé par des questions ouvertes et englobent toutes les différentes thématiques de l'étude. En fonction des réponses de la personne, l'interviewer peut improviser au fil de l'entretien des questions de relance afin d'enrichir le contenu d'une ou plusieurs questions. J'ai choisi de procéder à une méthode qualitative pour avoir des stratégies d'actions variés tout en ayant des propos détaillés et formels. De ce fait, l'entretien permet d'effectuer par la suite une analyse approfondie et précise sur les problématiques et les difficultés ressenties par une population. De plus, la population ciblée dans cette étude possède une diversité considérable de causes et de facteurs pouvant influencer sur les circonstances de leur situation précaire. Il est aussi complexe de pouvoir faire passer une étude quantitative à cette population de par leur instabilité de vie et également les contraintes liées à l'accès à Internet. Il est alors préférable de réaliser une étude qualitative car son intérêt est focalisé sur la pertinence des propos d'une personne plutôt que le nombre de personnes interrogées. Finalement, l'entretien apporte une richesse et une précision dans les réponses reçues en laissant une liberté d'expression à la personne.

3. Population ciblée

L'analyse théorique de ma question de recherche m'a permis de cibler des éléments spécifiques à la population de mon étude. De plus, pour organiser et argumenter mon choix d'intervention, plusieurs échanges ont eu lieu en amont auprès de personnes en situation de précarité. Faisant partie de l'Association Humanitaire de Montpellier (AHM), j'ai pris le temps lors de maraude d'avoir un entretien enregistré vocalement avec deux personnes qui ont accepté de répondre à mes questions. Les questions de cet entretien pré matrice (ANNEXE IV) étaient centrées sur les conditions de vie de la personne, la société française et l'intervention de l'ergothérapeute sur l'environnement. Cet entretien m'a permis de prendre conscience de la complexité et surtout de la diversité des causes et des conséquences de la précarité sur deux personnes distinctes.

La première personne interrogée était une dame d'une soixante d'année, originaire de Russie. Elle est arrivée en France il y a 20 ans, et habite actuellement dans un logement social, après des années d'attente car elle n'avait pas les papiers français. Pour elle, le logement correspond à la base de l'insertion sociale et l'Etat français assiste fortement dans ce processus en offrant des aides financières et psychologiques (Revenu de Solidarité Active, accompagnement psychologique gratuit, association locale...). Elle n'a jamais vu d'ergothérapeute dans les structures sociales, seulement des psychologues, des assistantes sociales et des infirmières.

La deuxième personne interrogée était un monsieur de 45 ans, il est originaire d'Algérie et a commencé les démarches pour avoir ses papiers français depuis plus de deux ans. Il ne peut pas percevoir les aides reçues par l'Etat et loge donc chez ses parents à Montpellier. Il a déjà travaillé, mais la plupart du temps les employeurs abusent de sa situation (heures supplémentaires, travail sous payé...). C'est une personne qui a la volonté d'être autonome dans sa vie mais qui est actuellement bloqué par des soucis administratifs. De même, il n'a jamais côtoyé d'ergothérapeute dans les structures sociales.

Ces entretiens ont permis d'éclairer les thématiques et les différents profils de personnes qui pouvait être considérés comme étant en situation de précarité. De ce fait, j'ai pu me rendre compte de l'étendue des situations pouvant induire de la précarité et des possibilités d'action de professionnels spécialisés qui pouvaient favoriser la réinsertion sociale. De par la variété des sources poussant à la précarité, c'est un étayage conséquent de professionnels qui sont en capacité d'agir en vue de leurs connaissances et de leurs compétences. Concernant l'ergothérapie, une des problématiques récurrentes, se référant au référentiel de compétences, concerne le logement. En effet, le logement est un besoin fondamental pour pouvoir prétendre à une réinsertion sociale

optimale. A partir de cela, j'ai alors ciblé mon étude sur une population précise tenant compte de plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion.

Concernant les professionnels interrogés, mes critères sont :

- Etre un professionnel de santé travaillant dans une structure sociale
- Avoir une expérience professionnelle auprès des personnes précaires

Concernant les personnes interrogées, mes critères sont :

- Etre bénéficiaire du RSA
- Avoir un logement personnel
- Etre suivie par des services sociaux diverses

Ainsi les personnes et les professionnels ne répondant pas à ces différents critères ne seront pas interrogés. Afin de cibler au mieux ma population, j'ai effectué mon stage de fin d'étude dans un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes en situation de Handicap). Ce service accueille spécialement des personnes en situation de précarité associé à une pathologie d'origine psychique. De même, les pré-entretiens ou aussi appelés « entretiens tests » ont été réalisés auprès de professionnels médico-sociaux du SAMSAH et de mon maître de mémoire qui est aussi spécialisé dans ce domaine. Concernant les personnes interrogées pour l'entretien, j'ai choisi d'interroger deux usagers du SAMSAH répondant à mes critères et deux professionnels médico-sociaux. Du fait, du faible nombre d'ergothérapeutes français travaillant en milieu communautaire, j'ai décidé de faire appel à une ergothérapeute canadienne pour compléter ma liste de personnes interrogés.

4. Construction de l'outil

Afin de construire au mieux ma grille d'entretien, j'ai créé un outil d'exploration à partir de mes matrices théoriques (ANNEXE V). Ces matrices mettent en lien les modèles et théories avec les questions posées auprès de la population ciblée. En s'appuyant sur ces références théoriques, j'ai alors extrait les éléments qui se rapportent à mon sujet d'étude. La matrice est représentée par un tableau à double-entrée où chaque théorie est déclinée en critères, indicateurs et indices. La dernière colonne des matrices met en évidence le lien entre la population ciblée et les données théoriques. Au total, trois matrices sont élaborées correspondant aux trois cadres théoriques développées. Les questions de l'entretien sont alors conçues à partir des résultats des matrices. Ils permettent d'argumenter la pertinence et l'intérêt significatif des questions posées.

L'entretien semi-directif permet à l'enquêteur de laisser la parole aux personnes interrogées. De ce fait, une trame de 5 questions centrales permet de guider l'entretien ce qui favorise une grande variété de réponses possibles tout en restant pertinent avec le sujet. Les questions de relance permettent de dynamiser l'entretien en cas de réponses trop courtes ou peu développées. Les questions sont graduées de façon à être de plus en plus précise et centrées sur la possible pratique d'un ergothérapeute. De ce fait, la première question correspond à une description de la personne interrogée alors que la dernière est centrée sur les axes d'améliorations dans l'accompagnement médico-social des personnes précaires. Les différentes questions sont décrites ci-dessous :

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ? *Relances professionnelles* : *Quel est votre parcours professionnel ? Dans quel type de structure avez-vous travaillé ? Pour vous, quels sont les qualités requises pour exercer votre métier ?*

Relances usagers : *Où habitez-vous ? Quel parcours scolaire avez-vous suivi ? Quel métier avez-vous exercé ? Quels sont vos loisirs/hobbies ?*

Question 2 : A ce jour, quels sont les difficultés rencontrées par les usagers dans la réalisation des activités au sein du logement (professionnels) ? A ce jour, quels sont les difficultés que vous rencontrez dans la réalisation de vos activités au sein de votre logement ? (Usagers)

Relances : *Quels sont les difficultés majeures rencontrées dans l'entretien du logement ? La cuisine/l'alimentation ? l'hygiène corporelle ? Quels sont les répercussions sur la vie quotidienne ? Quels moyens avez-vous mis en place pour diminuer ses difficultés ?*

Question 3 : Comment la localisation d'un logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité (professionnel) ? Comment la localisation de votre logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ? (Usager)

Relances professionnelles : *Quels sont les moyens mis en place pour permettre l'accès aux soins à tout un chacun ? Comment pourrait-on agir en tant que professionnels médico-sociaux sur les déplacements extérieurs d'une personne ? Quels sont les demandes des personnes que vous prenez en charge au niveau de l'accessibilité aux loisirs et à la culture ? Observez-vous une différence de prise en charge entre les services urbains et les services ruraux ?*

Relances usagers : *Avez-vous des difficultés à vous déplacer en dehors de votre logement ? Avez-vous des difficultés dans la réalisation de vos courses ? Avez-vous des difficultés pour accéder aux services de santé ? Les commerces à proximité de votre domicile vous semble-t-il suffisant pour subvenir à vos besoins ? Allez-vous dans des centres de loisirs ou des centres culturels ? Pour vous, quels sont les manques dans votre environnement actuel ?*

Question 4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour conserver un lien social avec vos usagers malgré la situation actuelle (professionnel) ? Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour entretenir des relations sociales malgré la situation actuelle ? (Usager)

Relances professionnelles : La situation actuelle a-t-elle eu un impact sur les relations sociales des usagers ? Quels sont les attentes des usagers sur la sphère sociale avec la situation actuelle ? Quelles stratégies pourraient-être efficace pour lutter contre l'isolement social ?

Relances usagers : Avez-vous accès à des services d'accueil et d'écoute ? Arrivez-vous à garder le lien avec vos proches ? Quels sont vos relations avec votre voisinage ? Quel est votre ressenti sur la situation actuelle ?

Question 5 : En tant que professionnels médico-sociaux, quels seraient les axes d'amélioration qui renforceraient la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité (professionnel) ? Quels seraient les axes d'amélioration professionnels qui pourraient-être apportés pour favoriser votre épanouissement ? (Usager)

Relances professionnelles : Comment définiriez-vous les différentes étapes de la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ? Quel est votre rôle dans la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ? Avec quels professionnels collaborez-vous dans cette procédure ? Quels sont les bénéfices apportés à la personne lorsqu'elle est intégrée socialement ?

Relances Usagers : A ce jour, quels sont vos besoins en lien avec votre logement ? Pour vous, quels sont les professionnels qui peuvent intervenir dans ce processus ? A part votre logement, quels sont les éléments indispensables qui favorisent le bien-être ?

5. Protocole de passation des entretiens

Une fois la rédaction des questions terminées. J'ai alors cherché au sein des usagers suivis au SAMSAH les personnes qui correspondaient le mieux possible à ma recherche. Au fur et à mesure de l'avancée de mon stage, j'ai pu découvrir de nouvelles personnes et m'entretenir avec elles concernant leurs problématiques liées à l'accessibilité et leur logement. Deux personnes ont alors retenu mon attention. Elles vivaient toutes deux dans des logements autonomes et touchaient le RSA. Elles avaient un passif de précarité très marqués avec l'intervention de divers services sociaux tels que le SAMU Social ou la Croix rouge. Concernant les professionnels, j'ai choisi d'interroger une infirmière qui apportait le côté médical de l'accompagnement et une éducatrice spécialisée pour le côté plutôt social. Ces entretiens ont eu lieu dans la salle de réunion du SAMSAH. J'avais au préalable fixé des rendez-vous d'une heure avec chaque personne afin de laisser une marge suffisante de temps pour la passation de l'entretien. De même, je leur avais fait parvenir par mail ou en main propre, le formulaire de consentement pour la participation à l'étude

(ANNEXE VI) qui officialisait leur contribution à mon étude. Avant de commencer l'entretien, j'effectuais un bref rappel concernant les objectifs de mon étude et le déroulement de l'échange. J'ai alors rappelé oralement les éléments inscrits sur le formulaire de consentement et le fait que l'entretien soit enregistré et retranscrit de façon anonyme. Nous nous étions installés de façon à être face à face tout en respectant les gestes barrières, avec l'enregistreur positionné au centre. Au final ces quatre entretiens ont duré entre 32 min et 44 min.

Au contraire, l'entretien avec l'ergothérapeute canadienne s'est déroulé autrement. De ce fait, il n'était pas possible de réaliser l'entretien en présentiel vu la distance qui nous séparait. J'ai alors pris contact avec cette personne via mail où je lui ai également remis le formulaire de consentement. Nous avons alors convenu de réaliser l'entretien via l'application « Zoom ». L'entretien a duré 54 min, ce qui peut s'expliquer par le fait que l'ergothérapeute ne parlait pas couramment français et s'arrêtait souvent dans son discours afin de chercher la traduction française de certains mots. Malgré la barrière de la langue, cet entretien fut très enrichissant et instructif pour mon étude.

PARTIE IV : RESULTATS ET ANALYSE

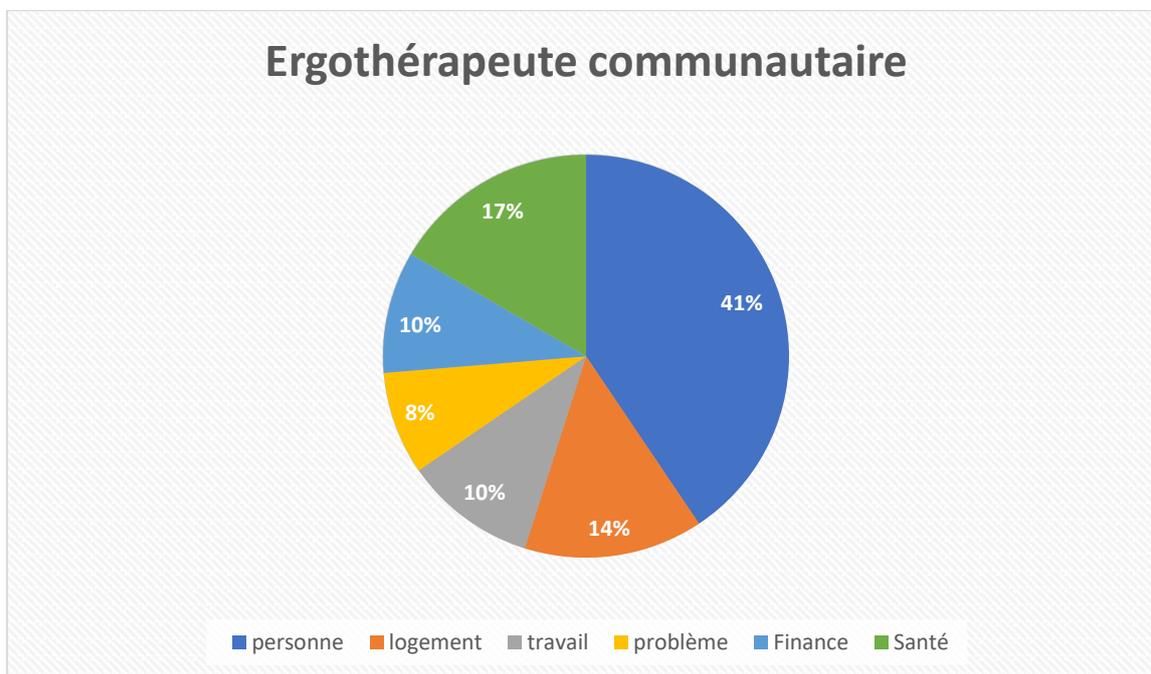
Les résultats des entretiens découleront du traitement méthodologique des données qui met en lumière les éléments significatifs en lien avec l'étude. Ce traitement est réalisé à partir des retranscriptions écrites, (ANNEXE VII) faites depuis les enregistrements audios des entretiens. Ce traitement permet de trier par pertinence les propos des personnes, en mettant de côté les éléments insignifiants. Par la suite, ces retranscriptions seront analysées sous différentes formes (quantitative, qualitative, transversale) de façon à pouvoir comparer les dires de chacun. Pour finir nous ferons le lien entre les résultats obtenus et les éléments théoriques de notre étude.

1. Données quantitatives

1.1. Traitements des résultats

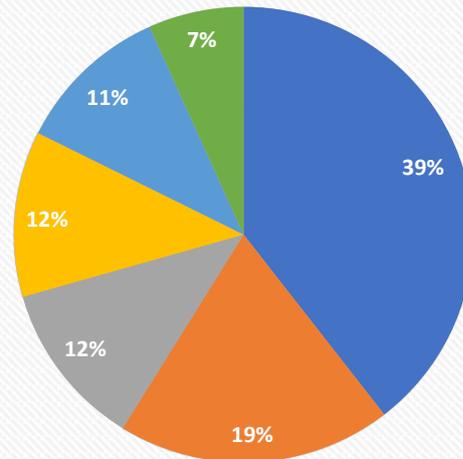
Le traitement quantitatif a pu être exécuté grâce à l'aide du logiciel TROPES, qui met en valeur l'occurrence des termes utilisés par les personnes interrogées. Ce traitement se fait à partir des retranscriptions écrites conçues au préalable. Cette méthode permet de recontextualiser les dires des personnes afin de démontrer leur pertinence avec mon sujet. L'étude quantitative permet de mettre en relief les régularités dans les réponses obtenus tout en soulevant de nouvelles interrogations. Les résultats du traitement sont exprimés sous la forme de données statistiques que

je présente sous forme de graphiques circulaires ci-dessous. Pour chaque graphique, j'ai extrait les 6 premières catégories de mots qui ressortaient davantage grâce au logiciel TROPES.



Pour l'ergothérapeute canadienne, les thèmes les plus récurrents se rapprochent des principes de la réinsertion sociale (personne, santé, logement et travail). Ils se reflètent via les termes de « domicile », « habitat », « emploi », « travail », « ergothérapie » et « état de santé ». La pratique communautaire de l'ergothérapie au Canada se centre alors sur la personne et l'accessibilité à son environnement. On constate aussi que l'ergothérapeute accorde une place importante dans son discours aux difficultés et aux obstacles que, les personnes en situation de précarité peuvent ressentir dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne. Les expressions qui en ressortent sont « les difficultés financières », « le budget », « l'alimentation » et « accès aux soins ».

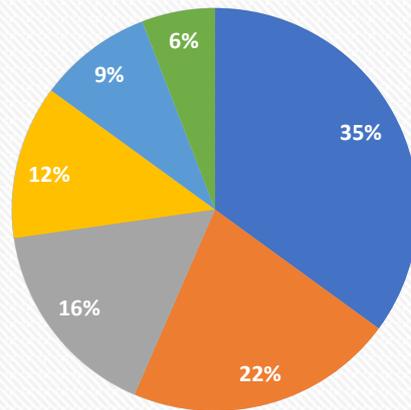
Infirmière SAMSAH



■ personne ■ santé ■ cognition ■ habitat ■ groupe social ■ transport

D'un point de vue quantitatif, ce sont les thématiques autour de la personne, de la santé, de la cognition et du logement qui ressortent du discours de l'infirmière. Ces résultats peuvent s'expliquer de par sa profession. De ce fait, elle emploie les termes de « services hospitaliers », « soins », « état de santé », « veille sanitaire » et de « médecin » pour ce qui concerne la santé. La cognition peut alors s'apparenter à cette dynamique de prendre soin de sa santé physique et psychique avec des mots tels que « connaissances », « compétences », « capacités », « notion du temps » et « prise de conscience ». Pour finir les catégories de l'habitat, du groupe social et du transport sont caractérisés par les termes de « logement », « domicile », « immeuble », « association », « transports en commun », « voiture », « covoiturage » et « vélo ». Ces catégories démontrent alors la difficulté ressentie par les personnes suivies au SAMSAH dans l'accessibilité de leur environnement que ce soit socialement ou physiquement.

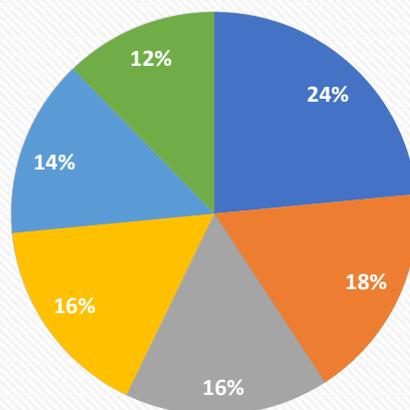
éducatrice spécialisée SAMSAH



■ personne ■ sentiment ■ habitat ■ pouvoir ■ environnement ■ emploi

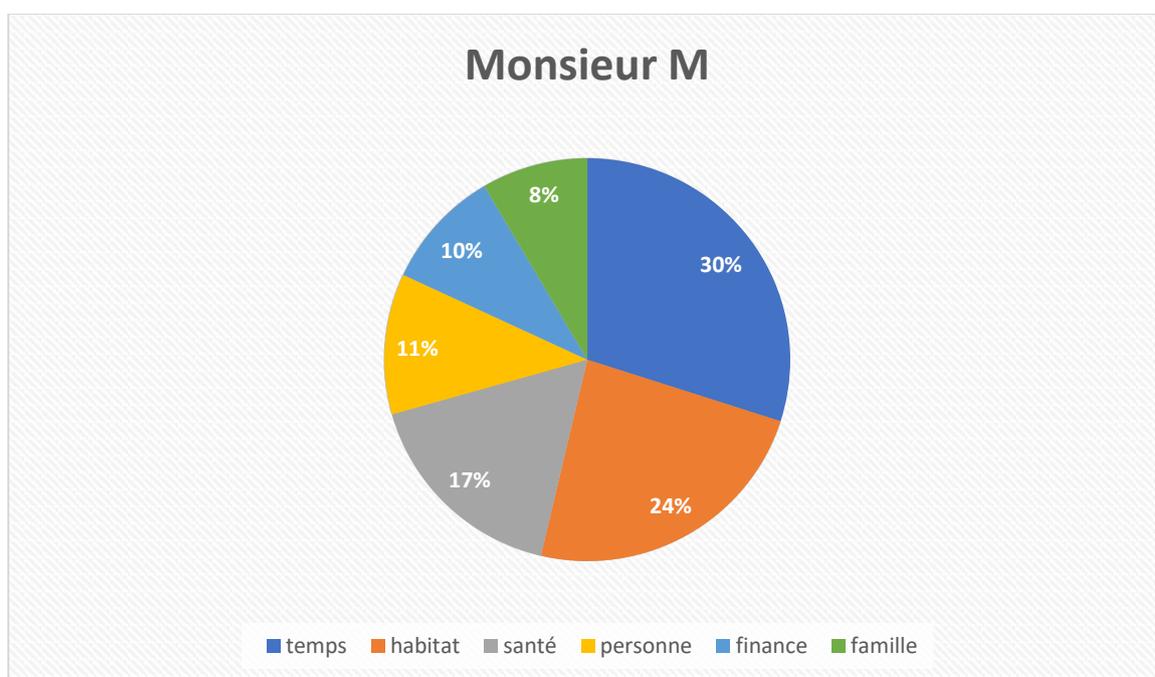
De même, l'entretien de Mme C, l'éducatrice spécialisée du SAMSAH, met également en relief le champ de la personne de l'habitat et de l'environnement avec les mots « cadre de vie », « voisinage », « entourage », « domicile » et « habitat ». Cependant elle soulève l'importance de la prise en compte des sentiments de la personne dans l'accompagnement du SAMSAH avec les termes de « confiance en soi », « satisfaction ». Ces propos sous entendent que la personne est au centre du processus de réinsertion sociale et qu'il a donc le pouvoir d'agir sur ses choix de vie. On retrouve cette idée dans la catégorie de pouvoir qui est décrite par la « capacité de la personne » et « agir ». De plus, la catégorie de l'emploi se réfère aux actions de l'éducatrice spécialisée qui agissait aussi sur la réinsertion professionnelle des personnes en situation de précarité.

Monsieur P



■ temps ■ santé ■ habitat ■ personne ■ emploi ■ corps

Concernant le bénéficiaire du SAMSAH, Mr P, les résultats de l'entretien montrent une certaine homogénéité dans ces propos. Il n'y a pas de thématiques qui ressortent plus que les autres. Le temps fait référence à « l'année », « le jour », « le planning » et l'agenda ». Il se raccorde à la difficulté à prendre des rendez-vous médicaux et aux étapes de sa vie. Les catégories de la santé et du logement se réfèrent également aux expériences de vie de Mr P avec les termes de « dépression », « soignant », « médicament », « soins », « hôpital » et « pandémie », « maison », « hébergement d'urgence » et « logement social ». De même, l'emploi se rapporte à une période d'inactivité due à un licenciement, il emploie alors des termes tels que « carrière », « métier », « boulot » « CDI » et « licenciement ». La notion de santé se définit par l'usure du corps de Mr P au fur et à mesure du temps, avec les mots relatifs « fatigue corporel », « genou » et « hernie discale ». A propos de la thématique de la personne, le discours de Mr la rapporte davantage à la relation avec autrui avec des propos tels que « environnement social », « invitation », « relation avec quelqu'un » et « gens ».



En parallèle de Mr P, les expressions qui ressortent le plus du discours de Mr M concerne le temps, l'habitat, la santé et la personne. Elles se recoupent avec l'histoire de vie de Mr M avec les termes de « dépression », « phobie sociale », « burn out », mais également avec sa situation actuelle où ressort sa problématique liée au logement avec les mots « HLM », « immeuble », « logement social », « voisinage ». En revanche ses propos diffèrent en soulevant des difficultés en lien avec la finance et la famille. Lors de l'entretien, Mr M décrit avoir un budget limité avec son RSA, il l'explique par les termes « budget », « prêt », « argent » et « compte en banque ».

1.2. Analyse

L'analyse quantitative des différents entretiens rend compte des problématiques liées à l'influence environnementale, qu'elle soit de l'ordre géographique, physique ou social. Les limites de cette analyse résident dans la qualité des réponses des personnes interrogées et le faible échantillon de personnes. En revanche, on constate que les résultats sont en corrélation avec les questions des entretiens semi-directifs.

Concernant les professionnels, on peut constater que le terme de « personne » est omniprésent dans leurs discours. On en déduit alors, que la personne est placée au centre de l'accompagnement. Les professionnels sont donc encrés dans une pratique « Top-Down » qui s'appuie sur les forces et les atouts des personnes en situation de précarité. De par ses propos, l'ergothérapeute met en valeur les facteurs extrinsèques de la personne qui favorisent la réinsertion sociale. Elle cite alors l'acquisition d'un logement et l'emploi comme étant des éléments facilitateurs dans le développement des activités quotidiennes. En revanche, les deux professionnelles du SAMSAH mettent l'accent sur l'influence des facteurs intrinsèques de la personne, dans son processus de réinsertion sociale. Elles évoquent alors la prise en considération de la cognition et des sentiments, exprimées verbalement ou par le biais des émotions de la personne. Il est primordial que la personne prenne conscience de ses capacités de manière à valoriser sa confiance en soi et sa satisfaction personnelle.

Concernant, les usagers interrogés, les questions étaient tournées de façon à ce qu'ils expriment leurs difficultés personnelles vécues dans le passé ou qu'ils vivent actuellement. Les difficultés rapportées par les professionnels concordent alors avec les difficultés ressenties par les usagers en rapport aux facteurs extrinsèques et aux facteurs intrinsèques (habitat, personne et santé). Néanmoins, en confrontant les entretiens des usagers à ceux des professionnels, on constate des disparités au niveau de certains domaines tels que le temps, le corps ou la famille. Le temps est d'ailleurs l'élément qui ressort le plus de leurs discours. Il fait référence au manque de structuration dans l'organisation temporelle. Les domaines de la famille et du corps font référence au regard que l'entourage peut avoir sur leur situation, mais tout particulièrement, le regard et l'estime que ces personnes ont d'elles-mêmes. Finalement, une synthèse reprenant les problématiques perçues par les professionnels et les problématiques vécues par les personnes en situation de précarité, déboucherait à un projet d'intervention type, prenant compte des atouts et des manques des services déjà existants. Ce projet serait alors conçu à partir de résultats objectifs et de résultats subjectifs, recueillis grâce à l'écoute de personnes et de professionnels, ainsi qu'à des études sur le terrain qui s'apparentent alors plutôt à une analyse qualitative.

2. Données qualitatives

L'analyse qualitative a pour but de comprendre ou d'expliquer un phénomène. Il s'agit d'une méthode de recherche descriptive qui se concentre sur des interprétations et leurs significations. Elle est utilisée lorsque que l'objet de l'étude porte sur des situations complexes prenant en compte la pensée et le vécu des personnes. Cette analyse est davantage pertinente en raison de la diversité des situations pouvant mener à la précarité. On privilégie alors la qualité du discours de la personne et le décryptage complet des données. Pour cela, j'ai séparé mon traitement des résultats en deux parties distinctes. Dans un premier temps, je dégagerais les éléments pertinents des discours que je traiterais question par question, sous forme de tableaux. De même, les propos des professionnels et des usagers seront séparés en deux tableaux distincts afin de clarifier l'analyse. Dans un second temps, j'analyserais et je décomposerais question par question, les dires des personnes en confrontant les correspondances et les discordances. A l'image du traitement, mon analyse sera sectionnée en deux parties, d'un côté l'étude du point de vue des professionnels et de l'autre côté l'étude du point de vue des usagers.

2.1. Traitement des professionnelles

Thèmes	Ergothérapeute	Infirmière	Educatrice spécialisée
QUESTION N°1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ?			
Parcours professionnel	<ul style="list-style-type: none"> -Ecole d'ergothérapie à Toronto -Donne des cours au San Antonio College -travaille avec une pratique communautaire dans l'organisation COTA (accueil de personnes sans logement) -fait des visites à domicile, dans les établissements et dans les écoles 	<ul style="list-style-type: none"> -école d'infirmière - a travaillé en rééducation, en soins continue et pneumologie -travaille au SAMSAH depuis 2012 -SAMSAH spécialisé dans le handicap psychique 	<ul style="list-style-type: none"> - a travaillé pendant 6 ans dans un SAVA -travaille au SAMSAH depuis 2012 - animation dans des centres de loisirs auprès d'adolescents et d'adultes en situation de handicap -bénévolat dans au sein de la Croix Rouge dans la filière secourisme et SAMU Social
Qualités requises	<ul style="list-style-type: none"> -patience -prendre le temps d'écouter le discours d'autrui -défendre sa pratique -développer les partenariats 	<ul style="list-style-type: none"> -adaptabilité - écoute -empathie -adhésion au projet de services 	<ul style="list-style-type: none"> -l'amour de l'autre -l'empathie -la tolérance
QUESTION N°2 : A ce jour, quels sont les difficultés rencontrées par les usagers dans la réalisation des activités au sein du logement ?			
Difficultés perçues	<ul style="list-style-type: none"> -difficultés différentes en fonction des personnes -promiscuité, exigüité, insalubrité du logement -difficulté à s'alimenter et à aller faire les courses -difficultés financières 	<ul style="list-style-type: none"> -difficultés financières -difficultés matérielles -configuration du logement inadaptée -logements exigües, insalubres -manque d'outils -repli au domicile 	<ul style="list-style-type: none"> -l'entretien - la cuisine -l'alimentation -motivation -fluctuation de l'humeur

Répercussions sur la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> -accessibilité dans le logement (dedans ou dehors) -peu de vêtements - mauvaise hygiène alimentaire -mauvaise hygiène corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> -manque d'hygiène personnelle -moins de motivation à prendre soin de leur corps 	<ul style="list-style-type: none"> -repli au domicile - incurie de l'habitat -incurie de la personne -impacte son image d'elle-même -perte de confiance -bloque les démarches à l'extérieur
Moyens mis en place	<ul style="list-style-type: none"> - changer ou modifier l'environnement -programme « Meals and Meals » pour l'alimentation -sensibilisation à la gestion de l'argent -favoriser le travail de partenaires -travail sur les stratégies et les habiletés de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> -instaurer une relation de confiance -objectifs thérapeutiques personnalisés en fonction de la personne -éducation à la santé - travail avec des partenaires (curateur, familles, professionnels) -mettre en place un étayage de professionnels autour de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> -créer une relation de confiance -permettre à la personne de se revaloriser - travailler le rapport à l'autre -bienfaits collatéraux sur l'alimentation, l'entretien de l'habitat... -prendre du plaisir à accueillir chez soi
QUESTION N°3 : Comment la localisation d'un logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ?			
La localisation géographique du logement	<ul style="list-style-type: none"> -l'accessibilité dans l'environnement -accès à Internet fluctuant -desserte des transports en commun plus importante en ville -frais plus élevés lorsqu'on se déplace en campagne 	<ul style="list-style-type: none"> -savoir si le logement est en centre-ville ou en campagne -desserte des transports en commun 	<ul style="list-style-type: none"> - la localisation est à l'image des personnes accompagnées - certaines personnes vont chercher à s'isoler -créer des freins supplémentaires pour accéder aux services de proximité -la moindre démarche devient compliquée
L'environnement du logement	<ul style="list-style-type: none"> - accessibilité dans le quartier - 8 à 12 années d'attente pour prétendre à un logement social -insécurité et drogue 	<ul style="list-style-type: none"> - quartier violent et insécurisant -manque d'orientation 	<ul style="list-style-type: none"> - relation avec le voisinage -repli au domicile - le regard de l'autre - difficulté à développer leurs capacités
Moyens mis en place par les professionnels pour permettre l'accessibilité aux personnes précaires	<ul style="list-style-type: none"> -mettre en place l'accès Internet -trouver des moyens de compensation pour les déplacements -travail sur l'accès aux loisirs et à la culture -revaloriser la personne par des occupations -prendre compte des difficultés financières dans les occupations de loisirs -développer le rapport à l'autre dans des occupations en groupe (pratique communautaire) 	<ul style="list-style-type: none"> -repérer les transports en commun à proximité -évaluer si la personne arrive à s'orienter seul -accompagnement vers des associations sociales et des services d'activité et de médiation -Evaluation des possibilités financières de la personne pour accéder à certaines activités -travail sur le budget -permettre un accès à Internet pour que la personne soit autonome 	<ul style="list-style-type: none"> -faire en sorte que tout le monde ait accès aux soins -faire en sorte que la personne s'approprie ses propres ressources (utilisation des transports et des services de proximité) - revalorisation de la personne -montrer l'intérêt d'un suivi de soins -trouver des moyens de compensation -conserver au maximum l'autonomie de la personne -amener la personne à valoriser ses capacités

Demandes des personnes en situation de précarité	<ul style="list-style-type: none"> -développer les services de proximité -manque de moyens matériels pour permettre les occupations -faibles connexions sociales 	<ul style="list-style-type: none"> -enrichissement de la vie sociale et culturelle -amélioration de l'état de santé -favoriser l'état de bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> -réapprendre le rapport à l'autre -pouvoir s'autoriser le plaisir -retrouver des centres d'intérêts et des activités significatives
Différence entre les services urbains et les services ruraux	<ul style="list-style-type: none"> -peu de personnes sans-abris en milieu rural car il fait très froid au Canada -beaucoup de structures d'hébergement qui sont saturées à cause de la pandémie -beaucoup de services pour favoriser le déplacement à Toronto 	<ul style="list-style-type: none"> -services ruraux : localisation géographique qui fait qu'il n'y a pas le même panel de choix dans les activités sociales -services urbains : plus de travail sur les partenaires, services saturés par la demande -offrir un accompagnement équitable au domicile des personnes 	<ul style="list-style-type: none"> -services ruraux : plus de proximité, avec des services moins saturés donc plus de disponibilités des professionnels, qualité d'accueil -services urbains : services saturés, engorgés, beaucoup de situation à traiter, moins de possibilité de prendre du temps avec la personne
QUESTION N°4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour conserver un lien social avec vos usagers malgré la situation actuelle ?			
Accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> -collaboration avec des associations de la communauté -protocole sanitaire strict mais continuité dans la prise de rendez-vous à domicile 	<ul style="list-style-type: none"> -rendez-vous téléphonique pour ne pas perdre le contact -veille sanitaire -maintien de la fréquence des rendez-vous -trouver le juste équilibre dans l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> -garder le contact -contact téléphonique - par la suite, reprise des rendez-vous à domicile -mesurer l'impact du confinement sur la personne et son environnement
Impact sur les relations sociales	<ul style="list-style-type: none"> -impact sur la santé mentale des personnes -manque de contact physique - difficulté à voir ses proches -amplification de la vulnérabilité avec la pandémie 	<ul style="list-style-type: none"> -impact sur l'anxiété car peu de renseignement sur la pandémie - perte de la notion du temps -la situation a généré du stress -isolement et absence de vie sociale 	<ul style="list-style-type: none"> -beaucoup d'inquiétude et d'anxiété à cause de la pandémie -difficulté dans le rapport à l'autre - légitimation du repli au domicile
Stratégies pour lutter contre l'isolement social	<ul style="list-style-type: none"> -nécessité d'avoir un accès à Internet pour communiquer -discussion via visioconférences -importance de conserver un lien social avec les personnes -possibilité de passer par le téléphone si l'accès à Internet n'est pas réalisable 	<ul style="list-style-type: none"> -adaptation en trouvant de nouvelles occupations au domicile -contact avec des services médicaux et sociaux qui assurent un suivi à domicile de la personne -travailler l'autonomie de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> -changer le cadre de vie habituel -faire des démarches en extérieur -développer davantage les services ambulatoires -encourager le contact avec l'entourage personnel
Question 5 : En tant que professionnels médico-sociaux, quels seraient les axes d'amélioration qui renforceraient la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ?			
Axes d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> -réduire la stigmatisation autour des personnes en situation de précarité -faire valoir son métier et défendre son champ d'actions -équité en santé 	<ul style="list-style-type: none"> -développer des structures ambulatoires favorisant l'accessibilité -développer des services culturels et sociaux aux personnes isolées ayant de faibles revenus -meilleure coordination 	<ul style="list-style-type: none"> -développer davantage les services ambulatoires qu'ils soient médicaux ou sociaux -étendre les services d'accompagnement favorisant l'accès aux loisirs et à la culture

<p>Etapes de la réinsertion sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> -faciliter l'intégration dans la communauté -élaborer des opportunités pour pratiquer un métier durable -collaboration avec les travailleurs sociaux, psychologues, auxiliaires de vie, enseignants en technologie et le personnel hospitalier 	<ul style="list-style-type: none"> - regard sur l'état de santé physique et mentale -prise de conscience de ses capacités et de ses ressources -accompagner et construire avec la personne son projet de vie 	<ul style="list-style-type: none"> -état des lieux de l'état de santé physique et psychique -pouvoir permettre à la personne de se remobiliser -permettre à la personne de reprendre une part active dans la société -l'amener à réaliser des démarches en extérieur
<p>Rôle du professionnel dans la réinsertion sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> -faire des activités de groupe avec des personnes de rang sociaux différents -trouver des stratégies et des moyens de compensation pour favoriser la réinsertion -faciliter les tâches du quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> -améliorer les domaines de santé qui sont négligés (hygiène corporelle) -valorisation des compétences de la personne 	<ul style="list-style-type: none"> -contribuer au projet de vie -conseil, écoute -collaboration avec le réseau professionnel en fonction des demandes et besoins -sensibilisation auprès des structures locales
<p>Bénéfices de la réinsertion sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> -confiance en soi -indépendance et autonomie -meilleure qualité de vie -espoir en l'avenir -équilibre de vie entre leurs difficultés et leurs ressources 	<ul style="list-style-type: none"> -épanouissement -bien-être -valorisation des capacités -participation à la citoyenneté -prise en considération -inclusion sociale 	<ul style="list-style-type: none"> -satisfaction, plaisir, fierté -confiance en soi -arrêt de l'accompagnement une fois que la personne est prête à continuer son chemin en autonomie

2.2. Analyse des professionnelles

On constate à partir de la première question que les professionnelles viennent d'horizons divers et variés. Toutefois, elles ont un parcours professionnel centré sur le besoin de venir en aide à autrui. De ce fait, leurs approches s'accordent sur la place fondamentale de la personne et de ses interactions dans un accompagnement médico-social. Ces trois professionnelles verbalisent leurs pratiques selon des critères de qualités personnelles telles que la tolérance, la patience et l'amour de l'autre. Ces aptitudes illustrent le respect de l'intégration de la personne, de sa parole et de ses caractéristiques dans l'exercice de leurs professions respectifs. En outre, l'ergothérapeute met l'accent sur l'intérêt de défendre sa pratique professionnelle. Elle souligne l'ignorance des autres professionnels sur les champs de compétences d'un ergothérapeute. En effet, son champ d'action n'est pas forcément clair et formel surtout dans la perspective sociale de la pratique communautaire. Pourtant, aux vues des données recueillies dans le bilan de l'existant, il est indéniable d'argumenter la pertinence d'une action communautaire, dès lors que les droits occupationnels d'une personne sont restreints, inexistantes ou inéquitables. Pour l'ergothérapeute, il est alors nécessaire d'argumenter et de faire valoir sa pratique à partir du référentiel de compétences, dans le but de la faire évoluer et de l'orienter vers l'accompagnement de la communauté.

La deuxième question met en avant les différences de discours par rapport aux difficultés rencontrées d'une personne en situation de précarité, au sein de son logement. De ce fait,

l'éducatrice spécialisée cible plutôt son attention sur les facteurs motivationnelles de la personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne tandis que les autres professionnelles mettent l'accent sur les facteurs extrinsèques comme les difficultés financières matérielles ou bien un logement insalubre et exigü. D'après les éléments recensés dans le bilan de l'existant, l'habitat a un rôle d'intégration sociale fondamentale, car il offre une liberté d'action et d'expression. Cependant cet habitat peut aussi restreindre le développement des activités de la personne s'il est inadapté aux attentes et aux besoins de la personne.

Toutefois, comme le précise l'ergothérapeute canadienne, il est important de garder à l'esprit que les personnes ont des difficultés diverses, ainsi il ne faut pas généraliser l'accompagnement à un modèle type. Il est essentiel d'adapter nos pratiques aux problématiques et aux particularités de la personne dans son environnement.

Les répercussions de ces difficultés sont de l'ordre psychologique et social, essentiellement. Pour les professionnelles, les personnes en situation de précarité ont une tendance au repli au domicile associée à une incurie de l'habitat et de l'hygiène personnelle. Cette situation atteint alors l'estime de soi. L'éducatrice spécialisée explique alors que, les troubles psychiques peuvent être des obstacles pour initier les démarches en extérieur. Au final, ces difficultés se répercutent aussi bien sur l'intérieur du logement que l'extérieur.

Concernant les moyens mis en place pour lutter contre ses difficultés, les professionnelles s'accordent sur la nécessité de développer davantage les partenariats avec d'autres services. Pour l'infirmière, il est question de mettre en place un étayage de professionnels que la personne peut solliciter au besoin. Les personnes en situation de précarité peuvent alors bénéficier d'actions de solidarité telles que le portage de repas ou une aide à la gestion du budget. A l'échelle des professionnels, leur rôle commun consiste, d'une part, à revaloriser les compétences et les habiletés sociales de la personne, d'autre part, à instaurer des stratégies compensatoires si les difficultés sont immuables. Par ailleurs, l'infirmière insiste sur l'éducation à la santé auprès de cette population pour prévenir les potentiels risques.

Pour la question traitant sur l'influence de la localisation du logement sur l'accessibilité, les professionnels conviennent de se focaliser sur la desserte au niveau des transports en commun. De ce fait, l'éducatrice spécialisée explique que certaines personnes vont être isolées ce qui peut limiter l'accès aux transports. De plus, l'ergothérapeute met l'accent sur les frais supplémentaires occasionnés, lorsque la personne habite en campagne. De ce fait, le repli au domicile, peut alors s'expliquer par le manque d'orientation et l'ignorance des services existants. Les professionnels informent alors les personnes du réseau actuel et de la diversité de moyens existants pour se déplacer (co-voiturage, bus, vélo...). Elles verbalisent l'importance de revaloriser la personne dans

ses activités culturelles et de loisirs, via le tissu associatif. Pour les professionnelles, les services médicaux et les services sociaux doivent se développer davantage pour permettre aux personnes de retrouver des centres d'intérêts tout en les aidant dans leurs démarches du quotidien.

La différence majeure que l'on constate entre les services ruraux et les services urbains correspond aux nombres de demandes. En effet, les services urbains bénéficient d'un dispositif plus développé au niveau des activités culturelles et de loisirs grâce aux infrastructures présentes au centre-ville. Cependant les services sont souvent saturés par la demande, ce qui induit un manque de disponibilités des professionnels. Les services ruraux quant à eux, profitent d'une meilleure qualité d'accueil associée à un temps d'écoute plus important des demandes et des difficultés de la personne. Au final, dans les deux cas, les professionnels tentent d'offrir un accompagnement équitable à tous au domicile ou en structure. Ces éléments font référence à la notion de « ségrégation sociale », définie dans le bilan de l'existant, qui met en avant les inégalités en termes d'avantages et d'opportunités par rapport à la localisation géographique du logement d'une personne.

De plus, nous observons que la littérature met en avant l'isolement social vécu par les personnes en situation de précarité. De ce fait, ces personnes sont bien souvent mises à l'écart de la société. La quatrième question de l'entretien porte alors sur la conservation du lien social malgré la situation sanitaire. D'après les résultats, on observe des disparités de réactions quant à l'impact des confinements. Les professionnels expriment en premier lieu, un impact sur l'état psychologique de la personne associé à de l'anxiété, du stress et un sentiment de vulnérabilité. En second lieu, elles décrivent une difficulté dans la sphère sociale avec l'absence de vie sociale et une difficulté accrue dans le rapport à l'autre. Elles doivent alors faire preuve d'adaptation pendant cette période afin de garder un contact fréquent avec les bénéficiaires que ce soit par téléphone ou par visioconférence. L'ergothérapeute décrit alors la nécessité de collaborer avec les associations de la communauté afin de subvenir aux besoins des personnes. L'infirmière et l'éducatrice spécialisée aspirent au développement de nouveaux services ambulatoires qui viendraient compléter et compléter le service SAMSAH.

La dernière question de l'entretien se rapporte aux axes d'améliorations des pratiques professionnelles dans la réinsertion sociale des personnes précaires. Les trois professionnels s'entendent pour affirmer qu'une réinsertion sociale optimale est indéniablement liée à un système d'équité en santé. Pour l'ergothérapeute, la première étape est alors de réduire les stigmatisations autour de cette population en réalisant des activités en groupe avec des personnes de rang sociaux divergents. De son côté, l'éducatrice spécialisée propose de réaliser des actions de sensibilisation auprès de structures sociales. Par la suite, un état des lieux de l'état psychique et physique de la

personne permet de mettre en avant les axes d'intervention et le besoin d'aides supplémentaires dans ses activités de la vie quotidienne. Il est alors primordial d'instaurer une collaboration et une coordination durable avec les différents professionnels associés au projet de vie de la personne. L'élaboration de ce projet permet à la personne de reprendre une part active dans la société en gardant un équilibre de vie sain prenant compte de ses difficultés et de ses ressources.

Au terme de l'analyse, les professionnelles considèrent que les bénéfices apportés du processus de réinsertion sociale sont de l'ordre psychologique (bien-être, épanouissement, confiance en soi...). Ces bénéfices auront une influence positive sur la qualité de vie et la participation à la citoyenneté. Au final, l'aboutissement de ce processus ouvre à l'inclusion progressif de la personne précaire au sein de la société.

2.3. Traitement des usagers

Thèmes	Monsieur P	Monsieur M
QUESTION N°1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ?		
Parcours de vie	<ul style="list-style-type: none"> -monsieur de 60 ans vit dans un logement social avec sa compagne -émancipation à l'âge de 16 ans -30 ans de carrière professionnelle dans la restauration -renvoi sans licenciement économique -ne peut pas toucher le chômage donc se retrouve avec le RSA -est passé pour le 115, des CHRS, des CHU avant de trouver un logement social 	<ul style="list-style-type: none"> -monsieur de 40 ans, vit dans un HLM -formation assistant secrétaire trilingue -mauvaise expérience professionnelle avec exploitation et jugement qui a mené à un burn out -repli au domicile et enfermement sur soi-même et clinophilie -accompagnement au SAMSAH depuis 2 ans -expérience spirituelle au niveau de la foi, vision plus optimiste de la vie -touche le RSA et les APL
Santé	<ul style="list-style-type: none"> -hernie discale -genoux usés -fatigue psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> -phobie sociale -dépression clinique, angoisse -vulnérabilité psychologique
Loisirs	<ul style="list-style-type: none"> -lecture, musique, dessin -aime développer ses connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> -randonnée -activités religieuses -atelier d'expression manuel
QUESTION N°2 : A ce jour, quels sont les difficultés que vous rencontrez dans la réalisation de vos activités au sein de votre logement ?		
Entretien du logement	<ul style="list-style-type: none"> -difficulté dans l'aménagement du logement -aimerait rendre son logement plus fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> -peur de ne pas arriver à se débrouiller tout seul, à devenir autonome -difficulté à initier les tâches ménagères
Environnement du logement	<ul style="list-style-type: none"> -ancien appartement dans un immeuble ancien -précarité -insalubrité -insécurité -aucune luminosité 	<ul style="list-style-type: none"> -logement pas très cher dans une HLM -immeuble avec une population plutôt jeune -voisinage bruyant -immeuble qui résonne énormément car peu d'isolation -insalubrité -insécurité
Répercussions sur la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> -troubles de la mémoire -pas d'organisation et de structuration spatiale 	<ul style="list-style-type: none"> -ne se sent pas chez lui, n'est pas à l'aise -environnement pas très sain

Moyens mis en place	-installer des habitudes dans le logement -planning et agenda pour l'orientation temporelle	-planning pour les tâches ménagères et les courses -gestion du budget avec l'aide d'une assistante sociale -alimentation équilibrée en prenant compte du budget -installer des habitudes dans le quotidien
QUESTION N°3 : Comment la localisation de votre logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ?		
Déplacements	-se déplace en transports en commun - réseau bien desservie	-pas de véhicule personnel -habite en centre-ville et se déplace avec les transports en commun ou à pied
Accès aux services de proximité	- <u>services de santé</u> : aucun souci car il habite en centre-ville, très bonne prise en charge - <u>services alimentaires</u> : une fois par semaine en prenant le bus -bonne gestion du budget en regardant chaque dépense	- <u>services de santé</u> : touche la CMU complémentaire et tous les soins sont intégralement remboursés - <u>services alimentaires</u> : fait les courses une fois par semaine en prenant le bus
Accès aux loisirs et à la culture	-bénévolat dans des associations caritatives (Croix Rouge) - fait des ateliers au SAJE (Service d'Accueil de Jour des Exclus) -beaucoup d'activités ont été interrompus à cause de la pandémie -essaie de trouver des nouvelles activités de loisirs	-difficulté à se retrouver en groupe à cause des troubles psychiques - est inscrit au SAM qui propose diverses activités en intérieur ou en extérieur - fréquentation des lieux de culte (Eglise) -coup de main chez des amis, entretien de leur jardin, travaux... -permet de conserver des contacts sociaux
Manque dans l'environnement actuel	-manque d'une activité professionnelle -a réussi à faire le deuil de la restauration -aimerait trouver un nouveau travail pour toucher son propre salaire	-autonomie complète dans son logement -avoir une activité professionnelle, en temps partiel au début -vivre de son propre salaire -fonder une famille et avoir une vie de couple
QUESTION N°4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour entretenir des relations sociales malgré la situation actuelle ?		
Impact sur la vie sociale	-la pandémie a déstructuré sa vie -mis en suspens des activités menées dans les associations -essaie de garder contact avec ses amis, mais cela reste restreint au téléphone -ne supporte plus les restrictions mis en place et préfère rester chez lui -la situation actuelle est perturbante	-ses habitudes de vie n'ont pas forcément changé -reste chez lui et voit toujours ses amis en conservant la distanciation sociale - reste dépendant des autres pour sortir au-delà de la ville -resserrer les liens avec sa famille
Voisinage	-tempérament d'homme solitaire -ne s'attache pas forcément aux personnes qu'il côtoie -cherche une certaine tranquillité - aucune gêne particulière avec son voisinage	-quelques connaissances dans le voisinage -toujours cette problématique de nuisances sonores -problèmes d'incivilité -dégradations du matériel, insalubrité -insécurité car n'importe qui peut rentrer dans l'immeuble -délinquance et trafics de drogues
Question n°5 : Quels seraient les axes d'amélioration professionnels qui pourraient-être apportés pour favoriser votre épanouissement ?		
Accompagnement actuel de services médico-sociaux	-satisfait des services dont il bénéficie -il y a toujours des choses à améliorer -besoin d'être « coacher », d'avoir des conseils pour sa vie quotidienne -aimerait trouver un moyen pour arrêter ce combat qu'il a contre lui-même pour lutter contre cette angoisse permanente	-accompagnement SAMSAH - le SAMSAH a permis une évolution en travaillant l'ouverture aux autres -développement des activités sociales -reconnaissant pour la patience des professionnels -respect de son rythme et de ses réflexions

Besoins en lien avec le logement	<ul style="list-style-type: none"> -travailler sur l'aménagement, à l'aide de conseils et astuces -il serait intéressant d'avoir le point de vue d'un ergothérapeute sur l'aménagement de cet environnement - n'est pas sûr d'avoir le recul nécessaire pour analyser les éléments problématiques -aimerait rendre ce logement plus accueillant, pour qu'il puisse inviter des personnes et s'ouvrir alors plus facilement aux autres -le fait de discuter avec des personnes est une thérapie en soit 	<ul style="list-style-type: none"> -réussir à changer des habitudes de vie ancrées dans son logement -très content de pouvoir avoir un logement grâce au RSA associé aux APL -gestion du budget importante mais il arrive à vivre convenablement
Bien-être et rôle de l'ergothérapie	<ul style="list-style-type: none"> -le plus important est d'avoir un logement à soi - de ne plus dépendre des autres pour vivre -le logement aide beaucoup à rentrer en relation avec autrui -avec son parcours de vie chaotique, l'acquisition de ce logement permet un épanouissement personnel -pour atteindre le bien-être, nécessite un soutien pour s'engager dans des activités occupationnelles significatives 	<ul style="list-style-type: none"> -avoir une vie épanouie dans tous les domaines même avec un faible revenu -importance du relationnel dans ses activités -besoin de passer du temps avec des personnes -besoin de se sentir utile et responsable -aime rendre service aux autres, rendre quelqu'un heureux

2.4. Analyse des usagers

D'après leurs discours, on s'aperçoit que les deux personnes interrogées ont des parcours de vie complexe, avec un vécu et un ressenti personnel de la précarité. De ce fait les répercussions engendrées sont exprimés de façon objective pour Mr P, et plutôt de façon subjective pour Mr M. Mr P explique que la cause de sa condition de vie provient de son licenciement, alors que Mr M suggère que c'est un « Burn Out », dû à de mauvaises expériences professionnelles, qui l'a amené à une situation de précarité.

Ces éléments sont en corrélation avec la notion de risques engendrés par la précarité, détaillée dans le bilan de l'existant. Par conséquent, la précarité peut mener à des troubles psychiques comme le décrit Mr P. A contrario, des troubles psychiques déjà implantés peuvent être la cause d'une situation de précarité, comme dans le cas de Mr M. En somme, la situation actuelle est synonyme d'angoisse et de fatigue psychologique en raison de la vulnérabilité de leurs trains de vie.

Concernant la question sur l'entretien du logement, les personnes expriment des difficultés dans l'aménagement fonctionnel de leur logement et verbalise un apragmatisme en rapport aux tâches d'entretien. Elles ne considèrent pas leur environnement comme étant sain, et mettent en avant dans leur discours, la redondance des termes d'insécurité, d'insalubrité et de précarité. Ainsi, leur environnement handicape le développement personnel à tel point qu'il peut avoir des

répercussions sur l'orientation temporo-spatiale de la personne. D'ailleurs Mr P met en évidence les nuisances sonores subies. Il affirme même qu'il ne sent pas à l'aise chez lui.

Pour limiter au mieux ces contraintes environnementales, les usagers expliquent qu'ils ont installé des habitudes et mis des stratégies en place dans leur logement, sous forme de planning, que ce soit pour la gestion du budget et l'emploi du temps.

La troisième question centrait le discours de l'utilisateur sur l'accessibilité et leur déplacement au sein de son environnement. Mr P et Mr M n'ont pas de difficultés dans leurs déplacements à proprement parler lorsqu'il s'agit de se rendre dans les services de proximité. Ils habitent tous deux en centre-ville et réalisent leurs différentes démarches à pied ou en transport en commun. L'accès aux soins est lui aussi aisé, étant donnée les avantages de la sécurité sociale et de la CMU (Couverture Maladie Universelle) qui permettent une prise en charge complète des frais de santé. En revanche, l'accès aux activités professionnelles, culturelles ou de loisirs demeurent entravé et sélectif. Mr P explique qu'auparavant, il effectuait un grand nombre d'activités au sein de diverses associations mais cela a dû s'interrompre avec la crise sanitaire.

En ce qui concerne la sphère professionnelle, les deux hommes sont dans la même situation : ils ont réussi à faire le deuil de leurs expériences passées, et ils aimeraient désormais retrouver une activité pour pouvoir vivre de leur propre salaire. Pour Mr P, l'acquisition d'un emploi favorisait l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et permettrait de vivre sans subvenir aux aides de l'Etat.

Concernant, la quatrième question, les situations vécues par les usagers lors de la crise sanitaire étaient opposées. D'un côté, Mr P explique que la pandémie a déstructuré sa vie, en impactant directement ses activités significatives. Il essaie de garder un contact avec ses amis malgré tout, mais cela reste délicat. De l'autre côté, Mr M trouve que la situation actuelle a permis de légitimer son repli au domicile puisque ce mode de vie a été généralisé à la population entière. Il continue à voir ses amis et sa famille tout en respectant la distanciation.

Pour finir, la dernière question de l'entretien porte sur les axes d'améliorations des professionnels qui favorisent l'épanouissement des personnes en situation de précarité. En premier lieu, les usagers se disent satisfaits des services dont ils disposent. De fait, ces services ont permis de développer leurs activités sociales tout en étudiant les causes de leur isolement social. Cependant ils expriment des manques au niveau de l'aide dans l'aménagement de leur logement et dans l'élaboration d'astuces et de stratégies pour modifier leurs habitudes ancrées. De ce fait, Mr P aimerait investir pleinement son logement pour le rendre plus accueillant ce qui simplifierait l'ouverture aux autres. Pour lui, l'élément le plus important pour son bien-être, c'est d'avoir un

chez lui et de ne plus dépendre des autres pour vivre. Après son parcours de vie chaotique, ce logement est un épanouissement quotidien « *Je suis passé de l'ombre à la lumière* » (Mr P). De plus pour optimiser cet état de bien-être, il verbalise le souhait d'un soutien dans l'amorçage de ses activités occupationnelles. En outre, Mr M rajoute l'importance du relationnel pour avoir une vie épanouie dans tous les domaines. Pour lui, l'épanouissement personnel passe par ce sentiment et cette nécessité de se sentir utile et responsable aux yeux de la société.

PARTIE V : DISCUSSION

1. Analyse transversale

En recroisant les discours des professionnelles et des usagers, on s'aperçoit des convergences et des divergences de pensées quant aux potentiels et aux avantages des pratiques professionnelles dans un processus de réinsertion sociale. Les professionnelles sont animées par ce désir de venir en aide aux autres, en apportant leurs connaissances et leurs compétences. Elles mettent l'accent sur les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques qui s'opposent à la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Ces obstacles peuvent être de l'ordre matériels, financiers ou motivationnels. Ces éléments s'entrecroisent finalement avec les dires des usagers qui revendiquent des difficultés dans l'entretien du logement dues à des contraintes environnementales. Au final, on constate que ces personnes n'ont pas toutes les cartes en main pour investir pleinement leurs environnements. Pour cela, les professionnels proposent de revaloriser la personne dans ses activités en instaurant des stratégies compensatoires aux difficultés persistantes.

Concernant la complexité d'accessibilité aux services, les professionnels conviennent de se concentrer sur la desserte des transports en commun. Toutefois, les usagers ne manifestent aucune difficulté pour se déplacer en transports en commun que ce soit en ville ou en dehors. De ce fait, l'échantillon de personnes interrogées ne reflète pas forcément la réalité de toutes les personnes précaires. Il est alors essentiel que les projets d'accompagnements soient personnalisés et individualisés en fonction des situations et des problématiques.

De plus, ces personnes n'expriment également aucune difficulté au niveau de l'accès aux soins ce qui est pourtant sous-entendus dans le bilan de l'existant. Cela s'explique par le fait que ces personnes ont tous deux des papiers en règle, et que la France dispose d'un système de soins arbitraire et accessible à tous.

En revanche, la sphère professionnelle et le développement des activités culturelles et de loisirs constituent un réel manque dans la vie actuelle de ces personnes. Ils décrivent une difficulté à initier les démarches liées à l'emploi et aux divertissements. Pourtant, ces domaines sont

indispensables pour eux, afin de prétendre à un épanouissement et un bien-être quotidien. Les professionnelles pour leur part, insistent sur la nécessité de revaloriser la personne dans le but qu'elle puisse réaliser ses différentes démarches en optimisant son autonomie. Elles accompagnent également ces personnes à réfléchir, à partir de leurs désirs et de leurs capacités, à un projet de vie stable et durable. De même, elles aspirent à développer davantage les partenariats avec d'autres services sociaux, dans le but de créer tout un dispositif associatif autour de la personne.

Par ailleurs, en croisant l'analyse quantitative et l'analyse qualitative, on obtient des similitudes quant aux causes et aux conséquences d'une situation de précarité. Dans un premier temps, les résultats quantitatifs mettent en avant l'influence de l'environnement dans le développement d'activités. De ce fait, une personne en situation de précarité fait face à des obstacles supplémentaires en termes de logement, d'emploi, de santé et de contact avec autrui. L'analyse qualitative confirme ces données en mettant l'accent sur l'aménagement d'un environnement sain via un logement autonome. En effet, les usagers décrivent que le bien-être et l'épanouissement personnel passe avant tout par l'acquisition d'un logement. De ce logement découlera toutes les différentes démarches en extérieur que ce soit en termes de santé, d'emploi ou de loisirs. De plus, un habitat est un atout indéniable pour entreprendre des relations sociales saines et durables. Le logement correspond alors au besoin primaire dans un processus de réinsertion sociale.

Enfin, ces deux analyses sont en corrélation en ce qui concernent la place centrale de la personne dans l'accompagnement. Les professionnels accentuent l'importance que la personne ait un rôle actif dans son projet de vie, de façon à ce qu'elle soit en adéquation avec les propositions d'actions, pour au final, permettre un engagement total dans ce processus de réinsertion sociale.

2. Analyse en lien avec les cadres théoriques

2.1. Lien avec le modèle KAWA

Ce modèle souligne l'interaction existant entre la personne et son environnement tout au long de sa vie. En premier lieu, on constate que la métaphore de la rivière s'inscrit dans une vision collective des circonstances de vie de la personne, ce qui peut s'apparenter aux principes de la pratique communautaire de l'ergothérapie.

En second lieu, les facteurs environnementaux de ce modèle se réfèrent parfaitement aux situations vécues par les usagers et les professionnels. Bien qu'ils ne soient pas abordés de façon concrète par les usagers, ils se rattachent aux injustices subies dans le milieu écologique en fonction de l'origine sociale de la personne. L'éducatrice spécialisée décrit alors des freins

supplémentaires pour accéder aux services de proximité, alors que l'ergothérapeute met en relief les restrictions financières qui entravent cette accessibilité.

Les circonstances de vie renvoient aux facteurs intrinsèques et extrinsèques des personnes liés à leurs activités occupationnelles. Ces facteurs ont des conséquences directes sur les possibilités de mise en œuvre de ces activités par les personnes précaires. De par sa plus-value, l'ergothérapeute s'appuie sur les partenaires de la communauté pour rendre sa pratique viable. Il agit en milieu écologique en réalisant l'intermédiaire entre la personne et l'organisme.

Pour les déterminants personnels, ce sont les expériences de vie des personnes en situation de précarité, qui sont mises en avant. Ces déterminants ont un impact bénéfique ou non sur la capacité des personnes à initier des démarches en extérieur. On parle alors du phénomène de résilience, qui est plus ou moins présent chez les personnes. L'intérêt pour l'ergothérapeute est d'observer puis d'analyser les comportements de la personne vis-à-vis du regard d'autrui ou lors d'une situation complexe afin de les modifier par la suite.

2.2 Lien avec le modèle Dahlgren and Whitehead

Ce modèle met en évidence les déterminants sociaux de la santé en recherchant les causes de l'état de santé. Il est alors abordé la notion d'équité en santé, retrouvée également dans le discours des professionnels interrogés. La représentation en arc-en-ciel induit une graduation de ces déterminants.

Le premier niveau correspond aux facteurs intrinsèques de la personne que ce soit l'âge, le genre ou les maladies héréditaires. En effet, on constate que sur le faible échantillon de personnes interrogées, les usagers en situation de précarité étaient des hommes ayant en moyenne 50 ans ce qui confirme alors cette prévalence plus élevée.

Le second niveau se réfère aux comportements individuels et aux habitudes de vie instaurés par l'environnement proche. Les usagers décrivent alors une dégradation de la santé physique et psychique engendrée par les épreuves de la vie. Il parle d'une usure du corps due à la pénibilité du travail et des conséquences psychologiques qui en résultent (fatigue psychologique, burn out, angoisse, dépression...). L'infirmière insiste justement, sur l'importance de l'éducation à la santé, pour prévenir ces troubles et ainsi diminuer les difficultés rencontrées.

Le troisième niveau atteste des opportunités et de la diversité des réseaux sociaux et communautaire au sein de l'environnement de la personne. En effet, les professionnels soulignent l'importance d'investir les services de la communauté tout en développant toujours plus les services ambulatoires. Ce niveau étudie également, les relations sociales et le tissu associatif

gravitant autour de la personne. Pour les personnes en situation de précarité, l'accessibilité à ce réseau peut être contrainct par des obstacles internes tels que la motivation, l'anxiété ou une insuffisance financière.

Le quatrième niveau est le plus susceptible de causer des inégalités en matière de santé. Il reprend les facteurs liés aux conditions de vie. Bien que les personnes interrogées possèdent un logement autonome, l'environnement dans lequel ils évoluent n'est pas pour autant fructueux. De ce fait, les usagers dénoncent une insécurité et une insalubrité dans leur environnement proche. De même, ils jugent l'aménagement de leurs logements comme étant médiocre, avec des pièces exigües et peu de luminosité. Par ailleurs, ce niveau met en lumière les difficultés des personnes précaires à trouver un emploi. De ce fait, ces personnes ont l'envie et le besoin de retrouver une activité professionnelle, mais elles n'arrivent pas à obtenir un travail prenant compte de leurs attentes et de leurs capacités. Les services ambulatoires comme le SAMSAH proposent alors de promouvoir les partenariats avec les différents services agissant dans le processus de réinsertion, afin que la personne soit dans les meilleurs disponibilités pour atteindre un épanouissement personnel.

Le dernier niveau se réfère aux conditions générales de la société qui comportent les politiques socio-économiques et la dimension culturelle. Le niveau de vie des personnes précaires dépend alors de l'évolution de la société en termes de logements, d'emplois et de croyances culturelles. Monsieur P fréquente notamment des lieux de culte, il verbalise les bienfaits apportés par la religion dans sa vie quotidienne. De ce fait, les traditions et les croyances font parties intégrantes de la société dans laquelle la personne évolue. Pour les professionnels, il est alors nécessaire de prendre en compte les croyances en plus du statut social dans le projet d'accompagnement d'une personne.

2.3. Lien avec la pyramide des besoins de Maslow

La pyramide met l'accent sur une hiérarchisation des besoins selon la gravité et les conséquences engendrées d'une situation de précarité. La base de la pyramide comprend les besoins fondamentaux à la vie comme respirer, boire ou manger. L'ergothérapeute expose alors les difficultés financières qui peuvent survenir lors de l'achat alimentaire ou vestimentaire. Ces difficultés ont alors un impact sur la santé de la personne car elle se retrouve dans l'incapacité de subvenir totalement à ses besoins. Au-delà de l'aspect financier, le logement représente également un frein lorsque celui-ci n'est pas adapté aux exigences et aux attentes de la personne. De ce fait, Mr M verbalise le fait qu'il ne sent pas à l'aise chez lui en raison des nuisances sonores de son environnement.

En partant de cet élément, on arrive au 2^{ème} étage de la pyramide qui correspond aux besoins psychologiques. Ce besoin se réfère à la nécessité de se sentir en sécurité dans son environnement et au sentiment de maîtrise sur sa vie. D'une part, les personnes interrogées révèlent que leurs expériences vécues ont provoqué des dommages irréversibles sur leur santé, surtout au niveau psychologique. D'autre part, les professionnelles évoquent la prise en compte des séquelles résiduelles qui engendrent un impact sur l'estime personnel. En effet, ces personnes ont une vulnérabilité accrue, il est alors légitime de consentir à un temps supplémentaire lors de l'initiation de démarches ou d'activités dans le cadre de l'accompagnement.

Par la suite, les besoins sociaux englobent le besoin d'appartenance, le besoin affectif et le besoin d'intégration sociale. Ils se reflètent par les propos des professionnels, qui agissent justement sur l'ouverture aux autres et sur la reprise d'activités sociales. Les professionnelles axent leur travail sur la revalorisation des démarches entreprises et sur l'amélioration de l'état psychoaffectif. De ce fait, elles décrivent une prévalence plus élevée d'isolement social de personnes en situation de précarité, lorsque celles-ci ressentent une honte et un mépris d'autrui de par la dégradation de leur situation.

Les deux étages supérieurs de la pyramide prennent en compte le besoin de reconnaissance et le besoin de s'accomplir. Les discours des usagers accentuent l'importance d'être reconnu à sa juste valeur, en ayant une activité signifiante que ce soit dans le domaine du travail ou des loisirs. La satisfaction résultant de ces activités privilégie un épanouissement personnel en lien avec l'accomplissement de la personne et des projets qu'elle a entrepris. L'aménagement d'un logement correspond alors à un prérequis dans le processus de réinsertion sociale en offrant une stabilité et une sécurité à la personne. D'ailleurs, le logement répond aux cinq niveaux de la pyramide de Maslow (physiologique, sécuritaire, estime de soi, appartenance et concrétisation)

3. Réponse à la question de recherche

Après l'analyse de mes résultats, force est de constater que l'accompagnement des personnes précaires est construit selon plusieurs étapes, avec l'intervention d'une multitude de professionnels.

Concernant l'ergothérapie, une pratique communautaire semble légitime dans le sens où la précarité est considérée comme un « handicap » à la participation sociale de la personne. Il est important de justifier des possibilités occupationnelles des individus pouvant engendrer de l'injustice sociale. De ce fait, les obstacles environnementaux sont immuables, il faut alors collaborer avec les services de proximité pour les détourner. L'entourage peut aussi avoir un rôle majeur dans l'initiation aux activités occupationnelles signifiantes pour la personne. Le rôle de

l'ergothérapeute est alors de modéliser l'environnement pour qu'il soit sécurisant et facilite l'épanouissement personnel. L'environnement doit être structuré comme un soutien quotidien, l'objectif étant de limiter l'isolement et la discrimination. Pour cela, l'ergothérapeute réalise des mises en situation directement auprès des commerçants afin de les sensibiliser aux difficultés d'accessibilité. Il est alors primordial que l'ergothérapeute ait notion de la diversité des difficultés résultant de la précarité. Il utilise une approche systémique en regardant l'interaction des différents domaines influant la vie de la personne. Il vise à favoriser l'implication de tous les acteurs concernés en développant davantage la collaboration avec les autres services. Par ailleurs, Mr P définit le rôle de l'ergothérapeute d'une façon atypique, en déclarant : « *Je suis sûr que si j'avais un monte pied pour monter sur mon cheval, je pense que j'y arriverais et vous êtes ce monte pied* ». Personnellement, je trouve que cette définition métaphorique est en accord avec les principes fondamentaux de l'ergothérapie. En outre, l'environnement est un des principaux facteurs d'injustice occupationnelle, il est donc la considération première en termes d'approche communautaire.

De même, il est nécessaire de faire valoir la pratique communautaire car elle reste encore novatrice en France. Le Canada de son côté, a su montrer la plus-value de l'ergothérapeute dans ce domaine en montrant la pertinence de sa vision holistique en termes d'actions communautaires. L'ergothérapeute agit directement dans le milieu de vie de la personne en mettant en place une évaluation précise de la situation. En premier lieu, il évalue les capacités et les compétences de la personne, puis il détermine les atouts de sa communauté, enfin il juxtapose la réciprocité de ces deux éléments afin d'élaborer des actions pérennes. Au final, il y a un changement de vision de l'ergothérapie qui n'est plus centré uniquement sur la maladie mais sur une profession qui promeut la santé et la justice sociale.

En termes de justice sociale, l'acquisition d'un logement se rapporte au besoin primaire en termes de développement personnel et d'accomplissement de soi. Le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine est alors essentiel de par ses connaissances et ses compétences. De ce fait, il rapporte la différence notable entre l'acquisition d'un logement et l'acquisition d'un chez soi. De ce fait, la personne va chercher à investir son logement de façon à ce qu'il corresponde à sa culture, ses valeurs, ses références socio-culturelles et ses représentations sociales. D'autant plus que, l'ergothérapie met l'accent sur l'importance que l'individu personnalise son logement et son environnement dans le but de l'investir pleinement. Il est alors primordial, que son logement se distingue des autres en montrant son identité propre. Bien souvent, les personnes en situation de précarité ont des difficultés à investir ce logement de par des séquelles psychologiques

importantes. Ainsi conçu, le logement a un rôle fondamental pour la survie de l'homme, son aptitude au travail ainsi que sa sécurité et sa cohésion au sein de la société.

D'autre part, la notion de chez soi est rattachée à un lieu spirituel, sans réalité physique qui dépend de la singularité de la personne. L'identité spatiale est donc marquée par les lieux liés à l'enfance et les lieux signifiants rencontrés au gré des expériences de la vie. Habiter dans un logement, n'est donc pas forcément une chose innée et acquise pour tout le monde. Outre les ressources essentielles (financières et matérielles), il est nécessaire que l'esprit soit capable de concevoir un environnement sécurisant, personnalisé, adapté à son mode de vie. Il représente une projection de soi dans un espace propre qui favorise l'épanouissement personnel. L'ergothérapeute travaille alors sur les habitudes de vie antérieurs et actuels en réalisant des bilans d'auto-évaluations comme le MHAVIE ou l'échelle ELADEB. De ces évaluations vont être extraire des moyens de reconstruction de l'estime de soi et du lien social.

Avoir un « chez soi » est alors facilitateur dans le processus de réinsertion sociale en contribuant à une ouverture sur l'environnement proche (voisinage, quartier, ville). Un logement bien aménagé est aussi celui qui permet les activités de la vie quotidienne (AVQ) et incite le maintien d'un lien social en accueillant des proches. L'enjeu est donc de pouvoir agencer les différentes pièces du logement de façon à renvoyer une image valorisante. La personne arrive plus facilement à instaurer des routines et des habitudes dans un environnement qu'elle considère comme étant sain et plaisant. L'objectif pour l'ergothérapeute consiste à fournir les outils et les stratégies nécessaires à son quotidien afin d'optimiser son autonomie. En ce sens, la pratique communautaire favorise le développement des activités au sein du logement de par sa dimension sociale et son aspiration à renforcer l'équité auprès des différents membres de la communauté. Réciproquement, l'acquisition d'un chez soi facilite la pratique communautaire de l'ergothérapie grâce à l'inclusion qu'il engendre au sein de la communauté liée à son ouverture sociale.

4. Critique et limites de l'étude

Dans un premier temps, les limites de mon étude résident dans la spécificité de ma population ciblée. En effet, la catégorie des personnes en situation de précarité englobe un grand nombre d'individus aux caractéristiques différentes puis ces critères d'inclusions sont bien souvent abstraites. De plus, le recensement sur lequel je me suis appuyée pour construire ma recherche n'est pas forcément fiable, en raison du manque de chiffres officiels. Je me suis alors basée sur une étude quantitative réalisée en 2020 par la fondation abbé Pierre.

Dans un second temps, la pratique de l'ergothérapie analysée croise les champs de compétences français et canadien. Toutefois, on sait que l'ergothérapie au Canada n'est pas régie

selon le même cadre législatif et institutionnel. De fait, les ergothérapeutes canadiennes ont une liberté accrue dans la prise en charge en ergothérapie car ils n'agissent pas sur prescriptions médicales. En France, l'action communautaire n'est pas encore assez développée pour avoir un retour critique sur les pratiques existantes. En somme, il aurait été intéressant de mettre en avant une possible pratique communautaire de l'ergothérapie en prenant compte du système français.

Par la suite, le faible échantillon de personnes interrogées ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. En effet, la méthode qualitative utilisée était de loin, la plus pertinente pour recueillir les expériences et les propos détaillés des individus. Toutefois, les problématiques relevés par les usagers sont propres à leurs idéaux et à leurs situations. Pour pouvoir universaliser les dires des usagers, il aurait fallu réaliser un plus grand nombre d'entretiens qui auraient menés à des particularités distinctes que ce soit en termes de localisation ou d'accompagnement proposé. De ce fait, j'ai priorisé des conditions optimales lors des passations des entretiens de façon à les réaliser en présence de la personne, plutôt que de diversifier mon échantillon. En effet, j'ai alors perdu en variété de réponses car les deux usagers vivaient dans la même ville, de même que les professionnels qui travaillaient dans la même structure SAMSAH.

5. Hypothèse de travail ultérieur

Lors de la passation des différents entretiens, j'ai pu observer la nécessité pour les personnes en situation de précarité de reprendre une activité professionnelle, une fois leur environnement investit. Suite à cela, je me suis alors questionnée sur les possibilités de prolongement de ce travail d'initiation à la recherche. D'après les dires des usagers l'insertion professionnelle correspond à l'élément ultime qui contribue à leur accomplissement personnel et leur plénitude favorise ainsi leur plénitude au quotidien.

Or, l'ergothérapeute a également un rôle majeur a joué dans l'insertion professionnelle. En effet, il accompagne les démarches de recherche d'emploi avec la personne en s'appuyant sur ses capacités et ses compétences.

De plus, le niveau de formation de la personne conditionne l'obtention d'un emploi de qualité et pérenne. L'ergothérapeute réalise alors des démarches de sensibilisation auprès des entreprises pour prévenir les risques d'exclusion sociale. Actuellement, il y a encore une faible reconnaissance des difficultés d'insertion professionnelle auxquelles les personnes en situation de précarité peuvent faire face. De même, plus une personne est défavorisée, plus elle sera limitée dans ses possibilités d'embauche.

Le concept d'insertion professionnelle est alors indissociable du concept de socialisation car, pour favoriser son intégration, la personne doit être capable de recueillir un certain nombre de

valeurs, de normes et de règles communes. L'objectif premier de l'insertion professionnelle est donc de favoriser le développement d'un savoir-faire et d'un comportement professionnel. L'ergothérapeute agit, de façon à soutenir la personne dans l'élaboration de son projet professionnel, en travaillant sur le maintien des acquis et l'amélioration des connaissances. Au final, l'insertion professionnelle tout comme l'insertion sociale favorise le développement de l'autonomie de la personne.

Au regard des différentes recherches effectuées, on s'aperçoit alors de l'ambivalence entre l'insertion sociale et l'insertion professionnelle. Ces deux processus s'inscrivent dans une démarche globale qui tend vers l'autonomie optimale de la personne. Il semble donc important de mettre en place des services et des structures qui promeut l'accompagnement des personnes en situation de précarité en intervenant conjointement sur l'insertion sociale et l'insertion professionnelle.

6. Apports personnels et professionnels

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis d'accroître mon esprit critique en me confrontant à une multitude de données et d'articles scientifiques. En effet, j'ai pu découvrir une nouvelle facette de l'ergothérapie, avec la pratique communautaire. De plus, les différentes discussions professionnelles que j'ai pu mener, représentent une richesse considérable dans la rédaction de cette étude, que ce soit avec les ergothérapeutes canadiens, les ergothérapeutes français, l'Association Humanitaire de Montpellier, le SAMSAH d'Alès et bien entendu avec mon maître de mémoire. En somme, j'ai pu appréhender une nouvelle vision de l'ergothérapie centrée sur l'échange pluridisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle.

Personnellement, j'ai appris à conduire une démarche réflexive en sélectionnant seulement les éléments pertinents à mon étude. Ce travail de longue haleine m'a instruit la conception et la gestion d'un projet en développant mes capacités de persévérance, de rigueur ainsi que d'assiduité.

Professionnellement, j'ai pu saisir l'enjeu de santé publique derrière l'accompagnement des personnes en situation de précarité. De ce fait, j'ai eu la chance de pouvoir échanger directement avec des personnes défavorisées. J'ai pu me rendre compte que leurs difficultés ne se limitent pas seulement à l'aspect financier, d'où la nécessité d'un suivi en ergothérapie. Par la suite, j'ai eu le privilège de réaliser mon dernier stage dans un SAMSAH accompagnant des personnes précaires ayant un handicap psychique associé. Ce service n'avait pas d'ergothérapeute en fonction, j'ai alors créé ma pratique en m'appuyant sur les apports théoriques acquis et mes expériences vécues. Ce stage m'a formé à concevoir une approche systémique dans l'accompagnement d'une personne en tendant vers une pratique communautaire.

Conclusion

L'intérêt de ce mémoire d'initiation à la recherche est de donner des pistes d'améliorations à la pratique actuelle en ergothérapie en axant mon travail sur une approche communautaire.

Dans un premier temps, j'ai réuni l'ensemble des informations sur les données épidémiologiques et les critères d'inclusions se rapportant à la population des personnes en situation de précarité. De cette recherche est ressortit l'ambivalence des restrictions subies par les personnes précaires dans leur environnement et les services mis à disposition pour lutter contre cette injustice. De ce fait, bien que les services sociaux français proposent un soutien essentiel dans le relogement de la personne, la reprise d'activités occupationnelles est pour autant délaissée. Or ces activités significatives sont essentielles pour l'épanouissement personnel. L'acquisition d'un logement facilite certes l'accessibilité aux services culturelles et de loisirs, néanmoins son effet reste pourtant relatif en raison des séquelles psychologiques résiduelles. A cet égard, l'intervention d'un ergothérapeute spécialiste en sciences de l'occupation contribue à la mise en œuvre de ces activités en collaborant avec la personne. D'où la pertinence d'employer une approche communautaire qui s'appuie sur les forces et les atouts de l'environnement proche.

Dans un second temps, j'ai réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs. L'objectif était de mettre en avant les difficultés rencontrées dans la réalisation d'activités, au sein du logement et à l'extérieur. Sur les cinq personnes interrogées, deux d'entre elles étaient des individus en situation de précarité tandis que les autres étaient des professionnelles travaillant dans des structures médico-sociales (une ergothérapeute canadienne, une infirmière et une éducatrice spécialisée). Les résultats ont à la fois, confirmé et infirmé les données théoriques recueillis. De ce fait, l'enquête met en lumière l'impact du repli au domicile sur les relations sociales ainsi que les facteurs motivationnels qui rentrent en jeu.

Lors d'une future étude, il serait intéressant de poursuivre cette recherche sur l'analyse à long terme du développement de services ambulatoires pluridisciplinaires en France, incluant une pratique communautaire de l'ergothérapie. Au regard du système législatif français, il conviendrait de démontrer la pérennité et surtout la pertinence d'un projet communautaire au sein de l'environnement tant bien urbain que rural. Pour argumenter ceci, des évaluations objectives permettront de mettre en évidence l'influence environnementale sur les activités occupationnelles. Il semble alors primordial de valoriser notre profession dans le domaine médico-social en se calquant sur le modèle canadien. En ce sens, la nouvelle problématique soulevée serait alors :

« Comment l'ergothérapeute, à partir de ses connaissances en sciences occupationnelles, pourrait-il promouvoir la formation d'un système communautaire français ? »

BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAPHIE

Bibliographie

- Achu, Kamala, et Organisation mondiale de la santé. *Réadaptation à base communautaire: guide de RBC*. Genève: Organisation mondiale de la santé, 2011.
- Albuquerque, Sophie. « La promotion de la santé en ergothérapie, au cœur des occupations des populations ». *Ergothérapies* 73 (21 mai 2019): 45.
- Bandeira, Marina, Alain Lesage, Raymond Morissette, et Luc Granger. « Évaluation de l'efficacité à long terme d'un programme de réinsertion sociale ». *Santé mentale au Québec* 19, n° 2 (1994): 177-90.
- Bates, Éloïse, Valérie Coulombe, et Jonathan Rehel. « RECHERCHE et RÉDACTION », s. d., 56.
- Boitte, Pierre. « A propos de débats récents sur la notion de pauvreté ». *Déviance et société* 13, n° 2 (1989): 89-111.
- Damon, Julien. « 1 – Les « sdf », de qui parle-t-on? Une étude à partir des dépêches afp ». *Quadriège*, 2010, 15-38.
- Denis, clara, Gilles Millette, Joëlle Quérim, et Julien Vekeman. *Individu et société*. Maxime Forcier. Montréal (Québec): CHENELIERE EDUCATION, 2013.
- Descamps, Myriam. « Atelier d'Ergothérapie pour personnes sans domicile fixe ». *World Federation of Occupational Therapists Bulletin* 36, n° 1 (1 janvier 1997): 27-32.
- Dorvil, H., Pierre L. Morin, Alain Beaulieu, et Dominique Robert. « Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales ». *Deviance et Societe* Vol. 26, n° 4 (2002): 497-515.
- Dubé, C. « L'enseignement d'une pratique communautaire pour l'avancement de la justice occupationnelle », s. d., 12.
- Grandisson, Marie, Rachel Thibeault, Michèle Hébert, et Annie Templeton. « Community-Based Rehabilitation Programme Evaluations: Lessons Learned in the Field ». *Disability, CBR & Inclusive Development* 25, n° 1 (19 mai 2014).
- Hébert, Michèle, Brigitte Maheux, et Louise Potvin. « Théories qui émergent du quotidien de la pratique communautaire de l'ergothérapie ». *Canadian Journal of Occupational Therapy* 69, n° 1 (février 2002): 31-39.
- Hernandez, Hélène. *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*. De boeck supérieur. Ergothérapie 2. Paris: de boeck supérieur, 2016.
- Jasmin, Emmanuelle, et Annie Carrier. *Des sciences sociales à l'ergothérapie: Mieux comprendre la société et la culture pour mieux agir comme spécialiste en habilitation à l'occupation*. Santé. Presses de l'Université du Québec, 2019.

Khasnabis, Chapal, Karen Heinicke Motsch, Kamala Achu, Kathy Al Jubah, Svein Brodtkorb, Philippe Chervin, Peter Coleridge, et al., éd. *Community-Based Rehabilitation: CBR Guidelines*. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization, 2010.

Larivière, Nadine. « Analyse du concept de la participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs ». *Canadian Journal of Occupational Therapy* 75, n° 2 (avril 2008): 114-27.

Lavoie, Jocelyne, et Jean Panet-Raymond. « de l'action communautaire », s. d., 23.

Lievin, Jean-Claude. *L'ergothérapie en action sociale*. L'harmattan. Paris: L'harmattan, 2015.

Précarités. Toulouse; Ramonville Saint-Agne: ARSEEA ; Erès, 2006.

Pouget, Brigitte. « Étude réalisée en mars 2014 Edition juillet 2015 », s. d., 17.

Simonet, Guillaume. « Le concept d'adaptation : polysémie interdisciplinaire et implication pour les changements climatiques ». *Natures Sciences Sociétés* 17, n° 4 (octobre 2009)

Vachon, Jérôme. *Le logement des personnes défavorisées*. Wolters Kluwer. Actualités Sociales Hebdomadaires 2526. Rueil-Malmaison: Wolters Kluwer, 2007.

Vidon, Gilles. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Editions Frison-Roche. Paris: Frison-Roche, 1995.

Yépez Del Castillo, Isabel. « A comparative approach to social exclusion: lessons from France and Belgium ». *International Labour Review* 133, n° 5 (1994): 613.

Sitographie

Actualité fonction publique territoriale. « ANESM : des repères pour l'évaluation interne dans les CHRS ». Consulté le 9 octobre 2020. <https://www.weka.fr/actualite/lutte-contre-les-exclusions/article/anesm-des-reperes-pour-levaluation-interne-dans-les-chrs-37388/>.

« Article L115-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance ». Consulté le 6 octobre 2020. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019863947/2009-06-01.

« Article L115-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance ». Consulté le 6 octobre 2020. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019863947/2009-06-01.

Afsa, Cédric. « Le revenu minimum d'insertion : une mesure d'accompagnement ? » *Revue des politiques sociales et familiales* 27, n° 1 (1992): 13-22. <https://doi.org/10.3406/caf.1992.1523>.

« Aidez-nous à agir, donnez à la Fondation Abbé Pierre ». Consulté le 9 octobre 2020. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/>.

Boucher, Jacques L. « Pauvreté, fragilités individuelles et habitat : le rôle de l'économie sociale ». *Revue Interventions économiques. Papers in Political Economy*, n° 32 (1 juillet 2005). <https://doi.org/10.4000/interventionseconomiques.862>.

CREAI-ORS OCCITANIE. « Lits Halte Soins Santé en Occitanie », 15 décembre 2019. <https://creaiors-occitanie.fr/lits-halte-soins-sante-en-occitanie/>.

Fédération Addiction. « Conduire son évaluation interne : les recommandations de l'Anesm », 6 avril 2016. <https://www.federationaddiction.fr/conduire-son-evaluation-interne-les-recommandations-de-lanesm/>.

« Fédération des acteurs de la solidarité - Occitanie ». Consulté le 6 octobre 2020. <https://www.federationsolidarite.org/occitanie>.

« Fédération des acteurs de la solidarité - Campagne budgétaire des CHRS 2020 : suspension des tarifs plafonds ». Consulté le 6 octobre 2020. <https://www.federationsolidarite.org/champs-d-action/hebergement-logement/11787-campagne-budg%C3%A9taire-des-chrs-2020-une-pause-en-trompe-l%E2%80%99%C5%93il>.

« Fédération des acteurs de la solidarité - Journée nationale d'études LHSS LAM ACT : retour en comptes-rendus ». Consulté le 9 octobre 2020. <https://www.federationsolidarite.org/champs-d-action/sante/10908-journ%C3%A9e-nationale-d%E2%80%99%C3%A9tudes-lhss-lam-act-retour-en-comptes-rendus>.

Haute Autorité de Santé. « Évaluation interne : repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale ». Consulté le 9 octobre 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835248/fr/evaluation-interne-reperes-pour-les-etablissements-et-services-relevant-du-secteur-de-l-inclusion-sociale.

« Les personnes vivant dans la rue : l'urgence d'agir | Travaux Publiés | Travaux du CESE ». Consulté le 9 octobre 2020. <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-personnes-vivant-dans-la-rue-lurgence-dagir>, <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-personnes-vivant-dans-la-rue-lurgence-dagir>.

Les Echos. « Loger les sans-abri coûterait moins cher à l'Etat », 1 janvier 2017. <https://www.lesechos.fr/2017/01/loger-les-sans-abri-couterait-moins-cher-a-letat-158687>.

« Livres : Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (2e édition) ». Consulté le 9 octobre 2020. <https://www.anfe.fr/boutique/livres/les-mod%C3%A8les-conceptuels-en-ergoth%C3%A9rapie-introduction-aux-concepts-fondamentaux-2e-%C3%A9dition-detail>.

« Loger les sans-abri coûterait moins cher à l'Etat | Les Echos ». Consulté le 6 octobre 2020. <https://www.lesechos.fr/2017/01/loger-les-sans-abri-couterait-moins-cher-a-letat-158687>.

Ministère de la Transition écologique. « Un chez soi d'abord ». Consulté le 9 octobre 2020. <https://www.ecologie.gouv.fr/chez-soi-dabord>.

« MONTPELLIER : C.H.R.S. L'AVITARELLE FEMMES - Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) - Contacts et Informations ». Consulté le 6 octobre 2020.

<https://annuaire.action-sociale.org/?p=chrs-l-avitarelle-femmes-m--delbrel-340008242&details=caracteristiques#services>.

Nos Pensées. « Le rôle des services sociaux dans la lutte contre la pauvreté », 31 octobre 2019. <https://nospensees.fr/le-role-des-services-sociaux-dans-la-lutte-contre-la-pauvrete/>.

Quesemond-Zucca, Sylvie. « De l'autre côté de la rue ». *L'Homme et la société* 139, n° 1 (2001): 7. <https://doi.org/10.3917/lhs.139.0007>.

« Section 5 : Participation des personnes prises en charge par le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile (Articles D115-7 à D115-12) - Légifrance ». Consulté le 6 octobre 2020. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000033311700?tab_selection=code&searchField=ALL&query=personne+sans+domicile&page=1&init=true&anchor=LEGISCTA000033311700#LEGISCTA000033311700.

« Sans-domicile : luttons pour qu'ils vivent un « après ». | Fondation Abbé Pierre ». Consulté le 6 octobre 2020. <https://www.fondation-abbe-pierre.fr/nos-publications/focus/sans-domicile-luttons-pour-quils-vivent-un-apres>.

« SDF ou sans-abri : quelle définition ? Quelle différence ? | Carenews ». Consulté le 6 octobre 2020. <https://www.carenews.com/fr/news/10907-sdf-ou-sans-abri-quelle-definition-quelle-difference>.

Site de solidarités et d'entraides destiné aux personnes concernées par le handicap psychique. « Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ». Consulté le 8 octobre 2020. <http://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-loger/les-structures-sociales-et-medico-sociales/centres-d-hebergement-et-de-reinsertion-sociale/>.

WHO. « OMS | Guide de réadaptation à base communautaire (RBC) ». World Health Organization. Consulté le 9 octobre 2020. <http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/fr/>.

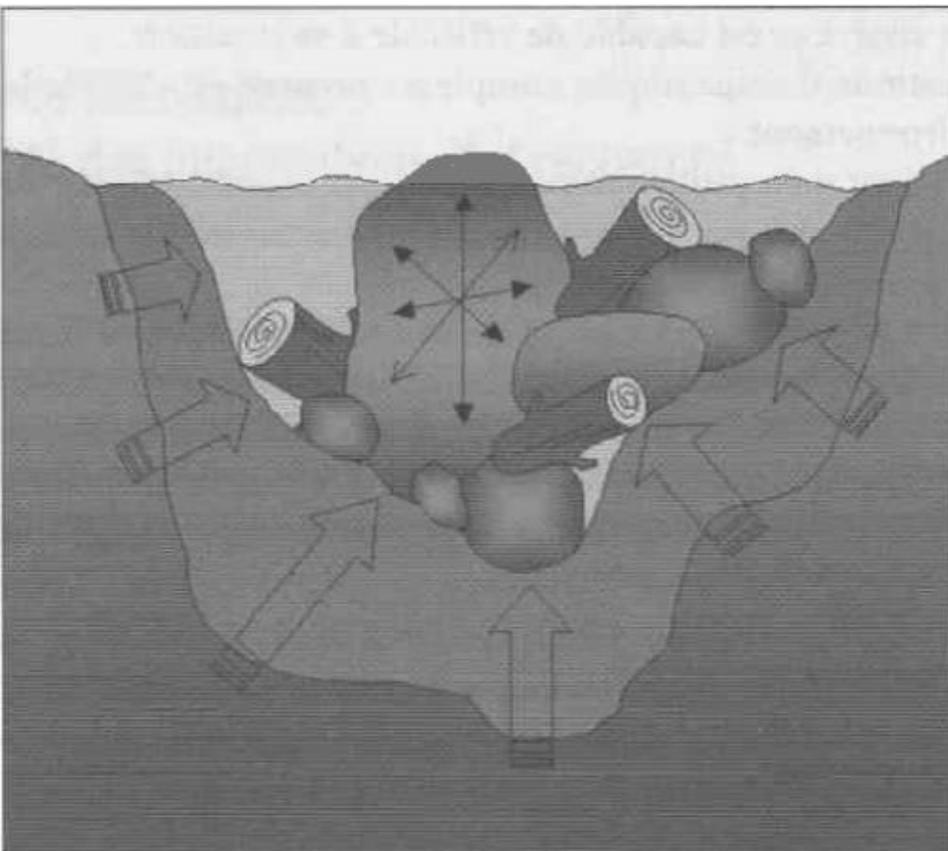
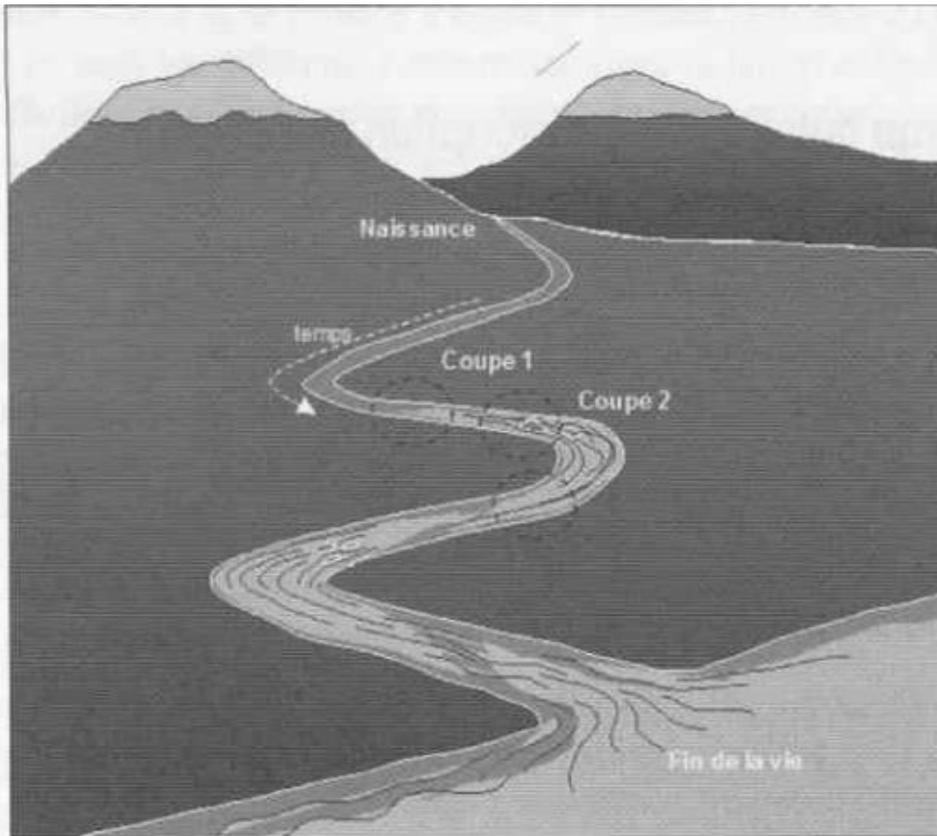
« 115/SIAO | Samusocial de Paris ». Consulté le 6 octobre 2020. <https://www.samusocial.paris/115siao>.

ANNEXES

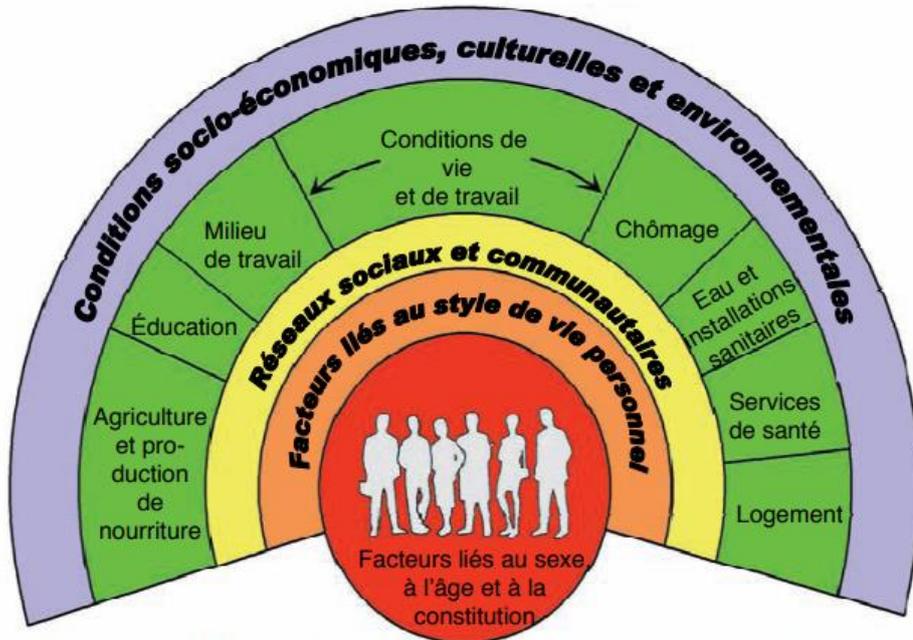
SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : modèle KAWA (dessin de la coupe) —————	I
ANNEXE II : Modèle arc en ciel W and D —————	II
ANNEXE III : Pyramide des besoins de Maslow —————	II
ANNEXE IV : questions entretien pré matrice —————	III
ANNEXE V : matrice théorique —————	IV
ANNEXE VI : formulaire de consentement pour la participation à une étude ———	VIII
ANNEXE VII : retranscription —————	XIII

ANNEXE I: Modèle KAWA (dessin de la rivière et coupe de la rivière)

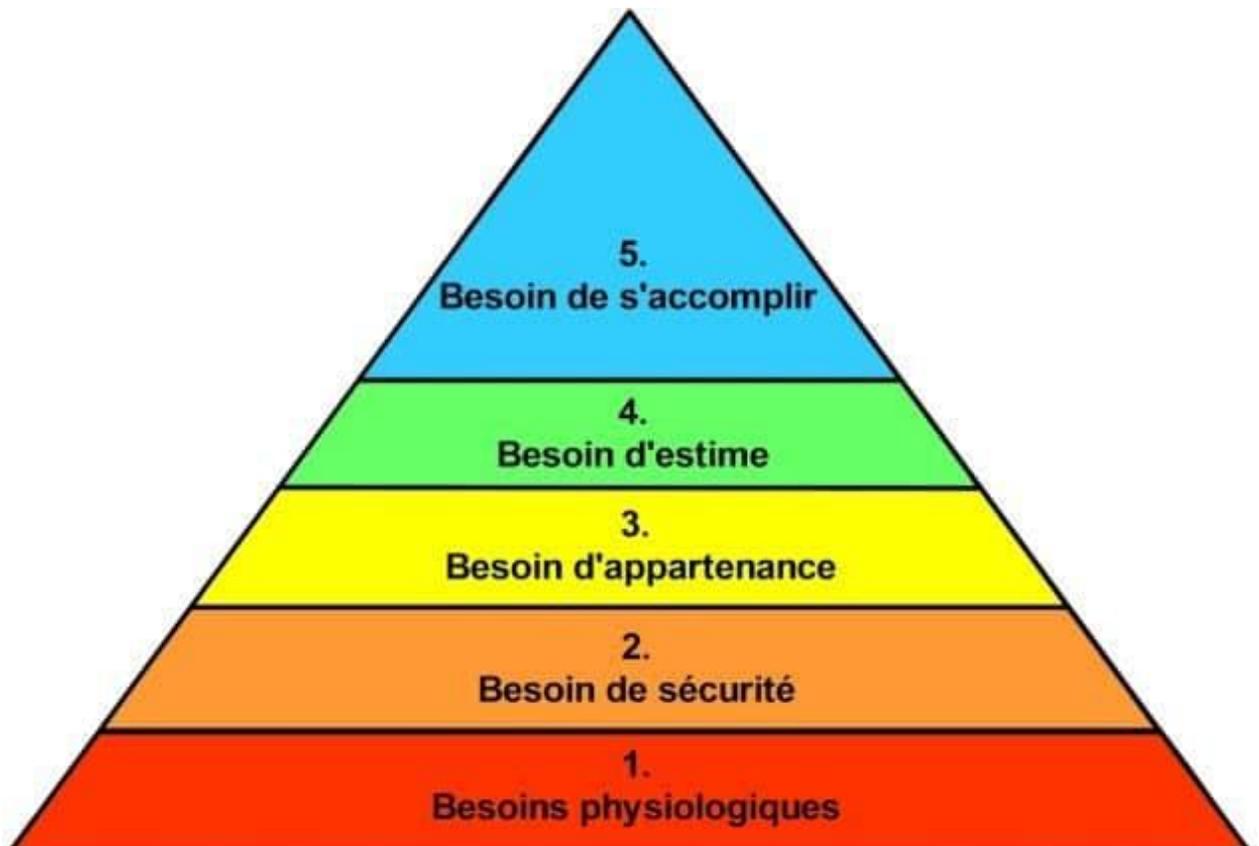


ANNEXE II : Arc-en-ciel, modèle Dahlgren et Whitehead



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991. Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

ANNEXE III : Pyramide des besoins de Maslow



ANNEXE IV : Questions entretien pré matrice

Question n°1 : Vos conditions de vie ont-elles un impact sur votre santé mentale ?

Question n°2 : Pour vous, la société est-elle adaptée pour les personnes en situation de précarité ?

Question n°3 : Comment définiriez-vous un environnement stable ?

Question n°4 : Avez-vous déjà rencontré des ergothérapeutes dans des structures sociales ?

Si oui, quel était son rôle ?

Si non, quels professionnels avez-vous rencontré ?

ANNEXE V : Matrice théorique

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Le modèle KAWA (Michael Iwama, 2006)	Facteurs environnementaux : (rives et lit de la rivière)	Environnement social	Communauté, réseau, règles sociales	4
		Environnement physique	Logement, habitat géographique, physique, aménagement du logement	2,3
		Environnement politique	Lois et réglementation, systèmes politiques, juridiques, économiques, éducatifs	3
	Les déterminants personnels : atouts et handicap (bois à la dérive)	Estime de soi	Satisfaction personnelle Légitimité Regard de l'autre	4
		Compétences	Reconnaissance de ses propres compétences Savoir faire	2
		Personnalité	Déterminants personnels Traits de caractère, Habitudes de vie	1
	Le cours de la vie (eau)	Participation sociale	Être acteur de la société, projet de vie Activité significative	5
		Étapes de la vie	Evènement traumatisant Evolution de la personne Résilience	1
		Facteurs de santé	Intégrité, handicap, situation de vie	1
	Les circonstances de vie (rochers)	Douleurs, Restrictions	Limitation d'activités significantes, restrictions budgétaires	1
		Vécu de la personne	Impact de l'histoire de vie sur les activités	1

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Le modèle DAHLGREN et WHITEHEAD (1990) : perspective de l'équité en matière de santé	Conditions générales	Conditions socio-économiques	L'isolement social, la précarité, l'insécurité	2
		Conditions culturelles	L'éducation, langage, disparités des traditions et des croyances	3
		Conditions environnementales	Pollution, logement insalubre, mal chauffé, excentré Insécurité	3
	Condition de vie et de travail	Environnement de travail	Relation psychosociale, chômage, salaire	5
		Alimentation	Mise à disposition d'une nourriture suffisante et de qualité à un prix abordable	3
		Logement	Condition physique des bâtiments, insalubrité, exigüité, surpeuplement programme « un chez soi d'abord »	2
		Secteur des soins	L'accès aux systèmes de soins, aspect géographiques, commerces de proximité	3
	Réseaux sociaux et communautaires	Soutien et santé	Services sociaux, le Samu social, les structures associatives et les structures d'hébergement d'urgence	3
		Promouvoir la santé	Pratique communautaire, équité en santé et réinsertion sociale	5
	Déterminants sociaux de la santé : Facteurs individuels	Comportements individuels	Comportements inadaptés, facteurs personnels, incapacité	1
		Contraintes matérielles et sociales	Contrainte légale, environnementale et géographiques qui sont des obstacles à la participation sociale	3

	Déterminants sociaux de la santé : facteurs héréditaires	Âge	Disparité des âges chez les personnes en situation de précarité	1
		Genre	Prévalence plus élevée d'hommes que de femmes	1
		Facteurs génétiques	Les personnes ayant des incapacités sont plus à risque de se retrouver en situation de précarité	1

Variable théorique	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
La Pyramide des besoins de Maslow (1943)	Besoins physiologiques	Respirer Boire Manger	Besoins fondamentaux	1
		Dormir	Acquisition d'un logement et adaptation de ce logement	2
		Se mouvoir	Itinérance	3
		Se laver Se vêtir	Difficulté d'accès aux services sanitaires due à l'instabilité de vie	3
	Besoins psychologiques	Besoin de sécurité physique	Risques pour la santé : accès aux soins sinueux, diminution de l'espérance de vie	3
		Besoin de sécurité psychologique	Stress, angoisse, troubles psychiatriques sévères	4
		Besoin de protection	Vulnérabilité, dangerosité et violences répétées	2
		Besoin de maîtrise	Comportements addictifs, conduite à risque	5
	Besoins sociaux	Besoin d'appartenance	Appartenir à un groupe, une communauté	4
		Besoin affectif	Rapports sociaux faible, peu de lien affectif	4
		Besoin d'intégration sociale	Exclusion sociale, retrait de la vie sociale	4

	Besoin d'estime	Besoin de confiance en soi	Perte de conscience de ses capacités	5
		Besoin de considération des autres	Regard de l'autre, sentiment d'appartenance à une communauté	4
		Besoin de reconnaissance	Accéder aux mêmes services et opportunités que les autres	4
		Besoin d'indépendance et d'autonomie	Autonomie dans les activités de la vie quotidienne	3
		Besoin de conserver son identité	Légitimité Relations sociales Rapport à soi	5
	Besoin de s'accomplir	Réalisation de soi	Projet de vie, réinsertion sociale	5
		Epanouissement	Accomplissement personnel, stabilité de vie	5
		Découverte de ses compétences	Maximiser les compétences physiques et mentales	5
		Enrichir ses connaissances	Trouver des solutions collectives à un problème social	3

ANNEXE VI : Formulaire de consentement pour la participation à une étude

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE
- IFE MONTPELLIER -**

Thème : Réinsertion sociale des personnes en situation de précarité

Je soussigné(e) 

J'accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Mlle Inès GROLIER, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Valérie BRASSEUR, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à *Alès*

Le.. 25.10.3 | 21

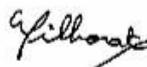
Signature de l'étudiante



Signature du maître de mémoire



Signature de la personne



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

- IFE MONTPELLIER -

Thème : Réinsertion sociale des personnes en situation de précarité

Je soussigné(e) 

J'accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Mlle Inès GROLIER, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Valérie BRASSEUR, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à.....*A.C.E.F.*.....

Le *26/07/2021*

Signature de l'étudiante



Signature du maître de mémoire



Signature de la personne



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

- IFE MONTPELLIER -

Thème : Réinsertion sociale des personnes en situation de précarité

Je soussigné(e) 

J'accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Mlle Inès GROLIER, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Valérie BRASSEUR, ergothérapeute et maitre de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à Montpellier

Le 16/03/2021

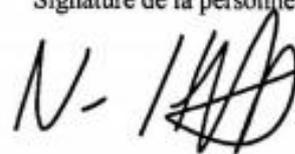
Signature de l'étudiante



Signature du maitre de mémoire



Signature de la personne



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

- IFE MONTPELLIER -

Thème : Réinsertion sociale des personnes en situation de précarité

Je soussigné(e) 

J'accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Mlle Inès GROLIER, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Valérie BRASSEUR, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués.

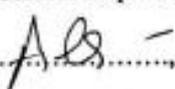
J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à... 

Le 24/03/2021

Signature de l'étudiante



Signature du maître de mémoire



Signature de la personne



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION A UNE ETUDE
DANS LE CADRE D'UN MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE

- IFE MONTPELLIER -

Thème : Réinsertion sociale des personnes en situation de précarité

Je soussigné(e),

J'accepte de participer à l'étude d'initiation à la recherche de Mlle Inès GROLIER, étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Montpellier, sous la responsabilité de Valérie BRASSEUR, ergothérapeute et maître de mémoire.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués.

J'accepte que l'entretien réalisé soit enregistré et utilisé à des fins scientifiques. Les informations seront traitées dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui me seront prodigués.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à... *Alès*.....,

Le... *18/03/2021*

Signature de l'étudiante



Signature du maître de mémoire



Signature de la personne



ENTRETIEN N°1

Bonjour, merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Il entre dans le cadre de la réalisation de l'étude de mon mémoire de fin d'année. Il porte sur la réinsertion sociale des personnes précaires en utilisant justement les forces de la communauté dans une pratique d'ergothérapie. Je vous informe aussi que notre discussion sera enregistrée pour faciliter le traitement de vos réponses, cela vous pose-t-il problème ?

Non.

L'ensemble des données sera traité de façon anonyme et à des fins purement scientifiques. L'enregistrement sera ensuite effacé. Nous allons alors commencer l'entretien, je vais vous poser cinq questions assez larges, le but étant que vous me répondiez en fonction de votre situation et de votre schéma de pensée.

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ?

EN 2017, j'ai fini mes études en ergothérapie à Toronto au Canada, le premier emploi que j'ai eu, était au sein de l'organisation « Balance for blind adults » pour les adultes aveugles. Actuellement j'y travaille encore à mi-temps. Je donne aussi des cours au « San Antonio College ». Je travaille également à mi-temps dans une organisation qui s'appelle COTA où j'utilise une pratique communautaire, c'est pour les personnes avec des difficultés sur la santé mentale. Je travaille dans la communauté, je vais à domicile, dans les établissements communaux, les établissements de soins de longue durée et dans les écoles. Ah aussi, au début de 2020, j'ai commencé à travailler au VHA, c'est une organisation pour les adultes et les enfants... Alors c'est vrai, pendant les trois quatre ans j'ai beaucoup changé de travail c'est intéressant pour moi, je pense qu'un jour je travaillerais à une seule place mais pour moi c'est une opportunité de découvrir l'endroit où la population avec qui je veux travailler plus tard.

Pour vous quels sont les qualités requises pour exercer votre métier ?

Oh, Les qualités d'un ergothérapeute, ça c'est une grande question... je pense que c'est très important d'avoir la patience avec les gens, du fait qu'on n'a pas beaucoup de temps quelque fois, car je bouge beaucoup dans la communauté et j'ai beaucoup de chose à faire, mais c'est très important de prendre le temps d'écouter et travailler avec les personnes. Alors la patience c'est une bonne qualité ... Quelques choses d'autre... Il faut qu'on fasse du partenariat auprès des autres services de la communauté, nous avons tous des compétences différentes sur une situation type, on est donc meilleur en collaborant. Au Canada il y a un document où il y a toutes les qualités et les compétences d'un ergothérapeute et je suis d'accord avec ce qui est mis dedans. Je vais dire une autre chose... Je pense qu'une importante qualité d'un ergo est de défendre sa pratique, certains professionnels pensent qu'ils sont plus compétents que nous, alors que nous avons le privilège d'avoir le temps et les compétences pour avancer sur les causes de notre client. Quelques fois c'est une prise de risque, mais je pense que c'est très important de faire valoir notre métier.

Question n°2 : A ce jour, quels sont les difficultés rencontrées par les usagers dans la réalisation des activités au sein du logement ?

Je travaille avec les personnes sans logement au COTA, je travaille dans une maison qui accueille ces personnes. Chaque personne est différente, avec les seniors il faut travailler la mobilité (...) il faut regarder l'escalier, l'accessibilité dedans et dehors du logement. A Toronto, il y a beaucoup de maisons et de logements qui sont accessibles, pas d'escalier en entrant et pour la plupart du temps il y a un ascenseur, mais il y a aussi des maisons vieilles où l'accessibilité est difficile et il est compliqué de changer tout l'architecture du bâtiment. Pour les personnes qui ont

de l'argent il y a beaucoup de services mais dans les organisations où je travaille nous sommes financés par le gouvernement, mais c'est vrai que les personnes qui n'ont pas beaucoup d'argent... Le logement est tout petit, il n'y a pas d'ascenseur, la salle de bain est toute petite et on ne peut pas mettre l'équipement nécessaire comme une chaise de douche [...] Donc la solution pour certaines personnes invalides n'est pas de modifier le logement mais plutôt de changer de logement en déménageant. Pour l'alimentation, il y a quelques problèmes en Ontario pour les personnes avec une invalidité [...] Le gouvernement donne de l'argent chaque mois ça s'appelle ODST, mais ça n'est pas beaucoup. Et si on a des difficultés à aller faire les courses pour acheter de la nourriture, on a un programme qui s'appelle « Meals and Meals » qui donne de la nourriture à ces personnes mais beaucoup de personnes disent que la nourriture n'est pas très bonne, il y a aussi beaucoup de personnes à Toronto qui viennent de partout dans le monde [...] Par exemple j'ai travaillé avec une femme qui vient du Mexique, elle a dit qu'elle n'a pas de tacos, burritos et les autres choses qu'elle a l'habitude de manger, donc ça pose un problème pour les personnes qui n'ont plus accès à leur alimentation de base. Pour l'hygiène corporelle, le problème est qu'ils n'ont pas beaucoup de vêtements [...] Il est possible aussi de ne pas pouvoir accéder à la douche à cause de la mobilité ou de l'insalubrité. En Ontario on a quelque progrès du gouvernement. Les auxiliaires de vie peuvent aider aussi à réaliser les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapie peut aider les personnes avec des difficultés financières, on peut aider les personnes à être indépendant en leur donnant des conseils pour payer moins chère ses courses et des petites astuces au quotidien. On peut aider aussi à la gestion de l'argent [...] Pour ce qui touche à l'emploi on peut aussi travailler avec des partenaires pour favoriser leur insertion. On peut travailler sur les stratégies et les habiletés de la personne pour lui trouver un travail correspondant à ses difficultés.

Question n°3 : Comment la localisation d'un logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ?

Pour le logement, il y a beaucoup de choses à discuter sur l'environnement et l'accessibilité. Si on travaille à la maison, il faut avoir accès à l'internet, ce qui coûte de l'argent également. Je pense, à Toronto où il y a beaucoup de services comme le métro ou le bus mais certains endroits sont moins desservis et les personnes sont désavantagées car ils doivent payer plus chère pour se déplacer. Je pense qu'il y a des limites aux services... Je pense qu'on devrait améliorer encore ce service, car pour les services publics il peut y avoir beaucoup d'attentes donc les personnes sont obligées de se tourner vers les services privés. Je pense qu'il y a beaucoup de services disponibles au Canada pour les personnes qui ont des difficultés financières, cependant je pense qu'on peut toujours faire mieux. Par exemple, j'ai travaillé dans une organisation qui donne le logement pour les personnes sans-abris et les personnes en santé mentale, ils devaient attendre 8 à 12 années pour prétendre à un logement. C'était très triste pour moi, car j'étais au téléphone avec ces personnes et quelques fois j'ai parlé avec les familles qui me disaient que la personne n'était plus ici, qu'elle était décédée en attendant d'avoir une place. Alors je suis heureuse qu'au Canada on a des services compétents mais il y a encore beaucoup de problèmes, il manque des services pour sortir les gens de la précarité. Les personnes qui travaillent et qui ont un logement devrait donner de l'argent à la communauté... c'est ce que je pense. Je ne sais pas le nombre de sans-abris au Canada mais avec la pandémie on constate qu'il y a beaucoup plus de personnes à la rue et dans des tentes. Avant la pandémie il y avait moins de monde [...] Alors je pense que certaines personnes ont perdu leur travail et se sont retrouvées à la rue à cause de la pandémie que ce soit en Ontario ou en France et je pense que les refuges pour les personnes sans-abris sont moins demandés car les personnes ne veulent pas aller là-bas par peur de tomber malade. De plus, en Ontario, il fait très froid alors c'est très difficile de vivre à la rue, alors les personnes sans-abris ont accès plus facilement à des logements ordinaires ou des logements d'urgence. A COTA, je travaille sur l'accès aux loisirs et à la culture, une fois que les personnes ont trouvé un logement. Il faut qu'il trouve des occupations par la suite, parce que les occupations des sans-abris sont très limitées car ils ont très peu de moyens matériels et malheureusement il y a aussi beaucoup d'insécurité et de drogues. On devrait alors remplacer ses occupations antérieures par des

occupations plus saines comme l'alimentation, alors quelques fois on l'aide à trouver de nouvelles occupations, auxquelles ils n'auraient peut-être pas pensé quand il était sans abris. Je travaille en ce moment sur la création d'une liste d'occupations en général pour que les personnes puissent découvrir par elles-mêmes des choses qu'ils peuvent faire et acheter en tenant compte de leur budget [...] Comme les magasins à 1 dollar où tous les produits ne sont pas chers du tout [...] C'est difficile de trouver une occupation de loisirs qui prend en compte les difficultés financières d'une personne. On peut alors proposer des activités d'artisanat ou de créativité dans un cadre thérapeutique. Mais le réel problème pour ces personnes est de faire des connexions sociales, ils sont isolés et ont des difficultés à initier une conversation avec quelqu'un. En tant qu'ergothérapeute communautaire on travaille alors sur l'accessibilité à des occupations en groupe.

Question n°4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour conserver un lien social avec vos usagers malgré la situation actuelle ?

Premièrement, on collabore avec des associations sur place pour permettre aux personnes d'avoir un accès à internet. Grâce à cela, on peut faire des visioconférences sur Zoom. De plus beaucoup de tâches du quotidien se réalise en ligne maintenant surtout les tâches administratives. Au Canada, on est actuellement confiné on ne peut pas sortir, j'ai un protocole sanitaire très stricte quand je vais voir les personnes à domicile. Je dois porter des gants, un masque et une blouse. De plus, la pandémie a eu un fort impact sur la santé mentale des personnes, la situation actuelle est très difficile. Il y a beaucoup de règles à respecter, on a plus le droit de s'embrasser, les enfants ne vont plus à l'école, on n'a plus le contact digital qui est tellement important. On ne peut plus aller voir nos aînés, nos grands-parents [...] Je pense que les personnes pauvres sortent quand même un minimum malgré les restrictions pour voir des amis et pour se nourrir car ils n'ont pas d'autres options. Quand nous sommes vulnérables, il y a moins d'options pour préserver la santé mentale, et la pandémie n'a pas arrangé la situation qui était déjà compliqué.

Quelles stratégies pourraient-être efficace pour lutter contre l'isolement social ?

S'ils ont un ordinateur ou un téléphone, on peut discuter avec eux pour connaître leur état de santé, on peut aussi, leur montrer le fonctionnement de ses appareils technologiques. On peut donner des conseils pour avoir des réductions aussi [...] C'est essentiel de pouvoir conserver un lien avec les personnes que nous suivons malgré la pandémie, c'est donc nécessaire d'avoir un téléphone si on a plus la possibilité de se rendre chez la personne. On peut sinon écrire des lettres mais c'est une idée qui n'est pas trop réalisable en pratique.

Question n°5 : En tant que professionnels communautaires, quels seraient les axes d'amélioration de votre pratique qui renforceraient la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ?

C'est difficile de répondre à cette question [...] On travaille avec ceux qu'on a, pour les ergothérapeutes qui travaillent en communauté, une chose qu'on peut faire s'est de réduire la stigmatisation autour des personnes qui ont des difficultés financières pour faciliter leur intégration dans la communauté. On peut former des groupes avec des personnes ayant un rang social très différent pour qu'ils puissent se rencontrer et échanger. On peut lui donner des stratégies pour l'hygiène personnelle, pour prendre soin de lui et pour travailler. Je pense que si quelqu'un a des difficultés financières, il manque d'opportunités pour pratiquer un métier durable. On leur apprend donc à écrire leur résumé pour l'entretien, la tenue qu'ils doivent porter pour le travail [...] J'aide aussi les personnes à apprendre à faire la vaisselle, à laver les vêtements... Enfin j'aide aussi pour toutes les choses simples du quotidien, c'est peut-être simple pour nous mais ce n'est pas simple pour tout le monde. Je pense que ça, ce sont les choses principales [...] Ah aussi, faire valoir son métier surtout, en donnant une chance à chaque personne ayant une invalidité, c'est l'objectif de mon travail [...] Pour l'aider à trouver des stratégies personnelles qui sont différentes des stratégies des personnes qui n'ont pas d'invalidité. Mais aussi, parler avec les gens qui emploie les personnes

en sensibilisant sur le handicap et éviter la stigmatisation. Au Canada, il y a plusieurs modèles et théories comme le modèle de la personne, l'occupation et l'environnement qui utilisent toutes les stratégies pour travailler avec la personne [...] Modifier ses occupations, et modifier l'environnement avec l'équipement mais aussi donner l'information qu'ils sont capables de réaliser toutes les activités qu'ils souhaitent et que c'est la société qui est un obstacle.

Avec quels professionnels collaborez-vous dans cette procédure ?

Je travaille surtout avec les travailleurs sociaux, ce sont des professionnels qui font la connexion entre les services et qui conseillent. Je travaille avec les psychologues aussi, les auxiliaires de vie, les enseignants de technologie, et tous les professionnels qui travaillent à l'hôpital.

Quels sont les bénéfices apportés à la personne lorsqu'elle est intégrée socialement ?

Oh... je n'aime pas parler beaucoup de moi... Mais la personne dit qu'elle se trouve plus indépendante, elle a plus confiance en elle et elle a une meilleure qualité de vie. L'ergothérapie est intéressante, car les avantages qu'on donne sont très importants, parfois ils ne sont pas spécifiques à notre pratique [...] Beaucoup de personnes me disent que je leur donne de l'espoir pour le futur, pour lui-même et en ses capacités. C'est l'idée central qu'on travaille avec les personnes qui ont souvent perdu quelque chose, on lui donne l'espoir en lui donnant des stratégies pour vivre leur vie, aussi bien qu'avant. Beaucoup de personnes ne savent pas comment vivre avec une invalidité et une difficulté mais on peut les aider à trouver cet équilibre dans leur vie.

ENTRETIEN N°2

Bonjour, merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Il entre dans le cadre de la réalisation de l'étude de mon mémoire de fin d'année. Il porte sur la réinsertion sociale des personnes précaires en utilisant justement les forces de la communauté dans une pratique d'ergothérapie. Je vous informe aussi que notre discussion sera enregistrée pour faciliter le traitement de vos réponses, cela vous pose-t-il problème ?

Non.

L'ensemble des données sera traité de façon anonyme et à des fins purement scientifiques. L'enregistrement sera ensuite effacé. Nous allons alors commencer l'entretien, je vais vous poser cinq questions assez larges, le but étant que vous me répondiez en fonction de votre situation et de votre schéma de pensée.

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ?

Alors euh, je m'appelle N, je suis infirmière actuellement dans un service d'accompagnement médico-social pour adulte en situation de handicap psychique. Je travaille dans cette association qui est le CABA depuis 2012. Au préalable, j'étais aide-soignante en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle pendant plusieurs années, une huitaine d'année, puis j'ai repris mes études, je suis donc entrée en école d'infirmière où j'ai passé mes 3 années d'études, j'ai réussi mon diplôme et ensuite j'ai travaillé dans différents services hospitaliers. J'ai travaillé en dans le secteur privé, en médecin, en soins continus, pneumologie, un peu de rééducation à Propara à Montpellier. Puis je suis restée plusieurs années dans une clinique en soin continu, jusqu'à que j'arrive ici au SAMSAH du CABA d'Alès puisque j'avais besoin de travailler en milieu ordinaire [...] Voilà mon projet c'était de revenir vers l'accompagnement des personnes en situation de handicap, il y a eu cette création de services SAMSAH en 2011 et un poste qui s'est

libérée en 2012[...] Je travaille avec une équipe pluridisciplinaire, une psychologue, une collègue infirmière et une éducatrice. Notre travail consiste à faire un travail d'équipe autour de l'accompagnement, du projet de vie d'une personne qui vit dans un logement autonome.

Pour vous, quels sont les qualités requises pour exercer votre métier ?

Alors les qualités requises ... Je dirais l'adaptabilité, l'écoute, l'empathie, l'adhésion au projet de services, l'adhésion au projet du conseil d'administration qui est de tendre à favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap. L'empathie est vraiment une qualité essentielle pour accueillir les personnes telles qu'elles sont, avec leurs histoires, leurs problématiques de santé, leurs environnements

Question 2 : A ce jour, quels sont les difficultés rencontrées par les usagers dans la réalisation des activités de la vie quotidienne au sein du logement ?

La difficulté, elle peut prendre différentes formes, ça peut être des difficultés financières, matérielles ou de configuration aussi des logements, que ce soit par rapport aux étages, sans ascenseur. Le parcours de vie joue aussi, car il n'y a pas forcément d'éducation à la santé. Concrètement dans le logement précaire, ce qui revient très souvent, c'est le fait que ce soit des logements exigus qui n'ont pas forcément été bien entretenus. Il y a aussi le manque d'outils pour pouvoir cuisiner confortablement. Parfois, il y a besoin d'aménagements aussi, mais financièrement, ce n'est pas possible pour les personnes, ils n'ont pas toujours le droit à des aides et puis les propriétaires ne sont pas toujours d'accord pour faire des travaux.

Quels sont les répercussions sur la vie quotidienne ?

Les répercussions sur la vie quotidienne sont qu'ils ne peuvent pas forcément prendre soin d'eux correctement, l'hygiène corporelle est bien souvent délaissée, car par manque de moyens, les personnes ont moins de motivation à prendre soin de leur corps. Les personnes n'accueillent pas d'autres personnes, que ce soit de l'entourage ou même parfois des professionnels. On en rencontre très régulièrement en tout début d'accompagnement, il y a parfois de la réticence à nous recevoir au domicile. Il faut donc instaurer une relation de confiance en expliquant qu'on n'est pas là pour juger, et que justement, si on peut amener des petites astuces et conseils pour aider au quotidien.

Quels moyens avez-vous mis en place pour diminuer ses difficultés ?

Dans un premier temps, on met en place une relation de confiance afin de recueillir les besoins de la personne et qu'elle puisse exprimer ses différentes difficultés, on va avoir une période d'évaluation sur la situation de la personne. Ensuite en équipe, on va avoir un regard croisé entre ce que nous a rapporté la personne et ce que nous avons observé, de part nos connaissances et nos compétences. En partant de là, si la personne est d'accord, on crée un projet d'accompagnement. En général c'est une année mais ça peut être un peu moins et à ce moment là on met en place des objectifs. Les objectifs vont être très personnalisés en fonction de la personne et de sa situation. Ils vont être réajuster, parce qu'à l'instant T ça va être tel ou tel besoin et au fur et à mesure de l'accompagnement il peut y avoir des fluctuations dans les demandes, dans les besoins [...] On travaille alors avec des partenaires, d'autres professionnels comme le curateur, la famille même si c'est un peu plus rare vu que très souvent les personnes précaires sont isolées ou ont une histoire qui fait qu'ils ont peu d'entourage familiale. On travaille donc avec les différents professionnels qui peuvent intervenir, ça peut être les bailleurs sociaux, ça peut être la banque, le propriétaire, les professionnels du soin. L'idée, c'est de mettre en place un étayage pour que la personne puisse créer des liens autour d'elle, et qu'elle puisse activer le réseau qui aura été constitué si besoin.

Question 3 : Comment la localisation d'un logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ?

La localisation elle peut influencer dans le sens où tout dépend de la configuration du logement s'il y a des étages, d'où se trouve le logement, si c'est en centre-ville, en campagne, des transports

en commun. Il est important de savoir si la personne est en capacité de prendre ces transports. Ça peut être aussi parfois, un logement qui se trouve dans un endroit où la personne se sent en insécurité, où il peut y avoir de la violence.

Comment pourrait-on agir en tant que professionnels médico-sociaux sur les déplacements extérieurs d'une personne ?

Il y a différentes façons de travailler, ça peut être déjà de repérer les transports en commun à proximité, d'accompagner la personne vers les structures qui proposent ces services, mettre en place des cartes d'abonnements avec des prix à moindre coûts qui prend compte des revenus de la personne, faire un repérage des arrêts, regarder les lieux où les personnes ont des rendez-vous médicaux ou administratifs et évaluer avec eux s'ils arrivent à s'orienter seul. On a très rarement des personnes qui se déplacent en vélo ou en voiture [...] Alors il y a ça et aussi on peut faire appel au GIHP en fonction du handicap, les taxis si nécessaire, les VSL pour les rendez vous médicaux si la personne en a les droits. Si les transports en commun ne sont pas présents, on peut aussi conseiller à la personne de faire du covoiturage mais tout dépend du réseau de la personne.

Quels sont les demandes des personnes que vous prenez en charge au niveau de l'accessibilité aux loisirs et à la culture ?

Alors, ils ne sont pas forcément en demande d'accessibilité aux loisirs et à la culture, peut être parce qu'ils ne connaissent pas forcément les possibilités, souvent il y a le goût mais ils n'ont pas les moyens donc ils ne font pas la demande. Ça c'est quelque chose que nous travaillons dans le cadre du projet avec la personne : l'enrichissement à la vie sociale, l'accès à la vie culturelle. En principe, on présente plusieurs possibilités en fonction des besoins de la personne, en fonction de ce qu'elle va exprimer et de ce que nous constatons. Après on essaie de faire un accompagnement vers des associations, des lieux culturels. On a la chance d'avoir le SAM en partenaire, service d'activité et de médiation, alors ça c'est vraiment un tremplin précieux pour l'équipe du SAMSAH puisse qu'on travaille en collaboration en orientant nos usagers vers ce service. Ils offrent de nombreuses pistes d'ouverture à la vie sociale que ce soit en intérieur ou en extérieur. On travaille aussi beaucoup sur le tissu associatif, les associations d'usagers, les associations culturelles, la médiathèque. On a la chance d'être en centre-ville et de pouvoir proposer beaucoup d'activité [...] Alors ce travail, se fait quand même en parallèle avec l'amélioration de l'état de santé autant que possible, pour favoriser cet état de bien-être qui permet d'aller plus facilement vers l'extérieur et avec le travail sur le budget qui peut être fait en lien avec les curatrices. On évalue les possibilités financières de la personne pour accéder ou pas à certaines activités. On essaie de leur permettre aussi d'avoir un accès à internet, pour qu'il puisse être autonome dans leurs démarches informatiques, qu'il puisse apprendre à se servir de l'informatique [...] On essaie vraiment de mettre en place tout un panel, on va le présenter à la personne et en fonction elle va piocher par rapport à ce qu'il va plus lui convenir ou pas.

Observez-vous une différence de prise en charge entre les services urbains et les services ruraux ?

Tout dépend des missions des services, je dirais qu'elles sont propres à chaque établissement. Alors oui, il y a une différence de par la géographie où il doit y avoir moins ce travail de partenariats en campagne, d'aller à la recherche d'informations. Surtout le fait qu'en campagne, il n'y a pas toute cette diversité et ce panel de choix quant à la vie sociale de la personne. Un des objectifs du SAMSAH est d'offrir justement une équité dans la prise en charge des personnes qu'importe le lieu où ils habitent. Nous allons vers la personne, directement à son domicile ce qui n'est pas encore assez développés dans les autres services ruraux ou urbains.

Question 4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour conserver un lien social avec vos usagers malgré la situation actuelle ?

Par exemple, en période de confinement, il y a eu la mise en place de références pour chaque professionnel qui avait à la charge un certain nombre d'usagers. On faisait des rendez-vous téléphoniques, des appels de prise de nouvelles pour ne pas perdre le contact justement. Nous étions en veille sanitaire à ce moment-là. On était très réactifs car la plupart des autres services étaient fermés, on était présent en soutien par téléphone. Après le contact avec les usagers, il est maintenu de part la fréquence des rencontres qui est inclut dans le projet, ça permet d'avoir une certaine cadence dans l'accompagnement. Bon cette cadence, elle peut fluctuer en fonction des besoins de la personne. Il faut finalement, trouver le juste équilibre entre être là, sans être trop là donc ça se fait toujours en collaboration avec l'usager en fil de l'accompagnement.

La situation actuelle a-t-elle eu un impact sur les relations sociales des usagers ?

Oui, clairement, à la fois elle a eu un impact d'anxiété de par le fait que ce soit l'inconnu pour eux. Ils n'avaient aucune notion du temps que ça allait durer et s'ils tombaient malade est-ce qu'ils pouvaient quand même aller voir leur médecin. Ça a alors crée du stress chez la personne. Puis, d'autres ont pu dire que ça ne changeait pas grand-chose pour eux car ils vivaient déjà cet isolement et que justement c'est la population en général qui les comprendrait mieux, Elle comprendrait mieux ce qu'ils vivent au quotidien : l'isolement, l'absence de vie sociale... Donc on a eu quand même différents discours mais l'impact était globalement anxiogène quand même [...] D'où le fait que le service a continué à être présent, à être en veille, à être dans des échanges par téléphone, puis après on a remis en place les visites à domicile, juste le fait d'aller leur porter des masques en bas de l'immeuble, ça les réconfortait énormément. Le SAM avait mis en place des sessions de jeu de société par internet pour que les personnes puissent jouer ensemble en restant chez eux. Puis certains usagers se sont adaptés en trouvant de nouvelles activités. On a été épatés par la créativité des usagers pendant cette période, ce qui a permis de leur renvoyer quelque chose de positif malgré cette période de confinement. [...] Après cette période, il a fallu reparler du cadre car certaines habitudes avait été prises hors l'idée c'est quand même de travailler l'autonomie. Quand on fait les démarches à la place de la personne car elle n'a pas accès à internet ça n'est pas le but de notre prise en charge. On a bien expliqué que c'était du dépannage et qu'après on reprendrait un rythme normal d'accompagnement [...] Maintenant le fait aussi qu'on vienne en blouse, qu'on prenne la température à chaque fois au domicile, qu'on respecte les gestes barrières, ça génère aussi quelque chose d'assez anxiogène, après on explique bien la situation et les personnes aujourd'hui acceptent beaucoup mieux les contraintes liées au Covid.

Question 5 : En tant que professionnels médico-sociaux, quels seraient les axes d'amélioration qui renforceraient la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ?

Je pense qu'il faudrait développer des structures qui soient peut-être au plus près des personnes en favorisant l'accessibilité. Sur certains secteurs, il n'y a peut-être pas forcément d'associations culturelles ou sociales qui puissent accueillir les personnes en situation de précarité. En fonction du secteur géographique, ça peut être très limité [...] Il faudrait alors donner un peu plus de moyens financiers pour permettre de créer des unités dans certains secteurs géographiques pour favoriser l'accueil des personnes isolées, ce qui favoriseraient l'accessibilité vers justement le milieu culturel et social [...] Et puis aussi, une meilleure connaissance de la part des professionnels des différentes structures pour mieux se connaître déjà entre nous, ça demande pas forcément plus de moyens et pourquoi pas s'immerger en visitant des associations pour justement avoir une meilleure connaissance de ce qui est proposée par ces associations pour pouvoir aussi améliorer notre pratique auprès de notre service et de nos usagers, par exemple, c'est un exemple comme un autre [...] peut être pas forcément besoin d'une journée mais déjà se rencontrer, connaître les structures environnantes et puis surtout entretenir ses relations professionnelles. Parce que les associations évoluent, elles changent d'organisations, dans leurs façons d'accueillir, il y a des nouveautés... donc voilà créer des liens et maintenir ces liens régulièrement.

Quel est votre rôle dans la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ?

Alors pour la réinsertion sociale, je dirais en fin de compte, qu'elle est travaillée de façon permanente, euh, parce qu'elle passe par la santé physique, mentale et par le bien être, par une prise de conscience des capacités et des ressources d'une personne. C'est quelque chose que nous travaillons dans le cadre du projet d'accompagnement. La réinsertion, c'est donc voilà, le fait d'accompagner la personne à faire et ne surtout pas faire à sa place, en tenant compte de ses besoins, de ses attentes, de ses capacités [...] De l'accompagner « vers », donc « vers » c'est son projet, c'est améliorer son état de santé, souvent il y a un domaine de la santé qui est négligé, par exemple les dents, donc le fait de prendre soin de soi, de mettre en place des soins, d'avoir une meilleure image corporelle, tout cela favorisent aussi cet envie d'aller vers les autres. Voilà, nous au SAMSAH, on travaille beaucoup, la valorisation des compétences des personnes pour leur permettre de se donner les moyens d'aller vers l'autre en fonction de ses possibilités. Donc tout ça, c'est l'hygiène de vie, c'est le travail en lien avec nos collègues pour ce qui est de l'aspect financier et de la santé psychologique et avec le réseau extérieur aussi. C'est travailler tous ensemble et aller vers ce projet, le construire avec l'utilisateur mais aussi avec les autres professionnels.

Quels sont les bénéfices apportés à la personne lorsqu'elle est intégrée socialement ?

Alors tout d'abord, un meilleur épanouissement pour la personne, un bien être. On peut constater que finalement, elle a accès, elle aussi à ce dont tout un chacun aspire quelque part. Etre en lien avec les autres, travailler avec des associations qui proposent du bénévolat si possible [...] C'est valorisé la personne dans ce qu'elle peut faire, c'est la prendre en considération, c'est une personne comme une autre qui participe à la citoyenneté, qui est donc aussi valorisé dans sa fonction de citoyens ce qui touche l'accessibilité, l'inclusion à la vie de tous les jours [...] Ici au SAMSAH, ce qui est indispensable c'est qu'il y ait un minimum d'adhésion, dans le sens où la personne ne va pas forcément extérioriser une adhésion forte à ce qui lui est proposé [...] Mais en mettant en place des petits objectifs, elle va certainement piocher dans ce qui peut être un tremplin pour elle pour qu'elle puisse percevoir que les choses peuvent s'améliorer finalement. Ça c'est très important, car on est dans de l'accompagnement, on ne fait pas à la place de la personne. C'est un travail qui prend du temps, mais qui permet justement à ce que la personne prenne une part active dans sa vie de tous les jours et petit à petit prenne confiance en elle sur ses capacités et ses choix de vie.

Merci beaucoup, d'avoir répondu à mes questions.

ENTRETIEN N°3

Bonjour, merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Il entre dans le cadre de la réalisation de l'étude de mon mémoire de fin d'année. Il porte sur la réinsertion sociale des personnes précaires en utilisant justement les forces de la communauté dans une pratique d'ergothérapie. Je vous informe aussi que notre discussion sera enregistrée pour faciliter le traitement de vos réponses, cela vous pose-t-il problème ?

Non.

L'ensemble des données sera traité de façon anonyme et à des fins purement scientifiques. L'enregistrement sera ensuite effacé. Nous allons alors commencer l'entretien, je vais vous poser cinq questions assez larges, le but étant que vous me répondiez en fonction de votre situation et de votre schéma de pensée.

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ?

Je m'appelle C, je suis éducatrice spécialisée dans un SAMSAH, service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé, avec la particularité du handicap psychique sur cette association du CABA. J'y travaille depuis l'année 2006, j'ai d'abord démarré sur un autre service qui est le SAVA, service d'accompagnement à la vie autonome. J'y ai bossé pendant 6-7 ans, puis ensuite, je me suis arrêtée pour m'occuper de ma fille puis j'ai été transféré sur ce service du SAMSAH en 2012 à peu près. Donc depuis 2012, j'ai le plaisir de bosser au sein de cette équipe [...] Avant cette expérience au CABA, j'ai une expérience assez variée mais toujours auprès d'adultes. Donc des remplacements dans diverses structures, des foyers, des lieux de vie, des services d'accompagnement et de réinsertion sociale, donc essentiellement sur le bassin Nîmois. J'ai obtenu mon diplôme d'éducatrice spécialisée, je n'ai pas l'année en tête désolé. Avant d'avoir ce diplôme d'éducatrice, j'ai fait pas mal d'animation en centre de loisirs et bizarrement je me suis orientée très rapidement sur l'accompagnement et l'animation auprès d'enfants ou d'ados ou d'adultes en situation de handicap. La voie était déjà tracée à ce moment-là. A cette période-là, je faisais aussi pas mal d'activités au sein de la croix rouge française, donc dans la filière secourisme, dans la filière SAMU social [...] Quoi dire d'autre, après en expériences professionnelles qui sortent de ce champ-là, de l'éducation et de l'accompagnement du secteur social, j'ai eu pas mal de petits boulots type les vendanges, des boulots de manutention, de soutien scolaire aussi.

Pour vous, quels sont les qualités requises pour exercer votre métier ?

L'amour de l'autre, l'empathie, la tolérance [...] Le sens de mon travail, c'est de pouvoir repérer chez la personne, le bijou qu'elle est sous cloche. Donc finalement quand je dis tolérance, ce n'est pas tolérance vis-à-vis de la personne qui est accompagné dans le cadre de mon travail mais c'est la tolérance que je constate de la part des personnes qui gravitent autour de cette personne accompagnée. Me dire mince, là je vois ça, je constate ça, je constate que l'inclusion ou le désir d'autonomie de la personne il est bloqué, il est bloqué par la personne, sa maladie ou son handicap mais il est aussi et surtout bloqué par l'environnement. Et donc quand je parle de tolérance, c'est ça, c'est le manque de tolérance de la part de l'environnement vis-à-vis des personnes qu'on reçoit et qu'on accompagne [...] Ce qui vraiment me fait vivre dans ce travail, c'est l'empathie.

Question 2 : A ce jour, quels sont les difficultés rencontrées par les usagers dans la réalisation des activités de la vie quotidienne au sein du logement ?

Alors au sein du logement [...] ça peut être en lien avec l'entretien, la cuisine l'alimentation, ça peut être tout ça mais c'est surtout par rapport à un symptôme, un peu fil conducteur des personnes qu'on accompagne, c'est cette fluctuation dans la maladie dans l'humeur, dans la motivation. Donc ces personnes-là, elles savent faire, il n'y a aucun doute, il n'y a aucun souci, elles savent faire et elles le font bien souvent mais en répercussions direct du handicap, il y a des moments où elles vont désinvestir, où elles ne vont plus savoir comment faire ou alors un gros manque de confiance en-elles et elles ne font plus. Donc finalement tous ces actes du quotidien que ce soit la préparation du repas, que ce soit l'entretien de l'habitat, l'entretien de soi [...] tout est impacté, c'est assez général.

Quels sont les répercussions sur la vie quotidienne ?

Ça peut entretenir le repli au domicile, ça peut entretenir une incurie de l'habitat, une incurie de la personne, c'est un cercle vicieux. Du coup ça impacte son image qu'elle a d'elle-même, et forcément si ce terreau-là, il n'existe plus, cette confiance, ce minima de confiance en elle-même est rompu. Le cercle vicieux s'installe, la personne se repli et ça vient complètement freiner et bloquer toutes les démarches qu'elle peut réaliser à l'extérieur que ce soit la vie sociale, professionnelle, le rapport à l'autre, le simple rapport à l'autre est complètement impacté.

Quels moyens avez-vous mis en place pour diminuer ses difficultés ?

Créer une relation de confiance, c'est vraiment le béaba, ça peut paraître très simple, mais ça ne l'est vraiment pas. Donc créer cette relation de confiance et permettre à la personne de se revaloriser, de revaloriser l'image qu'elle a d'elle-même. Parce que forcément ça aura un impact positif dans son rapport à l'autre, donc qu'elle puisse s'entraîner et réapprendre à être en relation avec quelqu'un. Donc s'entraîner avec nous, sur nous, sans se sentir trop en danger, sans se sentir trop mal par rapport à l'image qu'elle renvoie. Petit à petit, se réapprendre, se réhabituer pour pouvoir décaler ce qu'elle a appris avec nous sur les autres personnes qu'elle sera amenée à côtoyer dans son quotidien. Après forcément ça aura des bienfaits collatéraux sur l'alimentation, l'entretien de l'habitat, le fait de s'occuper de soi, de sortir, de réapprendre à prendre plaisir à accueillir aussi au domicile.

Question 3 : Comment la localisation d'un logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ?

La localisation elle est essentielle, j'ai envie de dire qu'elle est à l'image de la problématique des personnes que l'on accompagne [...] pour beaucoup ils vont chercher à s'isoler, donc ils vont chercher un habitat, un cadre de vie isolé. Forcément, cela crée des freins supplémentaires pour pouvoir réaliser ses courses par soi-même, pour développer une vie sociale [...] la moindre démarche devient une aventure, et c'est un obstacle. Donc c'est toute l'ambivalence [...] La question de l'environnement aussi, c'est le voisinage. Ce sont des personnes qui ont une tendance au repli au domicile et qui redoute vraiment le voisinage, le regard, les oreilles du voisinage. Ce qui ne colle pas avec leurs atouts, leurs capacités à pouvoir réaliser les actes du quotidien [...] surtout si ces mêmes personnes sont dans le refus de l'instauration d'un étayage pour compenser ses difficultés là. C'est une question centrale pour nous. L'habitat, intramuros certes, mais l'environnement est essentiel à prendre en compte. Cette question des courses, cette question du médecin traitant, cette question de l'entourage.

Quels sont les moyens mis en place pour permettre l'accès aux soins à tout un chacun ?

On essaie de faire en sorte que tout le monde ait le même accès aux soins. L'idée au départ c'est que la personne puisse se réapproprier ses propres ressources, s'il y a une difficulté à ce niveau-là. Qu'elle puisse utiliser les transports ou les services de proximité pour pouvoir accéder aux soins. Nous, on est là, encore une fois, pour la revalorisation, lui faire accepter aussi, l'intérêt d'un suivi de soins même si ce n'est qu'un médecin traitant. Et donc à travers cette acceptation, cette revalorisation, de pouvoir nous se mettre en situation avec la personne au départ, pour pouvoir sonder avec elle ce qu'elle est en capacité de faire ou non. Les points sur lesquels, elle peut récupérer des capacités ou pas [...] Et si on arrive à un seuil, à limite où la personne n'est pas en mesure là à ce jour de franchir, on va alors réfléchir avec elle à des moyens de compensation. Pour le médecin par exemple, c'est pouvoir idéalement être en lien avec ce médecin pour qu'il ait une connaissance de la situation, de la maladie, des répercussions sur le quotidien. Et puis pouvoir réfléchir avec lui et avec la personne, l'organisation possible en tentant de conserver au maximum l'autonomie de la personne. L'idée ce n'est pas qu'elle soit prise en charge de force, sous prétexte qu'elle appartient au groupe de personnes qui touchent des minimas sociaux, qui a une situation de handicap ou qui a une mesure de protection, elle est reconnue majeur protégé. Voilà, on s'en fout de ça. L'idée au départ, c'est la personne, ce qu'elle est, et l'amener à valoriser ses capacités.

Quels sont les demandes des personnes que vous prenez en charge au niveau de l'accessibilité aux loisirs et à la culture ?

En ce moment c'est limité mais c'est réapprendre le rapport à l'autre, toujours, c'est vraiment le béaba. Après c'est pouvoir s'autoriser le plaisir, la notion de plaisir, ça c'est vraiment quelque chose d'essentiel aussi. Les personnes bien souvent ont peu de points de plaisir et de satisfaction dans leur quotidien. L'idée, c'est de pouvoir réfléchir avec elle, à un support quel qu'il soit, que ce soit un support d'activités ou un centre d'intérêt, qui procure de la satisfaction et du plaisir et de pouvoir permettre à la personne non seulement de le ressentir et de se le dire. C'est-à-dire, de

le dire, de le convenir, à l'instant, à chaud ou après quand on en reparle. Bah là j'ai fait l'activité, je me sens fier, j'ai pris du plaisir à le faire et du coup ça donne envie de le retenter [...] C'est vraiment les deux notions qui sont essentiels pour moi, de reprendre confiance en soi, de réapprendre à être en contact avec l'autre sans se sentir trop en danger. Et puis, surtout prendre du plaisir à réaliser une activité. Après c'est l'essence qui permet de remettre le couvert.

Observez-vous une différence de prise en charge entre les services urbains et les services ruraux ?

Sur le côté rural, l'atout qu'ils ont, c'est la proximité, alors c'est certainement des aprioris que j'ai, mais ils ont sûrement des services moins saturés donc les bienfaits collatéraux, c'est la disponibilité du professionnel et donc forcément c'est bénéfique pour la personne en termes de qualité d'accueil, de temps pour apprendre à la connaître, et à respecter qui elle est et son rythme. Par rapport à des services sociaux que l'on peut avoir sur Alès qui sont complètement saturés, engorgés de demandes et de situations à traiter. Des professionnels pleins de bonne volonté et compétents mais qui n'ont pas la possibilité de prendre ce temps-là, de la connaissance et du respect de la personne dans ce qu'elle vient apporter, ce qu'elle vient demander. C'est l'idée que je m'en fais. Les services ruraux ont plus de proximité et de disponibilité.

Question 4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour conserver un lien social avec vos usagers malgré la situation actuelle ?

Alors le lien, nous on a eu la chance de ne pas fermer, on a eu la chance de pouvoir continuer à garder le contact et de pouvoir continuer les accompagnements auprès des personnes. Dans un tout premier lieu, ça a été du lien téléphonique, on n'avait pas la possibilité de se déplacer au domicile. Donc le lien téléphonique qui a permis de garder ce contact, et ça a été très apprécié par les personnes qui se sont senties pour certaines d'autant plus isolées, inquiètes, abandonnées. Ce lien, il a été très précieux. Dès que ça a été possible, assez rapidement quand même, on a pu reprendre des rendez-vous sur site, au domicile des personnes, surtout au domicile pour évaluer l'impact de ce confinement sur la personne, sa santé et puis sur son environnement, l'habitat et de voir comment nous on pouvait réamorcer des choses pour favoriser un cadre de vie plus agréable.

La situation actuelle a-t-elle eu un impact sur les relations sociales des usagers ?

Ça crée de l'inquiétude, beaucoup d'inquiétude, c'est venu en rajouter une couche à cette difficulté dans le rapport à l'autre. Pendant le confinement, ce qui était « rigolo » c'est qu'il y a beaucoup de personnes qui naturellement sont repliées au domicile, qui sont confinées au domicile naturellement, du fait de la maladie. Et du coup cette situation est venue légitimer le repli au domicile, en disant « ah bah là je ne suis pas le seul et puis tout le monde est à la maison, et c'est normal, c'est la loi, c'est la règle qui nous demande ». Il y avait alors une forme de légitimation de ce repli au domicile. Une fois que ce confinement a été levé, et que les choses ont repris leurs cours, bah eux sont restés dans leur cadre de vie habituel de confinement. Ça a été d'autant plus complexe pour ces personnes-là, que de faire l'effort de sortir du domicile, de réapprendre à faire des démarches en extérieur, d'être en contact avec les autres, un contact charnel, physique, pas seulement téléphonique [...] Donc ça a créé beaucoup d'anxiété, une sorte de phobie sociale, un peu favorisé par ce contexte-là justement.

Quelles stratégies pourraient-être efficace pour lutter contre l'isolement social ?

Je pense au SAMSAH en première ligne c'est clair, les personnes qu'on accompagne, j'ai du mal à voir quels autres points d'accroche, ils pourraient avoir. Beaucoup sont isolés socialement, ils ont peu de familles, ils ont peu d'entourage personnel, donc malheureusement le seul étayage, ce sont les professionnels et parmi ces professionnels, ceux qui sont conçus et les plus adaptés pour aller justement les voir au domicile, les restimuler, leur permettre de reprendre confiance en eux c'est le SAMSAH. Après au domicile, il peut y avoir des infirmiers avec lesquels ont travaillé bien, qui sont là aussi au quotidien, qui peuvent réassurer. Les mandataires aussi [...] Après je ne vois

pas trop, les autres stratégies sont limitées. D'où l'intérêt de développer des services ambulatoires comme les nôtres.

Question 5 : En tant que professionnels médico-sociaux, quels seraient les axes d'amélioration qui renforceraient la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ?

Développer toujours plus des services tels que les nôtres, vraiment, peut être les décliner à d'autres supports, des services d'accompagnement qui seraient conçus pour favoriser l'accès aux loisirs, à l'activité, au développement de la vie sociale. Un service comme le SAM, que l'on a dans notre structure, je verrais très bien un service SAM qui pourrait avoir une vie pleine et entière, une pratique pleine et entière, comme nous on le fait à domicile. Il serait conçu pour ça. Ça pourrait être intéressant d'avoir aussi des services en intra de la psychiatrie, par exemple, le CATTP qui est voué à ça, sur des activités thérapeutiques, bah pourquoi pas, développer ces services là plus sur l'extérieur, plus sur du domicile, qu'ils puissent avoir des actions un peu similaires à un SAMSAH. Ce serait vraiment bénéfique pour les personnes, vraiment. De pouvoir avoir différents services qui viennent à eux, qui les accompagne dans leur autonomie quelque soit le support.

Comment définiriez-vous les différentes étapes de la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ?

Alors, je pense à une situation, voilà une dame qui a un rapport à l'autre délicat. Au départ, on fait un état des lieux de l'état de santé psychique c'est une chose, mais aussi somatique. De pouvoir permettre à la personne, de se remobiliser, de reprendre une part active dans ses démarches de santé, qu'elle puisse se requinquer physiquement et psychologiquement avec notre soutien, notre accompagnement. Donc forcément ça, plus nous les rendez-vous que l'on a, où on échange, où on parle, où on se réhabitue à échanger avec l'autre, où on fait en sorte que la personne se revalorise, donc tout ça côte à côte fait que la personne se sent plus armée pour se confronter à l'extérieur. Donc après la seconde étape, c'est de l'amener toujours plus à réaliser des démarches à l'extérieur peu importe lesquelles, aller à la mairie récupérer un dossier, aller marcher et croiser des passants sans se sentir en difficulté ou en danger, aller dans un magasin faire un achat. Après la finalité, c'est que la personne se sente suffisamment en confiance et du coup en envie pour réaliser des activités de loisirs, des activités professionnelles, des activités de bénévolat... Donc ça après c'est l'étape du dessus.

Quel est votre rôle dans la réinsertion sociale des personnes en situation de précarité ?

Donc déjà c'est de contribuer au projet de vie de la personne, de pouvoir me mettre à sa disposition pour qu'elle se sente en confiance pour faire des démarches en extérieur, la conseiller également sur ce qui peut exister en ressources, en réseau, en professionnels selon les demandes et les besoins qu'elle a. Pouvoir la guider, la réassurer, l'accompagner physiquement selon les démarches les envies qu'elle a. L'idée c'est que je sois un outil de compensation à un moment donné pour permettre à la personne de réaliser ses projets et qu'à un moment donné, elle n'est plus du tout besoin de mon soutien.

Avec quels professionnels collaborez-vous dans cette procédure ?

L'idée, c'est de collaborer avec tout le monde, en fonction des besoins de la situation, que ce soit sur le plan sanitaire ou alors sur le plan social. Je vais travailler beaucoup avec les mandataires, parce que nous avons beaucoup de personnes sous mesure de protection. Les travailleurs sociaux de secteur, les différents professionnels du CCAS pour la question du logement, les administrations de droits communs, les bailleurs sociaux [...] Il n'y a pas de listes exhaustives, en fonction de la personne, de sa situation, du secteur où elle habite, de ses demandes, de ses besoins, on va nous être là encore, un outil qui va favoriser ce contact de la personne avec l'agent extérieur quel qu'il soit. On médiatise cette relation-là, entre la personne et l'agent extérieur quand il y a lieu d'être. De pouvoir sensibiliser aussi l'agent extérieur de ce qu'est la personne, de sa maladie,

des répercussions sur le quotidien. Forcément, cela lui donne un éclairage sur la situation et la personne en ressent les bienfaits. Donc on peut être amené à bosser avec tout le monde en fait [...] ça peut être un voisin, un membre de la famille même c'est très souhaitable d'être en lien avec eux quand c'est possible.

Quels sont les bénéfices apportés à la personne lorsqu'elle est intégrée socialement ?

Quand elle nous sollicite moins ou plus. Bon après, ce n'est pas forcément bon signe. Mais dans le cas de figure, où c'est bon signe, où on a le sentiment que ça fonctionne bien. La personne ressent alors de la satisfaction, du plaisir, de la fierté, qu'elle le dit, qu'on sent que la personne a repris confiance en elle et puis qu'elle vienne nous voir spontanément. Ça c'est un signe aussi, quand on arrête l'accompagnement et que la personne continue à venir nous voir pour donner de ses nouvelles et qu'elle est fière de nous dire ce qu'elle fait, bah c'est plutôt chouette, c'est plutôt pas mal [...] Et donc forcément, on ressent nous aussi de la satisfaction du travail accompli auprès d'elle, et on sent que ça a porté ses fruits, et qu'elle continue son chemin en autonomie

Merci beaucoup pour cet entretien

ENTRETIEN N°4

Bonjour, merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Il entre dans le cadre de la réalisation de l'étude de mon mémoire de fin d'année. Il porte sur la réinsertion sociale des personnes précaires en utilisant justement les forces de la communauté dans une pratique d'ergothérapie. Je vous informe aussi que notre discussion sera enregistrée pour faciliter le traitement de vos réponses, cela vous pose-t-il problème ?

Non.

L'ensemble des données sera traité de façon anonyme et à des fins purement scientifiques. L'enregistrement sera ensuite effacé. Nous allons alors commencer l'entretien, je vais vous poser cinq questions assez larges, le but étant que vous me répondiez en fonction de votre situation et de votre schéma de pensée.

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ?

Alors mon parcours de vie, je m'appelle P***, je viens de Limoges en Haute-Vienne dans le 87. Bon, je viens d'avoir tout juste mes 60 ans et j'ai vécu 18 ans à Limoges et après une émancipation précoce j'ai rencontré une personne, j'ai eu un enfant, Cyril, ce qui a fait que j'ai quitté Limoges très jeune, je suis devenu papa très jeune, j'ai affronté la vie très jeune, ce qui était assez compliqué pour un adolescent de 16 ans. Ma carrière professionnelle a duré plus 30 ans environ, j'étais dans la restauration j'étais cuisinier déjà ça, c'était mon métier de base puis ensuite, bon bien sûr quand vous touchez la restauration vous devenez barman certaines fois quand vous en avez l'occasion, serveur quand vous en avez d'autres, vous essayez de toucher tous les domaines gravitant autour. Dans la cuisine, je n'ai pas eu la chance de travailler dans les grandes cuisines et pourtant j'aurais eu l'opportunité. Opportunité, qui m'est passé sous le nez par le fait où j'avais, comment dire un chef de cuisine Mr P qui avait travaillé à Georges 5 et qui voulait me diriger dans ce domaine-là. Mais bon étant donné que j'étais trop jeune et pas encore émancipé, et vue l'entente pas très cordiale avec mon père, il ne voulait certainement pas que je parte à Paris. Donc par la suite, émancipation par les juges [...] que dire de plus... Donc voilà j'ai eu un métier assez chargé, je me suis donné au maximum dans mon boulot... Ah si ce boulot n'avait pas été là, je serais tombé en dépression et je serais tombé beaucoup plus bas que ce que je le suis actuellement. Donc c'est

mon métier qui m'a beaucoup aidé. Après je suis tombé sur un patron pas très honnête, j'étais rentré en CDI puis il s'est avéré que sa cuisine était tellement digne de propreté que j'avais travaillé dur pour la rendre salubre. Et à la fin de la saison, ce monsieur m'a expliqué qu'il arrêtaient son activité alors que j'étais en CDI. Le seul et unique problème c'est qu'il n'a pas fait les papiers pour que je me retrouve en licenciement économique. Donc j'ai été voir le Pôle Emploi mais sans ce papier je n'avais le droit à rien, et j'ai pleuré... Donc à partir de là, je me suis retrouvée d'un salaire au RSA vite fait bien fait. Puis les choses se sont accentuées, les genoux commencés à être usés et j'ai eu une hernie discale à cause de mon boulot ce qui m'a beaucoup handicapé. Ça a été le coup de grâce quand on m'a expliqué que la cuisine c'était finit pour moi, c'était très compliqué à accepter [...] Ma sœur a eu un lupus érythémateux, je me suis occupé d'elle pendant un an environ, mais c'était très dur psychologiquement car je n'avais que très peu de revenus et je donnais tout mon temps et mon argent à ma sœur. Sauf qu'à un moment, les personnels soignants, qu'il fallait que je trouve une autre solution parce que sinon c'était moi qui allais partir avant ma sœur. Donc j'ai monté un dossier puis j'ai mis ma sœur en structure. Donc voilà, c'est tout un ensemble de choses, je suis passé par le 115, vraiment j'ai fait la chute, parce que j'avais tout ce qui fallait, maison, voiture, emploi, amour et en l'espace de 365 jours quasiment j'ai tout perdu [...] J'ai la chance, d'avoir la force de caractère qui me permet de me sortir de situations difficiles telles que celle-là. Donc arrivé au CHRS, je me demandais combien de temps j'allais rester là. Il m'avait alors donné un appartement d'urgence à Rochebelle qui est un endroit qui est malheureusement précaire et insalubre. Mon appartement était très petit avec aucune luminosité, je ne me sentais pas en sécurité. Après j'ai fait une demande de logement à la grande Combe, puis j'ai eu une réponse favorable. C'est un logement social mais qui est l'opposé total de Rochebelle. J'ai de la luminosité, de l'entourage, je n'ai plus les dealers, les gens qui se battent [...] C'est un petit village que j'aime bien et j'ai pu faire beaucoup de rencontres. J'ai encadré des colonies de vacances dans les alentours, je faisais des ateliers de cuisine au GEM, j'ai côtoyé le CIBC et d'autres structures associatives [...]

Quels sont vos loisirs/hobbies ?

Mes hobbies sont très nombreux, j'aime la lecture, la musique, le dessin... Tout ce qui touche à l'art. J'aime bien parler aux gens qui peuvent m'apporter quelque chose, qui m'apportent des nouvelles connaissances, j'aime la qualité intellectuelle des personnes que je n'ai pas forcément eues étant petit, car je n'ai pas eu une enfance normale du moins pas tout à fait, parce qu'on m'a donné des médicaments qui m'ont détruit le cerveau.

Question N°2 : A ce jour, quels sont les difficultés que vous rencontrez dans la réalisation de vos activités au sein de votre logement ?

Chez moi ? Alors la chose qui m'embête le plus c'est que mon appartement n'est pas encore aménagé convenablement. Au début je trouvais l'excuse du confinement, parce que je ne pouvais pas aller acheter les objets nécessaires pour entretenir mon appartement. J'aimerais que mon appartement soit plus fonctionnel, que je finisse enfin de l'aménager car j'ai un joli appartement mais je n'en prends pas assez soin. Une autre chose qui me dérange, c'est la mémoire. Elle me gêne énormément, je suis allée voir des gens spécialisés dans la mémoire, mais bon... Ils me disent d'arrêter de stresser et d'angoisser et que ma mémoire irait déjà mieux. Je ne fais peut-être pas tout ce qu'il faut pour arriver à avoir une mémoire correcte. Par exemple, j'ai mon portable, je vais le poser, je vais faire des choses différentes puis en 3-4 minutes je ne sais plus où j'ai posé ce téléphone [...] ça m'angoisse beaucoup. Alors j'essaie de mettre en place des moyens divers comme un planning et un agenda et j'essaie d'installer des habitudes dans l'emplacement de mes objets. De plus, je lis beaucoup, ça me fait travailler l'esprit, c'est un sport des neurones [...]

Question n°3 : Comment la localisation de votre logement peut-elle influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ?

Pour les services de santé, ce n'est pas un souci car j'habite en ville, j'ai un médecin traitant qui me prend tous les rendez-vous nécessaires pour que j'ai une bonne santé. Si on doit se faire transporter, il y a les ambulances qui vous emmène directement à l'hôpital. Pour les supermarchés, il y a également un très bon réseau, il y a deux trois grandes surfaces en ville et des petites superettes même si je n'y vais pas car c'est assez cher. Pour les transports en commun, je me suis organisé avec mon amie, on a fait le choix de faire les courses le samedi matin. On sait qu'il y a une navette qui passe à côté d'où j'habite et me dépose pas très loin de mon supermarché. Je ne fais jamais de grosses courses donc ça ne me dérange pas de rentrer à pied si je loupe le bus. Concernant, la nourriture je mange à ma faim et j'essaie de manger assez équilibré. Je fais assez attention à respecter mon budget du mois, mais franchement 1,50€ le bus ce n'est vraiment pas cher. Tout est une question d'organisation, mais à ce jour, je n'ai pas de difficultés à m'organiser financièrement. En effet, depuis peu de temps je ne touche plus le RSA mais l'AAH par rapport à mes troubles psychiques. C'est une différence notable [...] Vraiment s'il y a bien une chose qui me manque dans ma vie, c'est mon boulot. Ça me manque énormément le travail et avec la pandémie c'est assez compliqué de pouvoir trouver des occupations. J'ai réussi à faire le deuil de la restauration, à cause de mes problèmes de genoux j'ai alors choisi de devenir bénévole dans des associations. Mais ce qui est marrant, pour vous dire à quel point le travail me manque, c'est qu'à partir du moment que je me suis mis dans une association, j'en ai trouvé une autre, puis encore une autre, une autre... mais le problème, c'est que je faisais trop d'associations et que je n'arrivais plus à me ménager. Je travaillais dans un petit café sur Alès et en même temps, j'étais à la Croix-Rouge puis aussi je menais un atelier au SAJE. Et Avec cette pandémie, beaucoup de ses occupations sont tombés à l'eau... Je ressens que j'ai besoin de bouger, je ne peux pas rien faire et cette situation est très pesante pour moi. Je suis alors entré en déprimer et je me suis laissé aller avec les confinements, donc j'essaie de restructurer une organisation pour mes journées et mettre en place des activités loisirs. Voilà.

Question N°4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour entretenir des relations sociales malgré la situation actuelle ?

Je dirais que le Covid a déstructuré. Justement je faisais pas mal de choses, j'allais au SAJE et dans les associations. J'ai toujours mes amis mais je ne les vois pas, enfin ce sont des connaissances des gens que j'aime bien... Je les ai toujours au téléphone mais c'est différent. Après quand j'ai besoin d'un service, ils sont là, par exemple il y a peu de temps j'avais un frigo à débarrasser, ils sont venus [...] Sinon, je faisais un atelier écriture à un moment et c'est tombé à l'eau parce que bon le truc c'est que je ne supporte plus de porter ce masque. Alors comme je disais à mon ami il y a encore peu de temps, j'étais à deux doigts de me dire bah je sors plus de chez moi, je reste sur le balcon au moins je n'aurais plus ce truc sur le nez. Parce que bon, tel que vous voyez ma tête que je parle, je ne suis pas au 100% de mes capacités, ça me dérange, je respire très difficilement. Donc voilà, ça me perturbe. Mais moi, je sais, quand j'arrive chez moi, et que j'enlève ce masque, je me sens libéré.

Quels sont vos relations avec votre voisinage ?

J'ai toujours eu ce tempérament d'homme assez solitaire. C'est ponctuel. Je rencontre, je côtoie, je fais discute mais une fois que la discussion se termine, il n'y a pas de suite de contact. Vous savez je n'ai pas d'amis, je n'ai quasiment pas de gens autour de moi et ça a toujours été comme ça dans toutes les expériences que j'ai eu dans ma vie. Ça, c'est mon tempérament. J'ai des souvenirs mais quand j'arrête quelque chose, je l'arrête. Je recherche une certaine tranquillité dans ma vie, ce qui n'est pas facile pour moi parce que bon, je suis comme je l'ai dit tout à l'heure, je suis une pile sur pattes.

Quel est votre ressenti sur la situation actuelle ?

C'est un truc qui me lasse [...] Les discussions interminables, ça m'agace que d'entendre les gens parler que de ça. Et ça concerne sans arrêt ça et rien d'autre. D'autant plus que la plupart des gens

ne font pas ce qu'il faut pour limiter les dégâts, et c'est souvent les gens qui en parlent le plus. Moi, je sais que ça dérange ma vie, c'est clair, comme beaucoup de gens, je pense. Après je ne suis pas le plus à plaindre je pense, je veux dire, je pense à tous ces commerçants, ces petits commerçants qui en pâtissent.

Question n°5 : Quels seraient les axes d'amélioration professionnels qui pourraient-être apportés pour favoriser votre épanouissement ?

Il y aura toujours des choses à améliorer, après moi, je suis très content des services qui me sont proposés. J'ai besoin d'une espèce de coaching, des petits conseils. Donc bon, je pose des questions, et puis voilà, ça m'apporte toujours quelque chose d'être suivi. Dans tous ces rendez-vous que j'ai, je suis sûr que de temps en temps, il peut y avoir une petite chose qui va m'aider dans ma vie quotidienne. Mais moi, ce que j'aimerais s'est d'essayer de trouver un moyen pour arrêter ce combat que j'ai contre moi-même, c'est-à-dire que s'est compliqué à expliquer... mais il est vrai que je suis quelqu'un de très angoissé et puis à côté de ça je suis anti médicament et donc voilà il y a peu de temps encore j'étais chez un psychanalyste [...] On a beau me dire monsieur P***, ça va mieux et tout ce qui s'en suit, mais moi je sais ce que je ressens, je sais que ça ne va pas. Surtout, je sais ce que j'ai été [...] Peut être que j'en demande trop aussi... même si je crois qu'il y a certaines choses qui ne pourront jamais être résolu [...] Finalement, je reste toujours dans un système plus ou moins angoissé.

A ce jour, quels sont vos besoins en lien avec votre logement ?

Je veux aménager mon appartement au plus vite, avec l'aide de vos conseils et vos astuces. Ça c'est un point important. Après, maintenant j'ai une petite ville qui est tranquille, je suis en couple avec une personne qui est adorable, qui m'écoute et qui est ouverte à toutes discussions. Il serait intéressant d'avoir votre point de vue de l'aménagement de mon logement qui prend compte de l'état de mes genoux aussi. Je ne suis pas sûre d'avoir le recul nécessaire pour voir tous les éléments qui pourraient être apportés. Il faut aussi que j'accepte le fait que je n'ai plus 30 ans et que mon corps fatigue de plus en plus vite. J'aimerais que ce logement soit accueillant pour que je puisse inviter des personnes extérieures et ainsi m'ouvrir plus facilement aux autres. Pour moi, le fait de discuter avec des personnes c'est une thérapie en soit.

Quels sont les éléments indispensables qui favorisent le bien-être ?

J'ai eu un parcours de vie un peu chaotique, j'ai logé dans des structures d'hébergement d'urgence pendant un temps puis chez des gens à droite et à gauche parce que je n'avais plus d'argent. Je suis suivi également par un psychiatre que je vois tous les mois pendant vingt minutes [...] Le plus important pour moi, c'est d'avoir enfin un logement à moi et de ne plus dépendre des autres pour vivre. Et je me rends compte que ce logement m'aide beaucoup aussi à rentrer en relation avec quelqu'un, il m'apporte de très belles choses. C'est comme si j'étais passé de l'ombre à la lumière [...] Après comme je vous l'ai dit, ce qui me manque maintenant c'est un peu du coaching pour retrouver des occupations dans ma vie. J'ai vraiment besoin d'une aide, parce que j'essaie de le faire par moi-même, mais je n'y arrive pas. Je suis sûr que si j'avais un monte pied pour monter sur mon cheval, je pense que j'y arriverais et vous êtes ce monte pied [...].

Et bien écoutez, merci monsieur pour cet entretien

Bonjour, merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Il entre dans le cadre de la réalisation de l'étude de mon mémoire de fin d'année. Il porte sur la réinsertion sociale des personnes précaires en utilisant justement les forces de la communauté dans une pratique d'ergothérapie. Je vous informe aussi que notre discussion sera enregistrée pour faciliter le traitement de vos réponses, cela vous pose-t-il problème ?

Non.

L'ensemble des données sera traité de façon anonyme et à des fins purement scientifiques. L'enregistrement sera ensuite effacé. Nous allons alors commencer l'entretien, je vais vous poser cinq questions assez larges, le but étant que vous me répondiez en fonction de votre situation et de votre schéma de pensée.

Question n°1 : Pouvez-vous vous présenter brièvement en expliquant votre parcours de vie ?

Alors bonjour, je m'appelle Monsieur M, j'ai 40 ans [...] comment dire, je suis suivi par un SAMSAH, parce que j'avais des problèmes psychiques pendant très longtemps, maintenant ça va beaucoup mieux. En fait, j'ai souffert pendant longtemps de phobie sociale et de dépression clinique [...] En ce moment, j'habite à Alès en centre-ville dans un immeuble sur les quais Bilina.

Quel parcours scolaire avez-vous suivi ?

Alors, j'ai un bac littéraire, ensuite j'ai fait une formation, je n'ai pas le diplôme mais j'ai fait la formation d'un BTS, assistant secrétaire trilingue, français, anglais, espagnol. Donc voilà [...] Mais là encore, je pense que le trouble psychique, est revenue. J'avais quand même parfois du mal à me retrouver en groupe, en classe, parfois j'étais très angoissé. C'est dû à un problème de phobie sociale particulier, voilà donc ensuite bah j'ai travaillé 5 ans en tout. Mais le dernier travail était assez compliqué parce que les travaux demandés étaient très difficiles donc j'ai dû partir. Le premier travail était dans une radio associative et avec mon premier supérieur hiérarchique, la directrice d'antenne les rapports étaient un peu compliqué, c'est une personne que moi je jugeais vraiment abusive et d'autres gens aussi. Depuis je me suis beaucoup enfermé sur moi-même [...] Ensuite, j'ai travaillé pendant 2 ans en auto-entrepreneur avec une personne qui m'a un petit peu exploité. J'avais beaucoup de mal à dire non et à poser des limites. Et c'est suite à cet expérience après deux ans avec lui que je suis tombé en dépression à la fin parce que je me suis rendu compte que ce monsieur-là travaillait avec moi uniquement par intérêt. Il m'avait promis qu'avec lui je gagnerai ma vie, et au final ça s'est très mal terminé. Il ne faisait rien du tout, juste ce qui lui plaisait. Et moi je travaillais normalement, enfaite, on créait des brochures, parce que j'ai aussi une formation de maquettiste infographiste, je faisais la mise en page de brochures, qu'il avait rédigé comme ça de son côté. C'était sur le thème de la santé, il était censé les vendre à des pharmacies mais en gros ça c'est mal fini, il n'a rien fait du tout. Je suis alors tombé en dépression, en burn out. Et cette dépression a duré 8 ans, 8 ans dans lesquelles, je suis resté enfermé chez moi, chez mes parents, dans ma chambre, a pianoté mon smartphone allongé sur mon lit toute la journée. Donc voilà, je ne faisais quasiment rien d'autre. Les seuls autres rendez-vous que j'avais, c'étaient les rendez-vous médicaux avec une psychologue. Cependant, je tenais énormément à être suivi par une psychologue, par une professionnelle, quelqu'un de vraiment compétent et non pas seulement par les conseils bien intentionnés mais souvent maladroit. Ce sont souvent des amis, des proches qui font souvent plus de mal que de bien, sans le vouloir. Donc, j'ai quand même progressé malgré tout pendant cette période, ce qui m'a emmené, il y a deux ans, à être accompagné par le SAMSAH. Et depuis alors, le SAMSAH m'a vu aussi évoluer, depuis je me suis ouvert à d'autres personnes, petit à petit, alors il a aussi une expérience personnelle que j'ai fait aussi, c'est une expérience spirituelle au niveau de la foi, parce que j'ai grandi dans un milieu croyant en fait, euh, ça m'a donné quand même une vision de la vie et des choses beaucoup plus positif que celles que j'avais avant, en tout cas plus optimiste [...] Et aussi, ça m'a permis de revoir et de découvrir beaucoup

de nouvelles personnes que je ne connaissais pas parce que je me suis mis à retourner à l'église et du coup j'ai appris à revoir beaucoup de monde et je faisais aussi des activités sociales. Par exemple, je participe à une réunion de prière mercredi après-midi et aussi une randonnée que je fais avec certains le dimanche après-midi. En plus de ça, je participe aussi aux activités du SAM, Services d'Activités et de Médiation, le vendredi avec une marche rapide le matin et un atelier d'expression manuel l'après-midi.

Question n°2 : A ce jour, quels sont les difficultés que vous rencontrez dans la réalisation de vos activités au sein de votre logement ?

Au niveau de mon logement, le problème, le gros, gros problème que j'ai eu dans mon logement [...] Tout d'abord, il faut savoir que ma mère m'a toujours beaucoup étouffé et mon père c'est le contraire, il m'humiliait parfois même en public quand j'étais enfant. Donc ça a été très difficile pour moi, de me construire, et d'avoir une solidité c'est pour ça, que j'ai longtemps été très fragile. Je le suis encore un peu maintenant, mais beaucoup moins qu'avant. J'étais très renfermé sur moi aussi et j'avais peur de ne pas arriver à me débrouiller tout seul ; à devenir autonome. Mon linge s'accumulait, je n'arrivais pas à nettoyer, j'avais peur d'être complètement dépassé par les événements, de ne pas arriver à faire mes courses. Et surtout de ne pas arriver à gérer mon budget, alors grâce au suivi que j'ai eu avec ma psychologue [...] je tiens à remercier aussi les assistantes sociales et le SAMSAH qui m'ont suivi pendant six mois avant que je fasse la démarche de vivre en autonomie, donc le premier logement était un logement social. J'ai fait la demande une fois que j'étais suffisamment prêt psychologiquement pour le faire auprès des Logi*** et j'ai vécu en HLM pendant à peu près 5 mois et ensuite j'ai dû déménager très vite au bout de 5 mois. Pourquoi ? Et bien j'avais un voisin au-dessus de moi qui avait le syndrome de la Tourette et qui n'arrêtait pas de taper dans les murs et donc c'était insupportable. J'ai donc dû déménager à cause de ça. Je l'avais pourtant signalé au bailleur mais bon, apparemment, il faisait trainer les choses et finalement bah j'étais obligé de partir alors que c'était ma première expérience de logement autonome dans ma vie. Bon c'est une drôle d'expérience après tout. Maintenant, je me suis installé dans un autre logement toujours au même endroit sur les quais de Bilina dans un HLM aussi, le logement n'était pas très cher mais bon là aussi j'ai des problèmes alors peut-être un peu moins durs à vivre, mais quand même ça m'a longtemps fait souffrir et ça m'a souvent agacé, il y a quand même beaucoup de bruit là où je suis car c'est un immeuble qui résonne énormément. C'est du carrelage partout sur le sol, il suffit que quelqu'un fasse grincer une chaise ou marche un peu fort pour être dérangé. C'est une catastrophe. Il y a aussi souvent des travaux dans cet immeuble et les gens restent en moyenne 2 à 3 ans. Il y a environ 50 appartements dans l'immeuble, c'est un gros immeuble et il y a environ 13 appartements par étage donc c'est sur 3 étages. C'est tout en longueur, c'est une sorte d'hôtel, avec plein de petites chambres. Ce sont souvent des jeunes qui vivent dedans, et ça rajoute encore plus de bruits. Il n'y a pas un seul jour où c'est totalement calme. Maintenant j'ai l'impression que je commence à avoir accepter l'idée de vivre dans un environnement bruyant mais quoi qu'il en soit je n'aimerais pas rester là. J'ai hâte de pouvoir déménager, j'ai hâte d'aller vivre dans un meilleur quartier, un quartier plus paisible, plus propre aussi. Car c'est vrai que l'immeuble est souvent sale, il y a des papiers dans le hall [...] N'importe qui peut rentrer dans cet immeuble, il y a un code de sécurité soi-disant mais la porte est défoncée donc n'importe qui peut rentrer. Il y a quelques boîtes aux lettres qui sont défoncées [...] Non c'est un environnement mais très sain, pas très épanouissant pour moi, moi j'ai vraiment ce besoin de m'épanouir. Même quand je suis chez moi, je ne me sens pas en sécurité, car j'entends les gens qui arrivent ou les portes qui s'ouvrent et se ferment [...] Non, moi j'ai besoin de plus de calme, de me sentir plus chez moi, à l'aise quoi. Parfois, j'ai l'impression de vivre avec les voisins chez moi, ce n'est pas génial.

Quels sont les difficultés majeures rencontrées dans l'entretien du logement ?

J'ai toujours un peu de mal, mais je pense que c'était dû au fait que je ne me sens pas vraiment à l'aise chez moi. Parfois, il y a le ménage qui s'accumule, alors j'essaie de ne pas trop trainer non

plus. Mais en fait, je vois le temps qui passe et disons que j'ai tendance à repousser parfois le fait de faire le ménage ou même de nettoyer mes vêtements et de les passer à la lessive. Je me suis dit, bon, une fois par semaine, fais-le tous les mercredis, tac, c'est calé. Mais là par exemple on est jeudi, bah je ne l'ai pas fait.

Quels sont les difficultés majeures rencontrées dans la cuisine/l'alimentation ?

Au niveau de l'alimentation, ça va. Je suis assez content, ça se passe plutôt bien. Je suis les conseils de l'infirmière du SAMSAH, qui m'avait conseillé de diviser mon assiette en 3. C'était un tiers de légumes, un tiers de féculent et un tiers de protéines. Et puis le reste, on rajoute aussi des laitages, du fromage, du lait ou alors yaourt. Des œufs aussi. Donc voilà globalement, je me débrouille plutôt pas mal. J'essaie même d'acheter le maximum d'alimentation bio que je peux, même si ça coûte un petit peu plus cher. Je fais mes courses d'habitude à Leader Price et il y a quelques articles bio à peine plus cher finalement. Je sais que c'est meilleur pour la santé, donc autant en profiter. Les sachets de céréales bio ou de riz, ça dure plusieurs jours pour une personne et puis c'est à peine un euro. Même pour moi qui vit au RSA et sur les APL, je paie 90 euros le loyer, je me débrouille en payant 30 euros de courses par semaine, pour une personne seule. Donc voilà, j'arrive à bien m'organiser en ayant mis en place différentes habitudes. Je suis assez content au niveau de la gestion du budget, on m'a bien aidé pour construire un budget au début, car j'avais très peur de ne pas arriver à gérer mon budget et donc, il y a une association qui s'appelle la CLEDE où une éducatrice spécialisée m'avait fait un petit tableau qu'on avait rempli ensemble. On y avait inscrit, quelle part du RSA exactement, quel temps du RSA consacré à tel ou tel domaines. Par exemple, l'alimentation, l'électricité, l'eau... pour qu'à la fin du mois, tout soit bien ordonné. Finalement, je suis content parce que tout se passe bien. A tel point que, mes comptes en banque n'ont quasiment pas baissé depuis que je suis autonome, depuis 2 ans. J'arrive à vivre uniquement sur le RSA, et pas sur l'argent que j'avais déjà sur mon compte.

Question n°3 : Comment la localisation de votre logement peut-il influencer sur l'accessibilité aux services de proximité ?

Ah oui, ça influence, d'autant plus que depuis que je suis autonome, que je vis uniquement avec le RSA que je touche, j'ai vendu mon véhicule personnel. Alors, j'ai le permis mais de peur de payer l'essence et surtout de changer une pièce automobile si j'ai un accident, je crains que cela dépasserait de beaucoup le RSA. C'est pour cette raison que j'ai vendu mon véhicule et donc j'ai voulu aller vivre en centre-ville ou juste à côté. Donc du coup, je me retrouve à proximité de tous, de tous les services, à pied ou au pire je peux prendre le bus mais honnêtement je me débrouille très bien à pied.

Avez-vous des difficultés pour accéder aux services de santé ?

Alors je touche la CMU complémentaire grâce au RSA, il y a quelques temps j'avais eu un problème de dents, j'étais allé chez les dentistes mutualistes, et tout c'était bien passé, je crois même que tout avait été remboursé intégralement. Au niveau de la santé, j'ai vraiment aucune difficulté.

Allez-vous dans des centres de loisirs ou des centres culturels ?

Avant pas vraiment, j'étais très renfermé sur moi à cause de ma dépression et même ce n'était pas quelque chose que j'avais l'habitude de faire. Donc les activités que je fais essentiellement c'est avec le SAM, et avec les activités de l'église que je fréquente qui ne sont d'ailleurs pas forcément des activités liées à la spiritualité, ça peut être aussi par exemple une randonnée qu'on réalise tous les dimanches avec certaines personnes de l'église. C'est pour apprendre à se connaître, d'ailleurs j'ai des amis viennent à la randonnée alors qu'ils ne sont pas forcément liés à l'église. C'est un moment social et sportif aussi. Nous avons également une réunion de prière le mercredi matin.

Pour vous, quels sont les manques dans votre environnement actuel ?

Ce qui me manque actuellement, c'est une autonomie complète dans mon logement. J'estime que j'aimerais à terme vivre de mon propre salaire, de mon propre métier. Actuellement, je touche les aides sociales, bon, je dépends quand même de la générosité du système mais je préférerais quand même, être totalement et pleinement autonome c'est-à-dire vivre de mon propre travail [...] Mais, il y a encore énormément de choses que j'aimerais développer, donc déjà avoir une activité professionnelle, mais je suppose dans un premier temps à temps partiel pour m'habituer au travail, parce que ça fait huit ans que je n'ai pas travaillé du coup. Pour combler mon temps, je fais des petits travaux à droite à gauche, chez des amis, chez des personnes âgées qui ont du mal à entretenir leur jardin. Je me suis proposé de les aider, alors souvent, on passe une matinée ou une après-midi ensemble, puis la personne m'invite à manger avec elle, c'est un petit moment convivial. Voilà, ça permet de m'occuper [...] Alors c'est vrai que je me rends compte de plus en plus que la solitude commence à me peser un peu. J'aimerais bien trouver quelqu'un, vivre avec quelqu'un, avec une personne avec qui on soit heureux ensemble. J'ai pour projet aussi de vivre en couple et même de fonder une famille, et vivre aussi à terme dans mon propre logement, être propriétaire d'une maison. Alors ça fait un peu cliché, la maison, la famille, les enfants, le chien [...] Donc oui, à terme, je vise une vie épanouie dans tous les domaines.

Question n°4 : Quels sont les moyens que vous avez mis en place pour entretenir des relations sociales malgré la situation actuelle ?

Comment dire, tant qu'on n'est pas soumis à un confinement strict, et bien, mes habitudes n'ont pas trop changé, je vois toujours mes amis, on porte juste un masque et on essaie de garder les distances. En général, quand on organise des sorties, on vient me chercher directement en voiture parce que mes amis habitent dans des communes autour d'Alès. Pour aller à l'Eglise c'est pareil, c'est une dame qui habite à côté de chez moi qui vient me récupérer en voiture, et vue que le samedi il n'y a pas beaucoup de bus qui se déplacent, je me débrouille comme ça. Donc vue qu'actuellement, je n'ai plus de véhicule, il est vrai que je suis assez dépendant des gens [...] pour sortir d'Alès en tout cas et surtout le week-end. Sinon tout ce qui se fait sur Alès, on se retrouve directement entre nous, tant qu'on peut le faire on en profite.

Arrivez-vous à garder un lien avec vos proches ?

Ah oui bien sûr, j'ai mon père qui habite à côté, il fréquente lui aussi l'église, il était très content justement que je retourne à l'église et que je retrouve la Foi. Je m'étais complètement écarté de la foi pendant ma dépression alors que mon père m'a toujours éduqué là-dedans. Ça a permis de renouer nos liens entre autres. Ce qui a également énormément permis de renouer nos liens c'est que mon père a compris que j'avais des troubles psychiques, que je souffrais de phobie sociale. Bon j'ai essayé de lui expliquer plusieurs fois ce que c'est, bon maintenant il a plus de 80 ans ça a un peu du mal à rentrer. Mais en tout cas, il a quand même compris que je souffrais, que ce n'est pas parce que j'étais paresseux ou que je ne voulais pas m'en sortir. Il a compris que c'était quand même sérieux. Et quand il a vu aussi que je faisais des efforts pour essayer de vivre autonome, quand il m'a vu faire et envoyer le dossier de logement social, ça aussi, ça l'a touché parce qu'il a bien vu que je voulais m'en sortir malgré mes difficultés [...] Donc je pense que tout ça, ces deux éléments contribuent à une bonne relation avec mon père qui me traite plus en adulte maintenant. Ma mère, elle a une démence et elle est hospitalisée et suivie dans un centre spécialisé dans la maladie d'Alzheimer et de démences proches. On va la voir de temps en temps avec mon père, alors pendant longtemps, c'était une fois par semaine et bon depuis quelques temps, on a moins eu l'occasion de la voir. On va essayer de garder un contact bien sûr tant qu'elle peut se souvenir de nous, moi déjà, elle ne souvient plus trop de moi, elle me prend pour son cousin. Elle reconnaît encore mon père par contre, il a de la chance [...] Mais voilà, son état s'est bien détérioré, quand on lui parle, elle arrive à peine à dire oui et non, elle a le regard vide aussi. Tant qu'on peut aller

la voir, on l'accompagnera jusqu'au bout dans tous les cas même si elle ne peut plus trop communiquer.

Quels sont vos relations avec votre voisinage ?

Alors, il y a quelques voisins avec qui je m'entends bien, avec qui j'ai pu discuter un petit peu, c'est marrant parce qu'on a appris à se connaître en parlant justement des histoires de nuisances sonores. C'est moi au début, j'étais tellement angoissé par ces bruits, que j'ai demandé à certains voisins que j'ai croisés dans le couloir, s'ils entendaient aussi ces bruits. Ils semblaient beaucoup moins affectés que moi, ils ne s'agacent autant que moi. Ces bruits, ils tournent en boucle dans ma tête pendant des jours et des jours. J'appréhendais le moment où ça allait recommencer. Alors oui, je connais certains voisins de mon âge qui sont assez sympas, ce sont souvent des jeunes [...] Comment dire, il y a quand même des gros problèmes dans notre immeuble, des problèmes d'incivilité parfois, mais surtout de dégradations de matériel. Par exemple, quelqu'un a bloqué la porte d'escaliers là actuellement, et on ne peut plus l'ouvrir, c'est carrément bloqué et en attendant l'ascenseur de l'immeuble, il commence à grincer de plus en plus. Alors moi j'ai appelé le syndic pour qu'il répare ça rapidement, parce qu'au bout d'un moment quand l'ascenseur grince, s'il se met à trop grincer, il y a un système qui va le bloquer. Donc si au 3^{ème} étage, il n'y a plus d'ascenseurs et la porte d'escalier est toujours bloqué, on ne peut plus sortir. La seule solution se sera d'appeler les pompiers pour qu'ils défoncent la poste des escaliers si le syndic n'agit pas rapidement. Il n'y aura plus de porte après, mais ça sera plus simple, on pourra enfin descendre [...] Il y a aussi beaucoup de saleté, comme dans le hall où il y a des papiers qui traînent, des canettes écrasées. Parce que aussi le problème de cet immeuble, c'est que n'importe qui peut rentrer de l'extérieur. Il est censé y avoir une sécurité avec badge mais elle est cassée. Ce n'est pas sécurisant non plus là où je suis, car beaucoup de locataire de mon immeuble sont en fait des jeunes parce que les loyers ne sont pas chers. Dans ces jeunes, après pas tout le monde non plus, je sais qu'il y a un gros problème de délinquance et de trafic de drogues. Donc on retrouve très certainement tout ça dans l'immeuble. J'ai hate de pouvoir déménager dans un meilleur quartier.

Quel est votre ressenti sur la situation actuelle ?

Je ne sais pas, j'ai l'impression qu'on n'est pas vraiment dirigé ou alors par une bande d'amateurs, j'ai l'impression parfois que certaines décisions ne sont pas forcément réfléchies [...] j'ai l'impression qu'ils ne prennent pas forcément la situation au sérieux. Ils essaient de bricoler au jour et le jour, ils donnent l'impression d'être dépassés par les événements.

Question n°5 : Quels seraient les axes d'amélioration professionnels qui pourraient-être apportés pour favoriser votre épanouissement ?

Actuellement, gravite autour de moi toute l'équipe du SAMSAH, ensuite, les éducatrices du SAM, mon assistante sociale, je suis suivie aussi par un psychiatre du CMP, le centre médico psychologique, mon médecin généraliste.

A ce jour, quels sont vos besoins en lien avec votre logement ?

Ce qui se passe c'est que mon assistante sociale, m'a dressé une liste, m'a conseillé en me donnant les quartiers à éviter à Alès et ceux qui ont plutôt bonne réputation. Vous vous doutez bien ceux qui sont à éviter sont les moins chères, qui sont donc plus dans mon budget avec mon RSA. Si j'arrive à sortir du RSA en ayant une bonne situation professionnelle, je pourrais alors chercher des logements dans des quartiers plus aisés.

A part votre logement, quels sont les éléments indispensables qui favorisent le bien-être ?

Honnêtement, je suis très content de mon évolution et de tous les professionnels que j'ai pu avoir aussi. On ne m'a jamais mis la pression, ou on ne m'a jamais dit de me bouger un peu plus... On m'a toujours laissé le temps d'avancer à mon rythme et que les réflexions sur ma santé murissent par moi-même. Je suis très reconnaissant pour ça. Ça aurait été sûrement plus difficile à vivre si je

sentais qu'on insistait un peu trop. Je suis très reconnaissant pour la patience de tous les professionnels que j'ai eus et moi-même ça m'inspire. Je me dis que dans la même situation, es ce que j'aurais été aussi patient avec quelqu'un qui aurait eu besoin ? C'est vrai que c'est important de se dire que c'est le temps de l'autre et que le temps de l'autre ce n'est pas forcément notre temps à nous. Ça prend des années pour changer des habitudes ancrées. Je m'en suis bien rendu compte dans mon parcours, au début quand je ne me voyais pas progresser aussi vite que je voulais, bah ça me frustrait un peu, mais j'ai bien compris maintenant la frustration elle ne se fait pas en ligne droite, parfois ça tarde un peu plus mais ça monte quand même [...] Je suis très content de pouvoir toucher le RSA associé au APL, ces aides de l'état me permettent de vivre de façon tout à fait correcte. En tout, je touche 750 euros avec le RSA qui est de 500 euros plus 250 d'APL, ce qui fait qu'actuellement je peux payer un loyer de maximum 350 euros, c'est ce que m'a conseillé mon assistante sociale. Du coup je paie que 90 euros de loyer, c'est facilement gérable. Je paie aussi les courses à côté et un abonnement internet et téléphone qui ne sont pas trop cher. Honnêtement au niveau de mes loisirs je suis totalement épanouie, que ce soit payant ou gratuit. Mes loisirs sont essentiellement du relationnel c'est-à-dire passer du temps avec des gens, c'est ça dont j'ai le plus besoin et qui m'épanouie le plus. Même avec peu d'argent, je constate que je me sens plutôt épanouie, globalement je n'ai pas besoin de beaucoup d'argent pour me sentir heureux, j'ai surtout besoin de relations, d'activité et d'épanouissement personnel. J'ai besoin de me sentir utile et responsable. J'aime rendre service aux autres, ça me fait du bien de voir que je peux rendre quelqu'un heureux. Au final tout le monde est content.

Je vous remercie pour cet entretien

Résumé :

La précarité est un phénomène de société actuel provenant d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilité. L'objectif de cette étude met l'accent sur les conditions de vie des personnes en situation de précarité. La réflexion est centrée sur la pertinence d'une pratique communautaire de l'ergothérapie en rapport au processus de réinsertion sociale de cette population. A cet égard, la méthode privilégiée se réfère à des entretiens qualitatifs auprès de personnes précaires mais également des professionnels qui les accompagnent.

Les résultats de cette recherche exposent le lien indéniable entre l'environnement du logement et le développement des activités occupationnelles. En ergothérapie, les moyens mis en place pour initier l'activité se rapportent donc à l'élaboration de stratégies compensatoires, parallèlement au renforcement de la collaboration interprofessionnelle avec les services de la communauté. Finalement, il serait intéressant de poursuivre ce travail d'étude sur l'insertion professionnelle des personnes en situation de précarité.

Mots clés : Ergothérapie – Précarité – Réinsertion sociale – Pratique communautaire – Activité occupationnelle – Environnement

Abstract :

Precariousness is a present phenomenon of society arising from a chain of events and experiences leading to situations of fragility. The aim of this study focuses on people's living conditions in precarious situations. Its content emphasizes on the relevance of a community practice in occupational therapy to the social reintegration process of this precarious people. In order to build it, the method used is based on qualitative interviews with precarious individuals but also with professionals who accompany them.

The results of this research show the undeniable link between the housing environment and the development of occupational activities. In occupational therapy, the means deployed to initiate the activity relate to the development of compensatory strategies, in parallel with the strengthening of the interprofessional collaboration with community services. Finally, it would be valuable to continue this study on the professional integration of people in precarious situations.

Keywords: Occupational Therapy – Precariousness – Social rehabilitation – Community practice – Occupational activity – Environment