



*Institut de formation en ergothérapie : 52 rue Vitruve, 75020 PARIS*  
Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en  
Ergothérapie  
Tél. : 01 43 67 15 70- Fax : 01 43 67 15 72 – Courriel: [adere@adere-paris.fr](mailto:adere@adere-paris.fr)

---

## L'accompagnement de la transition occupationnelle vers le logement des personnes sans domicile

---

Sous la direction de Madame Ana MARQUES

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation  
de l'UE 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Session juin 2023

BAUDET Romane

Note aux lecteurs : « *Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné.* »

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire Ana MARQUES pour son suivi attentif tout au long de l'élaboration de ce mémoire et ses conseils précieux.

Je remercie également les ergothérapeutes qui ont accepté de prendre de leur temps pour participer à mon enquête.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE ADERE pour son accompagnement tout au long de ces trois années d'études.

Je remercie l'équipe PRACTS qui m'a offert l'opportunité de découvrir la pratique de l'ergothérapie sociale et qui m'a initiée à la démarche de réflexion critique.

Enfin, je remercie mes ami·e·s et ma famille qui ont tou·te·s, à leur manière, rendu possible la rédaction de ce mémoire.

« L'homme était là, couché sur son transatlantique, immobile comme un fakir. Chaque matin il était là. Il ne lisait pas, il ne dormait pas, il ne parlait à personne ; les yeux grands ouverts il fixait le ciel ; il gisait sans bouger au milieu de la pelouse, de l'aube à la nuit. »

Simone de Beauvoir , *Tous les hommes sont mortels*, 1946.

## SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Cadre conceptuel.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1. Les personnes sans domicile .....</b>	<b>5</b>
1.1.1. Les difficultés à quantifier et qualifier cette population.....	5
1.1.2. Une approche multidimensionnelle .....	6
1.1.3. Les politiques publiques de lutte contre le sans abris.....	7
<b>1.2. Une perspective sociale et occupationnelle sur la situation de rue .....</b>	<b>8</b>
1.2.1. La désaffiliation : l'état final du processus de marginalisation.....	8
1.2.2. L'injustice sociale et ses conséquences sur l'occupation .....	9
1.2.3. L'impact de la vie en situation de rue sur les occupations.....	10
<b>1.3. Pratiques de l'ergothérapie .....</b>	<b>11</b>
1.3.1. Définition et cadre légal d'intervention.....	11
1.3.2. La transition occupationnelle vers le logement.....	12
1.3.3. Le Modèle de l'Occupation Humaine .....	14
1.3.4. Les spécificités d'intervention en ergothérapie sociale .....	16
<b>1.4. La pluriprofessionnalité au service de la participation sociale.....</b>	<b>18</b>
1.4.1. La pluriprofessionnalité .....	18
1.4.2. La pluriprofessionnalité dans le suivi des personnes sans domicile .....	19
1.4.3. Ergothérapie et pluriprofessionnalité.....	21
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>22</b>
2.1. Population d'intérêt .....	22
2.2. Choix de l'outil d'enquête .....	22
2.3. Modalités de passation.....	23
2.4. Modalités d'analyse des résultats.....	23
<b>3. Présentation et analyse des résultats.....</b>	<b>25</b>
<b>4. Discussion .....</b>	<b>34</b>
4.1. L'influence de l'environnement de travail sur les pratiques.....	34
4.2. Des fondements de l'ergothérapie sociale .....	35
4.3. L'impact des situations de vie sur la transition occupationnelle .....	35
4.4. Pluriprofessionnalité et ergothérapie.....	36
4.5. Ergothérapie et vision sociale.....	37
<b>5. Conclusion.....</b>	<b>38</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>40</b>

<b>Annexe I : liste des acronymes .....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : formulaire de recueil du consentement.....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe III : guide d’entretien à destination des ergothérapeutes.....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe IV : retranscription d’un entretien .....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe V : le dispositif « Un chez-soi d’abord ».....</b>	<b>XII</b>
<b>Annexe VI : définition d’une EMPP (Pasticier, 2020).....</b>	<b>XVI</b>
<b>Annexe VII : les dispositifs d’urgence et d’hébergement des personnes sans domicile.....</b>	<b>XVII</b>
<b>Annexe VIII : Soliguide .....</b>	<b>XVIII</b>
<b>Annexe IX : appel à communication des 5èmes assises nationales de l’ergothérapie .....</b>	<b>XIX</b>

## **Index des illustrations**

Fig. 1 : typologie des SDF selon Julien Damon (2020) .....	5
Fig. 2 : Schéma du Modèle de l’Occupation Humaine (2021) .....	14

## **Index des tableaux**

Tableau I : présentation des profils des professionnelles interrogées .....	25
Tableau II : présentation des thèmes principaux et des sous-thèmes des entretiens.....	26
Tableau III : résultats obtenus dans le thème 1 .....	28
Tableau IV : résultats obtenus dans le thème 2.....	31
Tableau V : résultats obtenus dans le thème 3.....	33

## Introduction

La fondation Abbé Pierre décompte aujourd'hui 330 000 personnes sans domicile en France. Parmi elles, certaines sont sans abri, d'autres habitent dans des logements de fortune, d'autres encore sont hébergées temporairement dans différentes structures du territoire ou dorment dans des chambres d'hôtel.

En tant qu'ergothérapeutes, nous sommes susceptibles de rencontrer des personnes sans domicile au sein des services hospitaliers mais, le plus souvent, nous ne sommes pas en mesure de répondre aux problématiques multiples qui caractérisent cette population ni, plus largement, d'inscrire notre approche dans une perspective de justice sociale et occupationnelle. Or, si le droit au logement est un droit humain fondamental, il est indispensable de concevoir un accompagnement adapté, par une équipe pluriprofessionnelle, de ces personnes sans domicile, qui présentent souvent des difficultés à s'engager dans un projet de vie nouveau qui leur demande de rompre avec des habitudes de vie liées au contexte de la rue. L'objectif de cette enquête est d'apporter des éléments de compréhension du rôle spécifique que peut jouer l'ergothérapeute au sein de ces équipes pluriprofessionnelles accompagnant l'entrée en logement. Ainsi, nous nous demanderons en quoi l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluriprofessionnelle peut accompagner la transition occupationnelle vers le logement des personnes sans domicile.

Nous avons d'abord effectué une démarche de revue de la littérature existante permettant de poser le cadre de la recherche. Puis nous avons mené des entretiens semi-directifs auprès de quatre ergothérapeutes diplômés d'État accompagnant des personnes sans domicile au sein de différentes structures avant d'analyser les résultats obtenus selon différentes catégories. L'analyse des résultats obtenus et leur corrélation avec la littérature permettront de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute contribue à faciliter l'accès des personnes sans domicile à des activités significatives et à de nouveaux rôles sociaux favorisant la transition occupationnelle vers le logement.

En lien avec les mots clés de notre question de recherche, nous articulerons la construction du cadre conceptuel autour de quatre axes. Les deux premières parties, qui concernent la population sans domicile, s'attacheront à apporter une perspective sociale et occupationnelle, au plus proche de la réalité de vie des personnes sans

domicile. La troisième partie portera sur les différentes pratiques ergothérapeutiques en direction des personnes sans domicile, notamment sur leur accompagnement vers le logement. Enfin, la dernière partie mettra en lumière la notion de pluriprofessionnalité étendue aux partenariats entre structures, particulièrement fréquents dans le suivi des personnes sans domicile.

# 1. Cadre conceptuel

## 1.1. Les personnes sans domicile

### 1.1.1. Les difficultés à quantifier et qualifier cette population

Sous l'appellation de « personne sans domicile » se dessinent en réalité des situations de vie extrêmement hétérogènes et une absence de qualification juridique qui rend aujourd'hui la tâche de quantifier et de qualifier cette population très complexe. En effet, le nombre de personnes vivant dans la rue ou hébergées peut considérablement évoluer au cours du temps et les enquêtes menées « un jour donné » ne donnent qu'une idée partielle de ce que représente cette population. Cependant, différentes typologies ont vu le jour pour définir cette population. La classification de la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) reprise par l'OCDE, a déterminé une typologie en fonction des situations de vie en quatre catégories :

- 1) être sans abri (dormant à la rue ou en hébergement d'urgence) ;
- 2) être sans logement (avec un abri mais provisoire, dans des institutions ou foyers) ;
- 3) être en logement précaire (menacé d'exclusion en raison de baux précaires) ;
- 4) être en logement inadéquat (dans des caravanes sur des sites illégaux, en logement indigne, dans des conditions de surpeuplement sévère).

Julien Damon propose dans son ouvrage *Qui dort dehors ?* une typologie originale, prenant en compte d'une part le fait déclencheur, c'est-à-dire le phénomène qui a conduit un individu à être considéré ou à se considérer comme sans-domicile, et d'autre part la dimension temporelle de cette situation. Il résume cette typologie par le tableau ci-dessous (Damon, 2020).

*Tableau 1. Une typologie des SDF*

<i>Fait générateur</i> <i>Durée</i> <i>dans la situation</i>	Déchéance sociale	Décision déraisonnable	Migrations
Ponctuelle/ Accidentelle	Accidents de la vie	Fugues	Déplacement exceptionnel
Chronique/ Récurrente	Problèmes répétés	Fugues récidivées	Migrations pendulaires
Permanente/ Continue	Sans-abrisme de longue durée	Errance choisie (zonards / punks à chien)	Demandeurs d'asile Sans-papiers

*Fig. 1 : typologie des SDF selon Julien Damon (2020)*

Il est aujourd'hui capital de reconnaître l'hétérogénéité de cette population afin d'offrir la possibilité de recevoir le meilleur accompagnement possible et de ne pas participer à la reproduction de stéréotypes ou à la stigmatisation, qui sont autant de freins à l'inclusion et la participation sociale des personnes sans domicile (Fenoy-Garriga et al., 2021).

### 1.1.2. Une approche multidimensionnelle

Le fait d'être sans domicile ne se résume pas qu'à une question d'absence de domicile comme le laisse penser cette dénomination mais implique différentes formes de carences « physiologiques » liées au manque de confort de vie, « émotionnelles » comme le « manque de joie et d'amour », « territoriales » par l'absence d'intimité, « ontologiques » par l'absence d'ancrage dans le monde et « spirituelles » par l'absence de but et d'espoir (Somerville, 2013).

Pour comprendre la réalité de vie des personnes sans domicile, il est nécessaire de se détacher d'une vision épidémiologique qui, en explorant cette question par le biais des « facteurs de risques » qui seraient à l'origine de la situation de rue, « minimise l'humanité des personnes sans domicile ». Parmi les facteurs de risques retrouvés dans la littérature, « les traumatismes de l'enfance », « l'usage de substances », « l'institutionnalisation », ou le « chômage » sont régulièrement mis en causes. Cependant, l'identification de ces facteurs de risques ne permet pas d'expliquer en quoi ils sont à l'origine de la situation de rue. L'articulation de ces différents facteurs est complexe et ne peut se comprendre qu'en lien avec l' « histoire de vie » des personnes et par la compréhension et la reconnaissance de l'existence d'une « culture de la rue » (Somerville, 2013). La culture de la rue, qui inclut les « différents réseaux de soutien sociaux et émotionnels que les personnes sans domicile trouvent dans la rue » (Somerville, 2013), permet en effet de mieux comprendre les cheminements qui mènent à une situation de rue mais également ceux qui permettent d'en sortir.

### 1.1.3. Les politiques publiques de lutte contre le sans abrisme

L'ergothérapie auprès de personnes sans domicile implique une pratique auprès de personnes dont l'accompagnement est tout particulièrement impacté par les changements d'orientation des politiques publiques mises en place en France. De plus en plus d'ergothérapeutes expriment la nécessité de reconnaître l'ergothérapie et l'occupation comme un facteur de transformation sociale et donc l'ergothérapeute comme un « être politique » (Pollard & Sakellariou, 2014 ; Townsend, 1997). En effet l'occupation est avant tout la façon dont nous nous « occupons individuellement et en tant que société » (Townsend, 1997). Or, nous savons que nous n'avons pas tous accès aux mêmes occupations en fonction de différents facteurs constituant la « différence » et créant une dynamique de pouvoir entre différents groupes ainsi qu'une « restriction de participation sociale » (Pollard & Sakellariou, 2014).

« Je ne veux plus, d'ici la fin de l'année avoir des femmes et des hommes dans les rues ». C'était la promesse d'Emmanuel Macron le 27 juillet 2017, lors d'une cérémonie de naturalisation à la préfecture du Loiret. Au-delà des promesses politiques, qu'en est-il de la réalité des politiques mises en place en France pour faciliter l'accès au droit au logement pour tous ?

Historiquement, les politiques françaises de lutte contre le sans-abrisme s'appliquent selon un modèle dit « en escalier ». La personne à la rue doit passer par un certain nombre de dispositifs de logements d'urgence comme des CHU (Centre d'Hébergement d'Urgence), puis des structures orientées vers la réinsertion sociale et/ou professionnelle comme les CHR (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) avant de pouvoir envisager le retour en logement ordinaire. Si le modèle « en escalier » était pensé à l'origine pour permettre à des personnes présentant des parcours de vie complexes sur le plan social et sanitaire de retrouver les ressources nécessaires à la gestion autonome d'un logement, le plus souvent, il se réduit dans les faits à des solutions à court terme maintenant les personnes dans des situations précaires. Actuellement, les politiques visent à s'éloigner d'une gestion de l'urgence sociale dans le but de proposer des solutions à long terme favorisant l'insertion sociale des personnes sans domicile. Dans cette perspective, l'expérimentation « Un chez-soi d'abord » (voir Annexe V), adaptation française du concept « Housing first » développé aux États-Unis dans les années 1990, a vu le jour depuis 2011 à Marseille, Toulouse,

Lille et Paris. Cette expérimentation se fonde sur plusieurs principes parmi lesquels le « droit fondamental au logement » et la « présomption de la capacité à habiter ». En effet, au lieu de s'inscrire dans une perspective exigeant des prérequis à l'accès au logement autonome, le modèle du « Logement d'abord », contrairement au modèle en escalier, n'affiche aucun prérequis comme le sevrage des substances psychoactives ou la stabilisation de l'état de santé. Si le « Logement d'abord » était initialement réservé exclusivement aux personnes sans domicile souffrant de troubles psychiatriques graves, le projet s'étend aujourd'hui à un public plus large comprenant « toutes les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité. » (Gilliot et al., 2021).

## 1.2. Une perspective sociale et occupationnelle sur la situation de rue

### 1.2.1. La désaffiliation : l'état final du processus de marginalisation

L'articulation entre des concepts issus à la fois des sciences sociales et des sciences de l'occupation permet d'apporter un éclairage sur la situation particulière des personnes sans domicile.

Robert Castel, dans *La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation*, propose une classification en zones des catégories de dépendants. Il distingue ainsi trois zones de situations sociales que sont la zone d'intégration, la zone de vulnérabilité et la zone de désaffiliation (Castel, 2011). Cette zone de désaffiliation se caractérise par un double décrochage concernant, d'une part, l'intégration par le travail et, d'autre part, l'inscription relationnelle. Cette condition particulière, à l'intersection entre la faiblesse économique due à l'absence de travail et l'isolement social dû à la rupture des liens familiaux et amicaux, s'applique à la situation des personnes sans domicile dont la moitié se déclare au chômage (Boidin-Dubrulle & Junique, 2018). Le concept de désaffiliation est aujourd'hui utilisé dans la littérature pour poser les bases de la pratique en ergothérapie sociale (Dias Barros et al., 2005 ; Galheigo, 2005).

Si la rupture des liens sociaux est une des caractéristiques de la population des personnes sans domicile (Mota et al., 2019) - puisqu'elle est souvent l'un des éléments à l'origine de la situation de rue -, les personnes sans domicile ne sont pas pour autant

dépourvues de réseau social mais elles l'adaptent à leur situation de vie(Somerville, 2013).

### 1.2.2. L'injustice sociale et ses conséquences sur l'occupation

Le concept de justice occupationnelle, issu des sciences de l'occupation, se fonde avant tout sur le principe de justice sociale dont l'un des éléments fondamentaux est « la reconnaissance du pouvoir d'agir des personnes dans le monde » (Townsend, 1993). Les personnes sans domicile vivent en permanence des situations d'injustices sociales qui les empêchent de s'engager dans des activités signifiantes et de développer de nouveaux rôles sociaux (Fenoy-Garriga et al., 2021).

En tant qu'ergothérapeute, notre rôle est non seulement d'identifier les situations d'injustices sociales menant à l'injustice occupationnelle, mais également de promouvoir par notre action la justice occupationnelle (Hoking et al., 2019). Dans la population des personnes sans domicile, les conséquences de l'injustice sociale se caractérisent plus spécifiquement par une situation d'aliénation occupationnelle définie par le fait d'être forcé de s'engager uniquement dans des activités assurant les besoins vitaux en raison de facteurs sociaux ou environnementaux (Marshall et al., 2018).

L'aliénation occupationnelle n'est pas un état de fait psychologique propre à certaines populations mais bien une « condition sociale d'injustice » (Townsend & Wilcock, 2004). Les facteurs environnementaux et sociaux que subissent les personnes sans domicile les empêchent d'avoir accès à des occupations signifiantes et enrichissantes. La question à laquelle les ergothérapeutes cherchent à répondre en se fondant sur le principe de justice occupationnelle est avant tout de savoir si « la possibilité de choisir des occupations signifiantes est offerte de manière égale à toutes les populations » (Townsend & Wilcock, 2004).

Les concepts de justice sociale et occupationnelle sont les fondements de l'ergothérapie sociale, théorisée au Brésil à la fin des années 1990, pratique qui influence aujourd'hui les ergothérapeutes dans le monde entier (Jouve et al., 2022 ; Malfitano & Lopes, 2018).

### 1.2.3. L'impact de la vie en situation de rue sur les occupations

Pour percevoir la diversité des activités des personnes sans domicile, il importe de se détacher d'une vision « positiviste » de l'occupation, parfois critiquée dans la mesure où elle a tendance à se concentrer uniquement sur les activités « socialement acceptées » (Cunningham & Slade, 2019), en ignorant les activités délétères pour la santé, qui n'en sont pas moins porteuses de sens.

Les occupations des personnes sans domicile sont particulièrement impactées par leur environnement de vie instable et dangereux. Les personnes vivant dans la rue éprouvent un sentiment « d'angoisse et de vigilance quotidienne » (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015) qui influe directement sur l'engagement dans des activités socialisantes, les menant à un isolement social, une méfiance vis-à-vis de l'autre, voire une forme de paranoïa. De plus, la vie dans la rue s'accompagne la plupart du temps d'expériences traumatiques pouvant favoriser le développement d'un syndrome de stress-post-traumatique et conditionnant souvent la future vie logée des personnes sans domicile. La vie en situation de rue rassemblant de nombreux déterminants de la santé qui impactent l'espérance de vie globale des personnes y vivant, les personnes sans domicile expriment souvent des angoisses liées à une mort prématurée, une vie raccourcie et donc une perte d'opportunités (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015 ; Cha, 2013).

Il convient cependant de relativiser la question de la désocialisation et plus largement de l'exclusion sociale qui définit souvent la situation des personnes sans domicile. En effet, si une minorité des personnes sans domicile dorment effectivement dans la rue, la grande majorité d'entre eux disposent de différentes solutions hébergements d'urgence ou plus permanentes et ne vivent pas en rupture complète avec la société : « ils ne se situent pas en dehors de la société mais bien à sa périphérie, tout en maintenant, la plupart du temps, des liens institutionnels, culturels, et relationnels avec la société » (Mawussi, 2021). Par ailleurs, la dimension de « vulnérabilité absolue » associée à l'errance et aux situations de rue est également à nuancer à la lumière de nombreuses situations « choisies et assumées » comme un choix de vie engagée (Mawussi, 2021).

### 1.3. Pratiques de l'ergothérapie

#### 1.3.1. Définition et cadre légal d'intervention

Selon la définition de l'ANFE, l'intervention de l'ergothérapeute vise à « réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, à développer, restaurer et maintenir les rôles sociaux ».

La question de l'accompagnement en ergothérapie de personnes sans domicile soulève naturellement la question du périmètre légitime d'intervention de l'ergothérapeute. Cependant, le changement de paradigme récent au sein du système de santé lié au développement de nouvelles problématiques et le « rapprochement entre l'action sanitaire et l'action sociale » (Morel-Bracq et al., 2023) conduisent à l'émergence de nouvelles formes de pratiques en ergothérapie.

La pratique de l'ergothérapie se fonde sur les concepts développés en sciences de l'occupation, notamment le concept d'occupation intégré dans les modèles. La Fédération Mondiale d'Ergothérapie définit aujourd'hui l'occupation comme : « les activités de vie quotidienne que les gens font en tant qu'individus, en famille, et avec les communautés pour occuper leur temps, et donner un sens et un but à leur vie ». L'autre aspect principal de la pratique de l'ergothérapie est la pratique « centrée sur le client » développée par le psychologue américain Carl Rogers dans les années 1940 et reprise depuis dans différentes professions. La pratique « centrée sur le client » demande au professionnel empathie et « un regard positif inconditionnel sur le client et son système de référence » (Morel-Bracq et al., 2023 ; Beagan et al., 2022).

A noter que le concept d'occupation dans ses différentes composantes fait l'objet d'une réflexion critique dans la mesure où il emprunte exclusivement à une vision occidentale. D'un point de vue purement linguistique, le terme d'occupation prête également souvent à confusion en France, d'autant qu'il est associé à certains mots clés associés qui ne possèdent pas le même sens en anglais et en français (Morel-Bracq et al., 2023 ; Wilcock, 2006). De même, la pratique centrée sur le client ne prend pas pleinement en compte les dynamiques de pouvoir impliquées dans la relation patient-soignant et l'influence du « positionnement social du thérapeute » sur cette dynamique (Beagan et al., 2022).

L'attention portée à l'accompagnement des personnes sans domicile et la nécessité de répondre efficacement à leurs besoins ont favorisé la création d'équipes pluriprofessionnelles intégrant des ergothérapeutes et travaillant dans le domaine de la santé mentale et de l'addictologie. Le développement de ces équipes pluriprofessionnelles a fait émerger la nécessité de définir plus clairement le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes en situation de rue. Ses compétences concernent principalement « l'évaluation de l'indépendance » et « des besoins fonctionnels », « l'élaboration d'objectifs » ou « l'engagement de la personne dans son suivi » (Lloyd & Bassett, 2012). Plus spécifiquement, l'ergothérapeute peut évaluer les capacités d'une personne à vivre en autonomie dans un logement et orienter l'utilisateur en fonction des besoins identifiés. L'ergothérapeute recourt à des entretiens ou des bilans standardisés pour identifier et rétablir les rôles signifiants. L'inclusion de l'ergothérapie dans le suivi de personnes sans domicile permet de développer une approche holistique qui bénéficie aux usagers (Lloyd & Bassett, 2012).

### 1.3.2. La transition occupationnelle vers le logement

Le concept de transition occupationnelle est décrit depuis le début des années 2000, notamment dans le processus de transition de la vie professionnelle à la retraite (Jonsson et al., 2001). S'il est assez intuitif d'imaginer qu'une transformation d'occupation s'effectue en parallèle des transitions de vie, la littérature définit la transition occupationnelle davantage comme « un processus dynamique et intégré dans les transitions de vie ». C'est particulièrement le changement d'environnement engendré par les transitions de vie qui impacte les occupations de la personne, et en particulier ses rôles, c'est-à-dire ce qu'il est « attendu [qu'il fasse] avec son temps ». Typiquement, le cas d'une transition de la vie sans domicile à la vie logée implique de passer du rôle de celui qui « reçoit le soutien des autres » à celui qui « contribue à la société » (Marshall et al., 2018).

Compte tenu de la notion de « culture de la rue » (Somerville, 2013) et du caractère multidimensionnel de la vie sans domicile évoqué précédemment, le processus de sortie de la rue est reconnu comme étant un cheminement extrêmement difficile. En effet, une personne sans domicile ayant développé de nouvelles habitudes de vie en lien avec cette culture de la rue doit « réapprendre comment fonctionner dans une

société logée » (Somerville, 2013). Pour analyser précisément la sortie de la rue, la littérature décrit l'existence du « point de non-retour », c'est-à-dire le sentiment que le seul échappatoire possible consiste à sortir. Selon les auteurs, ce point de non-retour peut aussi bien contribuer à une sortie de la rue qu'engendrer une situation de désespoir pouvant, dans les cas les plus extrêmes, mener à la mort. Les facteurs qui influencent cette trajectoire sont peu connus. Deux facteurs semblent cependant être déterminants : d'une part, « la reconnaissance que quelqu'un hors de la culture de la rue se soucie d'eux » menant les personnes sans domicile à la « soudaine réalisation qu'ils existent et comptent » en dehors de la rue et, d'autre part, la « disponibilité de soutien et de guidance d'un ensemble de personnes en dehors de la culture de la rue » (Somerville, 2013).

Une perspective occupationnelle apporte une nouvelle compréhension de l'impact de l'environnement de vie et des rôles sociaux sur les processus de transition de personnes vivant dans des environnements spécifiques, comme celui de la rue. (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015).

À l'entrée en logement, l'entretien, le rangement et l'hygiène personnelle sont des activités particulièrement valorisées, qui sont le signe de la volonté de la personne de regagner du contrôle sur son espace de vie. En effet, la vie en situation de rue consiste le plus souvent à vivre entre différents lieux instables, inadaptés, souvent surpeuplés et dont l'organisation est indépendante de la volonté de la personne. La volonté de reprendre le contrôle sur leur environnement se traduit parfois chez les personnes sans domicile par une forme obsessionnelle. La gestion du budget est également une activité qui suscite particulièrement l'intérêt voire une forme d'angoisse chez les personnes nouvellement logées. Les personnes devant subvenir aux besoins d'autres membres de leur famille ou de leur entourage ressentent une forme de culpabilité dans le fait d'obtenir la sécurité d'un logement quand leurs proches vivent encore dans la rue. Les personnes sans domicile ont également la volonté de jouer un rôle de modèle, en partageant notamment leur expérience de la rue ou de la consommation. Elles ont également à cœur d'aider les autres à travers l'engagement dans des activités de bénévolat par exemple (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015).

L'angoisse permanente et l'hypervigilance développées par les personnes sans domicile peuvent avoir des répercussions sur la capacité à créer du lien social et même déclencher des formes de paranoïa, autant de difficultés auxquelles l'entrée en

logement ne remédie pas. C'est le fait de se sentir soutenu par les autres usagers et plusieurs professionnels qui permet de se « sentir spécial » et de retrouver une place dans un collectif (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015).

Pour la population des personnes sans domicile fixe, l'attractivité du logement en termes d'occupations s'exprime par différents aspects et notamment par la possibilité de se « réengager socialement en se percevant à nouveau comme membre participant de la communauté » (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). La question de la transformation du rôle social liée à l'entrée en logement est donc un des aspects centraux de la transition de la rue vers le logement (Marshall et al., 2018).

### 1.3.3. Le Modèle de l'Occupation Humaine

La pratique de l'ergothérapie est fondée sur différents modèles conceptuels qui permettent non seulement de soutenir le raisonnement professionnel mais également de construire l'identité professionnelle de l'ergothérapeute, notamment par l'utilisation d'un langage commun. L'accompagnement en ergothérapie de personnes sans domicile fait appel à des compétences spécifiques liées notamment à l'impact de l'environnement sur l'engagement dans des activités signifiantes, au rétablissement des rôles sociaux ou encore à la mise en place de routines. Pour guider cette pratique, les ergothérapeutes se réfèrent au Modèle de l'Occupation Humaine (Lloyd & Bassett, 2012).

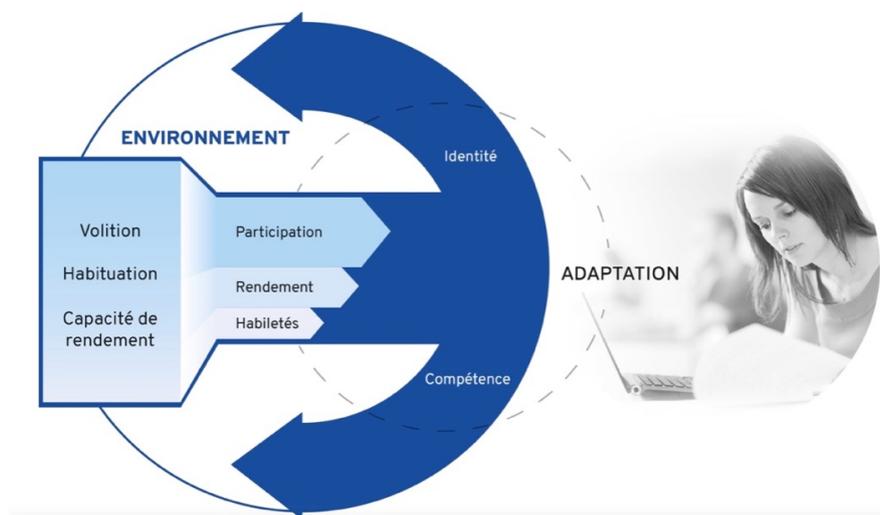


Fig. 2 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (2021)

Le MOH (Modèle de d'Occupation Humaine) est un modèle créé par et pour les ergothérapeutes, développé dans les années 1970 par Gary Kielhofner. Ce modèle est centré sur l'occupation humaine, c'est-à-dire sur l'ensemble des activités productives, de loisirs et de vie quotidienne exercées dans un contexte temporel, physique et socio-économique propre à la personne. Il est également centré sur la personne, ce qui signifie que les valeurs de la personne, son histoire et ses projets sont les composantes principales de l'orientation de l'intervention en ergothérapie.

Ce modèle met l'accent sur la motivation pour l'occupation, sur le développement de comportements occupationnels au sein des routines et des styles de vie, sur la nature des performances et sur l'influence de l'environnement sur le comportement occupationnel.

Le MOH décrit la personne comme un système dynamique constitué lui-même de trois sous-systèmes que sont la volition, l'habituatation et la capacité de rendement (ou performance).

La volition est définie comme un ensemble de dispositions (sentiment d'efficacité, valeurs et intérêts) qui permettent à la personne d'anticiper, de choisir, d'expérimenter et d'interpréter son comportement occupationnel. Ces dispositions sont intimement liées à l'histoire personnelle, à la culture, aux préférences sensorielles ou au tempérament. La notion de volition renvoie naturellement à celle de choix qui se divise en deux catégories distinctes : les choix d'activités et les choix d'occupation. Les choix d'activités se définissent comme des décisions à court terme de participer à ce qui forme l'ensemble des activités d'une journée. Les choix occupationnels concernent des décisions sur le long terme consistant à s'engager dans un rôle occupationnel et dans de nouvelles habitudes de vie en lien avec un projet personnel.

Le terme d'habituatation décrit le phénomène humain consistant à acquérir et à répéter des schémas comportementaux. Par l'habituatation, la personne apprend à agir de manière efficace et automatique dans des environnements familiers. L'habituatation comprend les habitudes de vie et les rôles sociaux intégrés par la personne au cours de sa vie.

La performance recouvre l'ensemble des capacités cognitives et motrices nécessaires à l'occupation. La performance est le résultat de l'interaction entre les systèmes musculosquelettique, neurologique, cardio-pulmonaire résumés comme le système Esprit-Cerveau-Corps (Kielhofner & Forsyth, 1997).

Malgré un système personne divisé en plusieurs sous-systèmes dynamiques qui s'adaptent à l'accompagnement des personnes sans domicile, la littérature pointe toutefois le développement insuffisant de l'interaction avec l'environnement. Cette question est pourtant centrale dans l'accompagnement des personnes sans domicile pour lesquelles l'impact de l'environnement de vie sur les occupations est particulièrement important. En effet, si le MOH explique que la personne n'atteint son plein potentiel occupationnel que si elle exerce une relation pertinente avec son environnement humain et matériel, il ne décrit pas plus spécifiquement ce qu'est une interaction pertinente ni de quelle manière l'environnement influence le développement occupationnel de la personne (Haglund & Kjellberg, 1999).

#### 1.3.4. Les spécificités d'intervention en ergothérapie sociale

L'ergothérapie sociale se définit comme le corpus de connaissances relatives à la prise en soins de personnes manquant d'un réseau social soutenant adéquat (Dias Barros et al., 2005). Elle a pour but d'améliorer la participation sociale des individus ou des groupes désavantagés par leur condition sociale au moment de leur prise en charge. Ce contexte social menant à une injustice occupationnelle est le point de départ de l'intervention en ergothérapie sociale (Malfitano & Lopes, 2018).

L'émergence de la vision sociale de l'ergothérapie est en réalité une réflexion sur la place de l'ergothérapeute dans notre société. La volonté de développer la capacité d'agir de chacun interroge également notre projet de société. Une vision sociale de l'ergothérapie conduit à penser la personne à la fois comme un individu à part entière mais également comme le membre d'une société avec laquelle il interagit différemment selon son niveau socio-économique, son genre ou son orientation sexuelle. Cette approche amène à se détacher d'une vision individualiste de la santé et du bien-être pour se diriger vers des objectifs de changement systémiques et de développement des opportunités. Toutefois, cette vision est difficilement compatible avec le paradigme biomédical orienté vers le diagnostic et le traitement qui, en dépit d'évolutions récente, domine encore le système de santé actuel (Townsend, 1993).

Des exemples de cette pratique fondée sur le principe de justice sociale existent et sont décrits dans la littérature. C'est le cas du projet METUIA développé au Brésil entre

2003 et 2006 auprès d'adultes sans domicile. Ce projet met en avant une pratique orientée vers le collectif, qui s'appuie sur la création d'un « espace permettant de sortir de la pauvreté relationnelle » caractéristique de cette population mais aussi de redonner toute leur dimension humaine aux usagers, une dimension trop souvent ignorée en raison d'un manque de dialogue social, d'une invalidation des connaissances, des histoires et des désirs de ces usagers (Almeida et al., 2011).

En France, l'équipe PRACTS, soutenue par l'EPS Ville-Evrard et l'ARS, développe la pratique de l'ergothérapie sociale en Seine-Saint-Denis et à Paris, en promouvant une pratique dirigée vers la participation sociale et l'accès aux droits des personnes en situation de vulnérabilité sociale, en particulier des personnes demandeuses d'asile. La promotion d'une dynamique collective et participative ainsi que l'inscription de la pratique dans les structures sanitaires, sociales et associatives du territoire fondent le travail de l'équipe PRACTS.

En basant leur pratique sur les concepts de justice sociale et occupationnelle, les ergothérapeutes pratiquant en dehors du champ sanitaire s'éloignent également de l'utilisation des modèles conceptuels. En effet, l'utilisation des modèles soulève deux questions : d'une part, la simplification qu'ils imposent à la vision des occupations ; d'autre part, le manque d'attention portée aux facteurs structurels qui influencent les occupations. « Les modèles conceptuels en ergothérapie ne sont pas adaptés à une pratique visant la transformation sociale » (Irvine-Brown et al., 2022).

La pratique de l'ergothérapie sociale est guidée par la praxis, définie par Paolo Freire comme « l'action et la réflexion des hommes sur le monde pour le transformer » (Freire, 1970 p.79 cité dans Marcel, 2020). La praxis nécessite le développement d'une pensée critique qui manque encore dans la formation des ergothérapeutes « où il est enseigné aux étudiants d'accepter sans questionner des théories comme des vérités » (Irvine-Brown et al., 2022).

L'ergothérapie sociale se développe particulièrement aujourd'hui. De plus en plus de voix internationales se font entendre, comme au Congrès de la WFOT en 2022 avec l'intervention d'Ana Malfitano ; les Assises Nationales de l'ergothérapie de septembre 2024 auront pour thème « transformations sociales et environnementale : repenser les occupations » (voir Annexe VIII ). De plus, dans une déclaration de position datant de 2019, la fédération mondiale des ergothérapeutes rappelle que : « les ergothérapeutes

du monde entier sont tenus de promouvoir les droits occupationnels comme étant l'actualisation des droits de l'Homme. Cette obligation comporte de combattre l'injustice occupationnelle, [...] le déséquilibre, l'exclusion occupationnelle et l'aliénation des occupations. » (Hoking et al., 2019).

## 1.4. La pluriprofessionnalité au service de la participation sociale

### 1.4.1. La pluriprofessionnalité

La pluriprofessionnalité est un processus qui s'inscrit dans le mouvement actuel de réforme et d'évolution du paradigme dans le domaine de la santé, visant à l'amélioration de la qualité du service rendu aux bénéficiaires. Elle repose sur la volonté de se détacher d'une expertise unique pour s'orienter vers le développement d'une expertise collective dirigée vers la personne suivie. Le terme de pluriprofessionnalité désigne « l'hétérogénéité et, en même temps, la possibilité pour cette dernière de devenir, de se produire comme un tout homogène ». Au-delà de l'expertise professionnelle des soignants et des travailleurs sociaux, la pluriprofessionnalité induit également la reconnaissance d'une expertise spécifique du patient. « L'utilisateur, le bénéficiaire, le client, le patient deviennent la clé de voûte d'un système devant répondre non seulement à ses attentes, ses besoins, mais aussi devant se mettre en conformité avec ses nouveaux droits (accès au dossier médical individuel, par exemple » (Hatano-Chalvidan, 2020). La pluriprofessionnalité, si elle ne signifie pas la création d'une « nouvelle entité », comme l'interprofessionnalité, repose néanmoins sur une « interaction (soit polarisée autour d'un individu, soit plus diffuse entre l'ensemble des participants/métiers » (Guérin, 2020).

La Haute autorité de santé a défini le travail en équipe pluriprofessionnelle selon les quatre dimensions pratiques suivantes :

- les réunions de concertation pluriprofessionnelles qui, pour être efficaces, doivent être organisées autour de thématiques explicitées en amont pouvant porter sur un suivi particulier ou l'amélioration des pratiques professionnelles au sein de l'équipe en s'appuyant sur des références de la littérature ;
- les protocoles pluriprofessionnels qui décrivent l'organisation optimale du suivi en précisant les rôles de chacun des membres de l'équipe ;

- la coordination avec les autres acteurs du territoire qui se caractérise par l'accessibilité pour les membres de l'équipe aux ressources présentes sur le territoire permettant d'éviter des ruptures de parcours , et par l'harmonisation des pratiques ;
- et la dynamique d'équipe qui se traduit par une analyse régulière des besoins, attentes et satisfaction de l'équipe et de la mise en œuvre de moyens permettant d'atteindre cette satisfaction (HAS, 2014).

#### 1.4.2. La pluriprofessionnalité dans le suivi des personnes sans domicile

La prise en charge médico-sociale des personnes sans domicile vise de multiples objectifs comme l'autonomisation sociale et sanitaire des usagers. Ces objectifs exigent nécessairement l'intervention d'une équipe pluriprofessionnelle. La coordination et la complémentarité des professionnels constituent une dimension essentielle dans la prise en charge des personnes en situation de grande vulnérabilité sociale. Le secteur d'intervention médico-social auprès des personnes sans domicile est composé de nombreuses professions chacune à la tête de missions très différentes, parfois difficiles à concilier, et ce malgré des objectifs communs « d'hébergement, d'accompagnement, de soin et de réinsertion de personnes accueillies. » Ces difficultés de coordination des différents secteurs d'intervention s'expliquent par le fait que chaque profession et même chaque professionnel s'inscrivent dans un « univers symbolique d'intervention » qui lui est propre en fonction de sa formation mais aussi en fonction de ses expériences professionnelles et personnelles (Besozzi, 2022).

Cependant, les recommandations de bonnes pratiques auprès des publics socialement vulnérables rencontrés dans les LHSS (Lit Halte Soins Santé), LAM (Lits d'Accueil Médicalisé) et ACT (Appartement de Coordination Thérapeutique) et ACT « un chez-soi d'abord » de l'HAS pointent comme dimension essentielle l'intervention en « équipe plurielle s'appuyant sur des travailleurs pairs » visant la délivrance d'un suivi au plus près des besoins des usagers de ces services (HAS, 2020).

Effectuer ici un compte rendu exhaustif de l'ensemble des structures sociales et associations qui entourent quotidiennement les personnes en situation de précarité serait impossible en raison de la diversité de services rendus qui caractérise ces structures. En s'appuyant sur l'outil du Soliguide (voir Annexe IX), guide en ligne regroupant l'ensemble des ressources à disposition des personnes dans le besoin, il est cependant possible de rendre compte de cette diversité en l'illustrant par des exemples. Le Soliguide regroupe douze catégories de services qui vont de l'accueil à l'hébergement en passant par le conseil et qui peuvent se retrouver dans une large gamme de structures. Par exemple, les ESI (Espace Solidarité Insertion) aussi appelés Accueils de jour sont des structures assurant un accueil inconditionnel à la journée et proposant un certain nombre de services différents selon les structures. La plupart proposent un accès aux services de première nécessité comme des sanitaires (douches et toilettes), un espace laverie, une distribution de boissons chaudes ou froides et des services spécifiques comme des permanences juridiques et de santé, des conseils logement/hébergement, des prises de rendez-vous avec des travailleurs sociaux ou des activités organisées. Ces lieux d'accueil inconditionnels peuvent cependant avoir certaines spécificités comme l'accueil des femmes seules avec enfants ou des femmes victimes de violences. Dans la catégorie attachée à l'hébergement, les Centres d'Hébergement d'Urgence proposent une mise à l'abri pour une courte durée tandis que les CHRS proposent un hébergement de plus long terme avec un suivi par une équipe pluriprofessionnelle orienté vers la réinsertion socio-professionnelle et le logement (Michalot, 2010; *Soliguide, le guide de la solidarité en ligne*, 2023).

Au sein du système de santé, les EMPP (Équipe Mobile Psychiatrie Précarité) sont rattachées à des centres hospitaliers ou des services de psychiatrie. Créées en 1990 et pérennisées en 2005, les EMPP sont spécialisées dans l'accès aux soins en santé mentale et en psychiatrie des personnes en situation de précarité et d'exclusion (voir Annexe VI). La pratique des EMPP n'est pas harmonisée au niveau national ni même régional puisqu'elle s'attache à s'adapter au contexte local et à la diversité des populations rencontrées. Cependant, les équipes des EMPP sont généralement composées de psychiatres, d'infirmiers diplômés d'État, de psychologues et de professionnels socio-éducatifs (Pasticier, 2020 ; Einhorn & Tremblay, 2021).

### 1.4.3. Ergothérapie et pluriprofessionnalité

L'organisation officielle des services médico-sociaux distingue deux pôles d'interventions que sont le pôle social et le pôle santé. Si elle définit ainsi les missions de chacun, dans la réalité, les professionnels se cantonnent rarement aux tâches prescrites, en raison des univers symboliques différents auxquels ils se rattachent. Selon Besozzi, lors de ses observations au sein d'un LHSS, l'ergothérapeute fait partie des professionnels « hybridant l'univers symbolique médical et social ». Bien qu'étant rattaché officiellement au pôle santé, l'ergothérapeute est en effet amené à participer aux « moments de vie collective ». Pour lui, « la mission de l'ergothérapeute suppose cette articulation entre la relation d'aide et de soin » (Besozzi, 2022).

Dans le débat actuel sur l'organisation des services dans le domaine de la santé, des services sociaux et de l'éducation, de plus en plus de politiques recommandent les actions conjointes de professionnels mais également la construction d'espaces communs d'échanges à travers la constitution d'un « réseau social de soutien » entre les différents secteurs d'accompagnement s'adressant tout particulièrement aux personnes socialement vulnérables. En effet, les réseaux de soutien sociaux permettent de regagner « un meilleur contrôle sur sa vie, en particulier pour les personnes pauvres, qui montrent une ambivalence dans l'organisation de leurs actions » (HAS, 2020). En ergothérapie, le renforcement ou la construction d'un réseau social sont donc utilisés comme une ressource pour favoriser l'autonomie et la participation sociale des personnes en situation de vulnérabilité et comme un outil pour améliorer l'efficacité des actions des professionnels (Avelar & Malfitano, 2022).

## 2. Méthodologie

Après avoir construit le cadre théorique de cette recherche, l'objectif de l'enquête sera donc de vérifier l'hypothèse suivante : l'ergothérapeute contribue à faciliter l'accès des personnes sans domicile à des activités significatives et à de nouveaux rôles sociaux favorisant la transition occupationnelle vers le logement.

### 2.1. Population d'intérêt

Pour apporter des éléments d'analyse pertinents à ce travail de recherche, quatre entretiens ont été menés avec des ergothérapeutes diplômés d'État accompagnant des personnes sans domicile ou en situation de grande vulnérabilité sociale. Le fait d'interroger plusieurs ergothérapeutes différents nous offrira l'opportunité d'avoir une vision sur une variété de pratiques afin d'en analyser les éventuelles similitudes ou différences. Pour donner à voir l'hétérogénéité de pratiques évoquée dans le cadre conceptuel, les ergothérapeutes interrogés exercent dans des structures diverses allant des structures sanitaires aux structures associatives.

### 2.2. Choix de l'outil d'enquête

Le choix de l'outil d'enquête s'est porté sur l'entretien semi-directif afin d'apporter les éléments d'analyse qualitatifs adaptés à notre question de recherche. L'utilisation d'un outil qualitatif permettra d'obtenir des réponses riches et nuancées et « d'analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique [...] » (Van Campenhoudt et al., 2017).

En effet, la pratique en ergothérapie auprès de personnes sans domicile étant encore novatrice en France, l'utilisation d'un outil d'enquête quantitatif comme un questionnaire, qui « intervient dans un processus de production de données chiffrées destinées à mesurer et/ou à comprendre un phénomène social » (Van Campenhoudt et al., 2017), n'était pas adapté.

Ces entretiens nous permettront d'aborder une perspective nouvelle tout en empruntant de nouvelles pistes de recherche grâce au regard de professionnels sur le thème de notre recherche.

### 2.3. Modalités de passation

Un guide d'entretien composé uniquement de questions ouvertes a été établi (voir Annexe III), ce qui offrira à la personne interrogée la possibilité de s'exprimer le plus librement possible tout en nous permettant de recentrer l'entretien sur l'hypothèse formulée. Ce guide d'entretien contribuera également à guider l'analyse catégorielle des résultats. Toutes les personnes participant aux entretiens auront préalablement rempli le formulaire de recueil du consentement (Annexe II) décrivant l'ensemble des modalités de passation et de stockage des données.

### 2.4. Modalités d'analyse des résultats :

L'ensemble des données recueillies a été retranscrit selon la méthode de retranscription reformulée, qui supprime les répétitions, les erreurs de langue ou les remarques annexes mais sans modifier les termes employés. Après cette retranscription, une analyse catégorielle des résultats obtenus en lien avec l'élaboration du cadre conceptuel sera menée. Cette méthode d'analyse permettra d'observer « les fréquences d'apparition de certaines caractéristiques » et ainsi, d'en déduire l'importance (Marquet et al., 2022).

Le guide d'entretien comporte trois catégories correspondant à des thèmes de questions :

- pratiques de l'ergothérapie auprès de personnes sans domicile ;
- transition occupationnelle vers le logement ;
- place et le rôle de l'ergothérapeute dans une équipe pluriprofessionnelle.

Afin de respecter l'anonymat des personnes qui ont accepté de prendre part à cette enquête, chaque professionnel sera nommé avec la première lettre de son métier et le chiffre correspondant à l'ordre dans lequel les entretiens ont été menés. Par exemple : E1 signifie que l'information relevée provient du premier entretien mené avec un ergothérapeute.

Concernant les parties consacrées à la présentation, l'analyse et la discussion des résultats, toutes les ergothérapeutes interrogées seront systématiquement genrées au féminin, même s'il s'agit d'hommes, dans un souci de représentativité de la pratique de l'ergothérapie en France. En effet, la population d'ergothérapeutes en France étant

composée à 87% de femmes (ANFE, 2021), ce choix ne risque pas de compromettre l'anonymat des personnes interrogées.

### 3. Présentation et analyse des résultats

#### Le profil de la population d'enquête

Professionnelles interrogées	Composition de l'équipe	Lieu d'exercice	Période d'exercice	Diplômées depuis
E1	Éducateur spécialisé Infirmier	CAARUD <sup>1</sup> porté par une association	2018 à 2021	2018
E2	Psychologue Infirmier Médecin psychiatre	EMPP <sup>2</sup>	Octobre 2022 à aujourd'hui	2016
E3	Psychologue Infirmier Médecin psychiatre	EMPP	2020 à 2022	2012
E4	Ergothérapeutes Éducateurs spécialisés Maîtres socio-professionnels ASE (assistant socio-éducatifs)	Association suisse d'ergothérapie sociale et communautaire	Janvier 2021 à aujourd'hui	2019

*Tableau 1 : présentation des profils des professionnelles interrogées*

Nous pouvons tout d'abord observer que la totalité des ergothérapeutes interrogées ont été diplômées au cours de la dernière décennie, ce qui semble confirmer l'évolution récente des pratiques dans le suivi des personnes sans domicile. Cette évolution des pratiques semble se concrétiser par un intérêt croissant de la part des ergothérapeutes nouvellement diplômées. Nous pouvons également observer que les ergothérapeutes interrogées s'intègrent dans différentes structures et des équipes composées de professionnels variés. Les ergothérapeutes exerçant en EMPP travaillent uniquement avec des professionnels de santé tandis que les ergothérapeutes exerçant dans des structures associatives travaillent avec des professionnels rattachés au pôle social comme les éducateurs.

<sup>1</sup> Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

<sup>2</sup> Équipe Mobile Psychiatrie Précarité

## Thèmes principaux et sous-thèmes

<b>Pratiques de l'ergothérapie</b>	<b>Transition occupationnelle vers le logement</b>	<b>Pluriprofessionnalité et ergothérapie</b>
Type d'approche	Définition	Point de vue de l'ergothérapeute sur ses spécificités d'accompagnement
Objectifs	Difficultés rencontrées par les personnes	Point de vue de l'ergothérapeute sur les spécificités d'accompagnement des autres professionnels de son équipe
Moyens	Actions mises en œuvre	

*Tableau II : présentation des thèmes principaux et des sous-thèmes des entretiens*

Ce tableau présente l'ensemble des thèmes et sous-thèmes qui ont été abordés au cours des différents entretiens et qui guideront l'analyse des résultats obtenus.

## Thème 1 : pratiques de l'ergothérapie

	Type d'approche	Objectifs	Moyens
E1	<p>« J'ai d'abord vu le côté d'orientation vers la santé. C'est au fur et à mesure des trois ans où j'y étais où j'ai plus vu l'entrée par le social que par le médical. »</p> <p>Utilisation d'un modèle conceptuel : D'abord le modèle KAWA puis plus de modèle</p>	<p>« Avoir accès au maximum à notre public »</p> <p>« Entrer dans le cercle social »</p> <p>« Certaines personnes venaient sur nos lieux de permanences pour se reposer, échanger, faire une orientation autre ou un dépistage »</p> <p>« Réassurance »</p> <p>« Redonner une valeur à leur parole et à leur expertise en tant que consommateurs de produits et à la rue »</p>	<p>Distribution de matériel</p> <p>Appels téléphoniques</p> <p>Applications de rencontre</p> <p>Maraudes sur le département</p> <p>Permanences</p> <p><b>Partenariat</b> avec un CSAPA<sup>3</sup></p>
E2	<p>« On travaille beaucoup plus avec le social, quasiment tous nos partenaires sont des partenaires sociaux. On reste une structure de soins, donc une structure sanitaire et on fait du sanitaire. »</p> <p>Utilisation d'un modèle conceptuel : MOH et son outil l'OSA</p>	<p>« Développement de l'autonomie et de la socialisation, intégration, lutte contre le traumatisme »</p> <p>« Orientation dans les projets de logement, ou de reprise professionnelle »</p> <p>« La prise de plaisir et le fait de pouvoir se poser face à des gens qui sont tout le temps en mouvement et dans l'angoisse du lendemain. »</p>	<p>« Aller vers »</p> <p>« Médiations de groupe »</p> <p>Bilans d'autonomie et diagnostic à destination des partenaires sociaux</p> <p>« Accompagner vers des associations »</p> <p><b>Partenariats</b> avec des centres d'accueil de jour, centres d'hébergement et le dispositif « Un chez-soi d'abord »</p>
E3	<p>« C'est une approche qui est à l'entre-deux parce qu'on est à la fois dans le social et le médical »</p> <p>Utilisation d'un modèle conceptuel : MOH « il avait un panel d'outils intéressants notamment au niveau de l'auto-évaluation ».</p>	<p>« Un des objectifs principaux était vraiment de revaloriser et de booster l'estime de soi de ces personnes qui sont très abîmées »</p> <p>Développer la socialisation</p> <p>Accompagner des projets de logement</p>	<p>Activités de groupe</p> <p>Accompagnement vers des associations</p> <p>Bilans d'autonomie sous forme de mises en situations</p> <p><b>Partenariats</b> avec un CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) et un restaurant associatif</p>

<sup>3</sup> Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

E4	<p>« On se base sur l'idée d'une ergothérapie sociale et communautaire, c'est-à-dire une ergothérapie qui n'est pas que médicale mais qui a son sens dans la réinsertion sociale »</p> <p>Utilisation d'un modèle conceptuel : non</p>	<p>« L'inclusion sociale » Soutenir l'appropriation d'un espace « Aider à accéder à l'activité »</p>	<p>« On ramène les gens à des choses qui ne sont pas de la survie » « En aidant les personnes dans un milieu protégé à reprendre conscience de leur valeur et de leurs compétences » « Chacun amène sa pierre et les activités sont dépendantes des personnes présentes, en fonction de ce qu'elles ont envie de faire » « Des activités qui permettent de donner du sens à la vie de se sentir un peu chez soi, de redonner confiance en soi, partager sa culture etc... »</p> <p><b>Partenariats</b> avec -l'unité d'addictologie, -l'EVAM (établissement vaudois d'accueil des migrants) : structure d'orientation vers le logement des migrants à leur arrivée -l'hôpital</p>

Tableau III : résultats obtenus dans le thème 1

Nous observons dans cette première thématique de nombreuses similitudes tant dans les objectifs que dans les moyens mis en œuvre dans la pratique des différentes ergothérapeutes interrogées. Il est cependant intéressant d'observer que les deux ergothérapeutes décrivant leur pratique dans le même service n'apportent pas exactement la même perspective sur leur pratique alors même qu'elles travaillent au sein d'un même service : l'ergothérapeute 2 revendique davantage une approche sanitaire alors que l'ergothérapeute 3 explique une position à l'interface du social et de la santé.

Une importance primordiale est accordée à la valorisation des compétences et à l'estime de soi, citées comme des objectifs à part entière de l'accompagnement ou comme un moyen, comme l'explique l'ergothérapeute 3. Selon elle, la valorisation des compétences est particulièrement présente dans l'accompagnement de personnes n'ayant pas de troubles psychiatriques diagnostiqués : « Quand on a aucune estime de soi, c'est compliqué d'être autonome, de prendre des initiatives, de faire des choix etc... on voit beaucoup de formes d'auto-sabotage ». Selon elle, l'absence d'estime de soi constitue un obstacle dans le développement d'un projet de vie comme celui d'un logement.

Concernant l'utilisation de modèles conceptuels, les ergothérapeutes 2 et 3 s'appuient sur l'utilisation du MOH<sup>4</sup> et de ses outils, en particulier l'OSA (Occupational Self Assessment), un questionnaire d'auto-évaluation de la compétence occupationnelle, qui, par sa dimension d'auto-évaluation, s'inscrit dans la volonté des ergothérapeutes de placer l'expérience vécue et le ressenti des personnes accompagnées au cœur de leur suivi.

Tous les ergothérapeutes soulignent l'importance du travail avec des partenariats extérieurs à leur structure d'exercice. Ces partenariats jouent un rôle à la fois dans l'accès à la population à travers des permanences dans des structures d'accueil de jour ou d'hébergement, mais également dans l'accès à des activités ou aux soins. L'ergothérapeute 3 précise également que tous les partenariats associatif et sociaux inscrivent la pratique dans une dimension territoriale, qu'elle décrit comme essentielle dans le suivi de cette population : « l'EMPP, c'était très ouvert sur l'extérieur et sur les structures du sociales et les associations locales. C'était beaucoup plus ancré dans la ville. », « La plupart des personnes vivaient dans la rue ou dans des hébergements d'urgence, donc forcément, on était obligés d'être dehors. » Nous retrouvons cet aspect dans les propos de l'ergothérapeute 1 qui le lien entre valorisation des compétences et connaissance du territoire et des réseaux de services : « on a fini par trouver la personne qui avait le réseau tout autour et qui a eu suffisamment confiance en nous pour nous partager ce réseau-là. » Les usagers sont en effet ceux qui connaissent le mieux non seulement le réseau social qui les entoure, et auquel nous n'avons pas forcément accès en tant que professionnels, mais aussi le réseau

---

<sup>4</sup> Modèle de l'Occupation Humaine

associatif, qui peut leur apporter des solutions pour subvenir à leurs besoins de première nécessité.

Enfin, toutes les ergothérapeutes confèrent à leur pratique une dimension collective qui, cependant, ne présente pas toujours les mêmes modalités ni les mêmes objectifs. Les ergothérapeutes 2 et 3 mettent en avant l'utilisation de propositions d'activités de groupe, c'est-à-dire de formation d'un collectif autour d'une activité précise comme « un groupe pâtisserie » ou « un groupe pétanque » (E3). Ces propositions poursuivent différents objectifs : renvoyer à des sensations et des souvenirs agréables, valoriser les personnes dans leur création, favoriser la rencontre avec de nouvelles personnes et, par conséquent, le processus de socialisation. Dans le cas de l'ergothérapeute 1, la dimension collective se situe davantage dans un objectif d'accès à la population, dans le fait de privilégier la présence au moment des repas, par exemple pour favoriser la visibilité de l'équipe : « On s'est rendu compte au cours de nos différentes maraudes à différents horaires qu'il y avait une période la plus propice, où ils faisaient une pause du midi, qui était propice aux échanges collectifs. Enfin, pour l'ergothérapeute 4, le collectif est au cœur de sa pratique, elle explique notamment que « chacun amène sa pierre et les activités sont dépendantes des personnes présentes en fonction de ce qu'elles ont envie de faire. Quelques activités sont organisées mais la plupart se mettent en place de manière spontanée. ». Soucieux de valoriser les compétences des usagers, les professionnels ont à cœur d'être sur un pied d'égalité avec eux.

## Thème 2 : transition occupationnelle vers le logement

	Définition	Difficultés rencontrées par les personnes	Actions mises en œuvre
E1	« Fait d'adapter ses activités à un changement d'environnement »	<p>Principales étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation</li> <li>- Entrée</li> <li>- Transfert et adaptation des habitudes de vie</li> </ul> <p>Question de la rupture ou du maintien du lien avec le réseau social construit dans la rue :</p> <p>« Crainte de ne pas réussir à garder l'appartement ou de perdre le réseau qu'il avait constitué et de se retrouver tout seul. »</p>	<p>Soutien moral par l'échange, maintien du lien avec la personne tout au long de son parcours.</p> <p>« Comme nous connaissions ses habitudes de vie, nous lui demandions régulièrement de ses nouvelles et [et lui posions des questions sur] ses habitudes de consommation notamment. »</p>
E2	« Adapter ses occupations à un nouvel environnement de vie »	<p>« [à l'entrée en logement] Ils ont perdu leurs repères et leurs routines de vie »</p> <p>« Les actes de la vie quotidienne comme la gestion des finances et de l'administratif »</p> <p>« Du jour au lendemain, se retrouver seul, c'est extrêmement angoissant »</p> <p>« Ils ne se sentent pas toujours chez eux »</p>	<p>« Notre travail c'est de s'assurer qu'elle est prête et qu'elle a un réseau soutenant, très soutenant. »</p> <p>Bilans et recommandations en amont de l'entrée en logement comme des dispositifs de curatelles ou de portages de repas</p>
E3	« Changer ses habitudes de vie en fonction d'un changement d'environnement »	<p>« Difficultés de gestion du budget qui est limité »</p> <p>« Beaucoup de soucis liés à l'hygiène, c'est-à-dire, comment on entretient et on maintient son environnement propre. »</p>	<p>Travail sur l'estime de soi dans le but développer l'autonomie des personnes, faciliter les prises d'initiatives et de décisions, lutter contre les processus d'auto-sabotage</p>
E4	« Devoir reconstruire son équilibre quand il y a un changement d'environnement de vie »	<p>« La difficulté à se sentir chez soi, à s'approprier un espace et une culture »</p> <p>« Vivre sans savoir où on va être demain, c'est très compliqué et c'est une angoisse qui met beaucoup de temps à disparaître »</p> <p>« Le rythme administratif est très complexe et n'est pas adapté aux personnes »</p>	<p>Accompagner l'appropriation d'un nouvel espace</p> <p>« Rencontrer des personnes qui peut-être vivent les mêmes problèmes qu'eux, donc il y a une espèce d'expérience par les pairs qui se propage. On les écoute et on leur donne des conseils »</p>

*Tableau IV : résultats obtenus dans le thème 2*

Concernant la transition occupationnelle, l'ensemble des ergothérapeutes partagent une conception similaire de la notion en évoquant tous la dimension de l'environnement de vie comme la principale dimension de cette transition occupationnelle vers le logement.

Toutes les ergothérapeutes interrogées s'accordent sur l'importance particulière du réseau social dans le soutien de la transition occupationnelle. Ce dernier peut être considéré comme un frein, à l'origine de craintes quant au maintien à long terme du logement pour les usagers, mais il peut aussi être un moyen d'action de l'ergothérapeute par le soutien moral et le partage d'expériences qu'il peut apporter. La notion de réseau social se retrouve dans les deux premières thématiques, ce qui semble confirmer son importance dans la pratique des ergothérapeutes interrogées.

Les ergothérapeutes 2 et 3 évoquent un suivi individuel en amont de la transition vers le logement, grâce à l'utilisation de bilans ou de diagnostics servant à l'orientation des usagers vers des logements adaptés à leurs besoins. Ces suivis se poursuivent parfois avec des interventions au domicile, souvent dans les centres d'hébergement avant l'entrée en logement. A propos de ces bilans, l'ergothérapeute 3 précise qu'ils étaient de « très gros bilans d'autonomie qui prenaient une bonne demi-journée, on évaluait [l'utilisation des] transports en commun, [la capacité à] aller faire des courses, se faire un repas ... ».

L'accompagnement des ergothérapeutes 1 et 4 se situe plus à distance puisque le domicile ne fait pas partie de leurs lieux d'action. Pour l'ergothérapeute 1, le suivi de cette transition se faisait davantage par le maintien du lien et par la prise de nouvelles régulières qui permettaient de suivre le cheminement de la personne tout en lui offrant la possibilité de parler de ses difficultés : « On travaillait avec lui en lui demandant ce qu'il s'imaginait, ce qui lui faisait peur ». Pour l'ergothérapeute 4, le fait d'accompagner dans son atelier l'appropriation d'un nouvel espace par les usagers contribuait à faciliter le changement de logement : « on aide les gens à se réapproprier un chez soi en aidant les gens à la décoration par exemple ».

Thème 3 : pluriprofessionnalité et ergothérapie

	Point de vue de l'ergothérapeute sur ses spécificités d'accompagnement	Point de vue de l'ergothérapeute sur les spécificités d'accompagnement des autres professionnels de son équipe
E1	« Le questionnaire sur le quotidien » « Diversification des activités et du réseau social »	Infirmier : « une approche centrée sur le corps » Éducateur spécialisé : « Maintien du cadre, horaires à respecter »
E2	« Connaissance du réseau associatif » « Proposition de groupes » « Pratique dirigée vers le lien social et l'occupation »	Psychologue : « orienté sur l'entretien individuel, la psychothérapie » Infirmier : « coordination des soins et soutien par l'entretien individuel »
E3	« Pratique basée sur l'activité »	Infirmier : « entretiens individuels et accompagnement dans les démarches de soins » Psychologue : « orienté sur le soutien par l'entretien individuel »
E4	« Vision holistique de la personne » « Analyse de l'activité qui permet de cerner le besoin de la personne » « On fait avec ce qu'est la personne et on ne cherche pas à correspondre à une norme »	Éducateurs spécialisés : « travaillent par rapport à une norme et sont formés pour « apprendre à » et « faire à la place de »

Tableau V : résultats obtenus dans le thème 3

Nous retrouvons, là encore, chez les ergothérapeutes 3 et 4 les mots clés de « réseau social », de « lien social » et d' « activité » qui sont considérés comme des spécificités de l'accompagnement en ergothérapie. Nous remarquons également que lorsque les ergothérapeutes sont interrogées au sujet des spécificités de l'accompagnement par les autres membres de leur équipe, les ergothérapeutes 1, 2 et 3 insistent sur l'orientation individuelle de leur pratique, ce qui montre une dimension collective plus développée dans la représentation que les ergothérapeutes ont de leur pratique par rapport à celle des autres professionnels.

## 4. Discussion

L'hypothèse émise selon laquelle l'ergothérapeute contribue à faciliter l'accès des personnes sans domicile à des activités significatives et à de nouveaux rôles sociaux favorisant la transition occupationnelle vers le logement a non seulement été validée, mais elle a aussi été approfondie au cours de cette enquête.

### 4.1. L'influence de l'environnement de travail sur les pratiques

Au-delà des thématiques principales ayant guidé l'analyse des résultats, l'enquête a permis de mettre en lumière la corrélation entre le profil des professionnelles interrogées et les spécificités de leur pratique. Parmi les quatre ergothérapeutes interrogées, deux ont présenté leur pratique au sein d'une structure de soins rattachée à un centre hospitalier (EMPP) et deux autres ont présenté leur pratique dans des structures associatives. Nous pouvons remarquer que l'impact de leur environnement de travail sur leur pratique n'est pas négligeable. En effet, les deux ergothérapeutes travaillant dans des EMPP évoquent toutes les deux des axes de travail dirigés vers un soutien individuel au moyen de bilans et de diagnostics qui montre l'influence du paradigme biomédical sur leur pratique. Ces deux ergothérapeutes expliquent également fonder leur pratique sur le Modèle de l'Occupation Humaine et ses outils d'évaluation, comme observé dans la littérature (Lloyd & Bassett, 2012), sans cependant justifier précisément cette utilisation, hormis par le fait qu'elles ont suivi une formation qui leur a permis de mieux connaître les concepts associés au modèle et d'avoir accès à ses outils. Ces dimensions ne sont pas retrouvées chez les deux autres ergothérapeutes travaillant dans des structures associatives. De plus, si leur pratique est influencée par leur contexte de travail, c'est aussi parce que les populations accueillies et les missions des structures ne sont pas les mêmes. En effet, les personnes suivies par l'ergothérapeute 1 semblent celles qui sont le plus éloignées des institutions. Il s'agit presque exclusivement de personnes qui vivent dans des squats ou en tentes, qui montrent une grande méfiance envers le système de santé en raison souvent de mauvaises expériences. Les missions de prévention des risques du CAARUD ont parfois tendance à pousser naturellement les professionnels y exerçant dans un contexte associé à la santé à ignorer une entrée sociale possible. Dans les EMPP, la majorité des personnes accompagnées sont signalées par les professionnels des structures partenaires pour des troubles psychiques. En effet, le

rôle de l'EMPP est avant tout d'assurer l'accès aux soins, même si les EMPP sont amenées à suivre des personnes sur le long cours et donc parfois à accompagner l'entrée en logement. Enfin, le contexte d'accueil social inconditionnel, qui caractérise l'association suisse où travaille l'ergothérapeute 4, rend possible la pratique d'une ergothérapie fondée sur les notions de justice sociale et occupationnelle en dehors des notions de santé ou de maladie.

#### 4.2. Des fondements de l'ergothérapie sociale

Malgré l'influence évidente de l'environnement de travail sur les pratiques des ergothérapeutes interrogées, certains concepts se retrouvent dans la pratique des quatre ergothérapeutes interrogées. Parmi ces notions, l'inscription territoriale et l'orientation collective, dimensions fondatrices de la pratique de l'ergothérapie sociale (Avelar & Malfitano, 2022 ; Almeida et al., 2011), sont retrouvées dans le discours de toutes les ergothérapeutes. Concernant les partenariats présentés, l'ergothérapeute 3 a insisté sur un partenariat formé avec un restaurant solidaire « qui prenait des bénévoles en cuisine ou au service ». Cette expérience montre que le rôle des partenariats se trouve aussi dans l'accès aux activités et dans le développement des rôles sociaux des usagers. L'ergothérapeute 4 ajoute à la notion d'ergothérapie sociale une dimension communautaire qu'elle explique par le fait que « les gens sont valorisés par leurs compétences et pas par leur poste ou leur statut » ; « les gens ont pris en charge la gestion du lieu et se responsabilisent, s'aident et se transmettent des compétences ». Les notions d'ergothérapie sociale et d'ergothérapie communautaire sont régulièrement associées dans la littérature puisqu'elles se fondent sur les mêmes principes fondateurs de justice sociale et occupationnelle (Jouve et al., 2022).

#### 4.3. L'impact des situations de vie sur la transition occupationnelle

Les ergothérapeutes 2 ; 3 et 4 ont également abordé la manière dont les spécificités individuelles liées à l'histoire de vie peuvent influencer le suivi des projets d'entrée en logement. Elles font une distinction entre les personnes en situation de migration qui obtiennent leur statut et les personnes ayant « un passage de rue et décentralisées des dispositifs généraux » (E2). Selon les ergothérapeutes 2 et 3, cet accompagnement peut se révéler plus « facile » quand il concerne des migrants car

l'entrée en logement fait partie d'un projet de vie qui, souvent, est plus clairement établi que chez les autres profils rencontrés. L'ergothérapeute 4 précise cependant que les personnes en situation de migration sont particulièrement sensibles à ces transitions occupationnelles en raison de la privation d'activités et de la temporalité administrative qu'elles subissent : « C'est là que c'est difficile parce qu'ils n'ont pas d'activités, ils n'ont pas les connaissances, le réseau pour avoir des loisirs. L'atelier, c'est un premier pas vers une vie un peu normale. »

Ces remarques rappellent l'importance de la prise en compte de la diversité des besoins et des ressources des personnes sans domicile en fonction de leurs parcours de vie (Fenoy-Garriga et al., 2021).

Nous pouvons également remarquer que certaines difficultés occupationnelles énoncées par les ergothérapeutes interrogées ne se retrouvent pas de la même manière dans la littérature, en particulier le rapport à l'hygiène et à l'entretien du domicile, qui se traduit davantage par des situations d'incuries dans les discours des ergothérapeutes 2 et 3 plutôt qu'à un rapport obsessionnel à la propreté et au rangement, comme décrit dans la littérature (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015). En revanche, la gestion du budget apparaît toujours comme l'une des principales difficultés associées à la vie en logement.

#### 4.4. Pluriprofessionnalité et ergothérapie

Toutes les ergothérapeutes interrogées travaillent au sein d'équipes pluriprofessionnelles variées et leur pratique en est fortement influencée. A la question lui demandant de définir ses missions, l'ergothérapeute 2 a proposé naturellement de les définir par rapport aux missions de ses collègues. Si la question de la pluriprofessionnalité a d'abord été envisagée simplement à l'échelle de l'équipe et de la diversité des professionnels qui la composent, cette enquête a montré que la pluriprofessionnalité s'étend en réalité au-delà des frontières de l'équipe, à travers les partenariats établis entre les différentes structures du territoire. En effet, l'ergothérapeute 2 explique notamment que l'accompagnement de projets de logement est avant tout une « demande sociale en premier abord », « c'est quand ils sont en CHRS<sup>5</sup> qu'on fait appel à moi. C'est rare que la demande vienne directement de la rue

---

<sup>5</sup> Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale

[...] ». La nécessité de coordination des pratiques dépasse donc le cadre de l'équipe, mais s'étend à l'ensemble des acteurs susceptibles d'entourer les personnes sans domicile dans le domaine social ou associatif (Avelar & Malfitano, 2022).

#### 4.5. Ergothérapie et vision sociale

Dans la dernière question de l'entretien consacrée aux remarques des ergothérapeutes, les ergothérapeutes 2 ; 3 et 4 n'ont rien ajouté à l'entretien mais l'ergothérapeute 1 a eu à cœur d'évoquer les raisons qui l'ont poussée à quitter le CAARUD dans lequel elle travaillait. Elle explique la difficulté d'être isolée en tant qu'ergothérapeute promouvant une vision sociale et le besoin d'être soutenue dans le développement de connaissances théoriques qui correspondraient à cette pratique. « Je me sentais assez isolée et j'avais le sentiment de me tromper dans ma vision des choses. Je n'avais que peu de soutien de la part d'autres ergothérapeutes dans le domaine médical et ça ne me suffisait plus. » Cette remarque rejoint la nécessité d'encourager le développement d'une pensée critique au sein des cursus de formation en ergothérapie (Irvine-Brown et al., 2022). Elle rappelle également l'importance du soutien de la part des pairs en ergothérapie. En effet, si l'ergothérapeute pratique souvent au sein d'équipes pluriprofessionnelles dans lesquelles il est régulièrement amené à devoir justifier son action, le soutien en dehors de l'équipe de la part d'autres ergothérapeutes est primordial car il permet une circulation des connaissances et un échange au sujet des pratiques en ergothérapie. Cette remarque ne revêt pas de caractère spécifique aux pratiques émergentes mais s'applique à tous les domaines d'exercice de l'ergothérapie.

## 5. Conclusion

Cette enquête n'a pas pour ambition d'être le reflet fidèle des pratiques extrêmement diverses de l'ergothérapie puisqu'elle ne s'appuie que sur le témoignage de quatre ergothérapeutes. Au cours de mes entretiens, je me suis parfois éloignée des questions initiales de mon guide en fonction des sujets abordés par mes interlocutrices. Par conséquent, mon guide d'entretien n'est pas reproductible. J'ai également fait le choix d'interroger une ergothérapeute n'exerçant pas en France, en raison de la faible proportion d'ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion de mon enquête en France, ce qui a pu biaiser les résultats obtenus en raison de l'influence du contexte suisse sur sa pratique. Enfin, aucune des ergothérapeutes interrogées n'a pour mission principale l'accompagnement vers le logement des personnes sans domicile, trois des quatre ergothérapeutes effectuent principalement des missions de prévention et d'accès au droit commun en santé, ce qui constitue un biais important de mon enquête.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de comprendre et d'analyser le rôle spécifique que peut jouer l'ergothérapeute au sein d'équipes pluriprofessionnelles accompagnant les personnes sans domicile vers le logement. Cette réflexion m'a notamment menée à élargir l'approche pluriprofessionnelle au sein de l'équipe à la notion de partenariats entre les différentes structures du territoire. Ce travail confirme également le bénéfice de la valorisation de l'expertise des usagers ou de la dimension collective orientée vers la diversification des rôles sociaux. Selon moi, ces perspectives s'inscrivent pleinement dans le mouvement d'évolution actuelle des pratiques professionnelles dans le domaine de la santé ou du social.

Les échanges avec différentes professionnelles exerçant dans des structures diverses s'éloignant du paradigme biomédical et promouvant une vision sociale de l'ergothérapie m'a également permis d'appréhender les difficultés mais aussi les nombreuses opportunités qui s'offrent à moi dans la pratique de l'ergothérapie, quel que soit mon futur domaine d'exercice. Enfin, l'approfondissement de ma connaissance du dispositif d'accès au logement « Un chez-soi d'abord » dont j'avais déjà observé l'organisation pratique au cours de mon dernier stage est venue à mes yeux confirmer la légitimité de la présence d'ergothérapeutes au sein de ces équipes.

Je souhaite tirer parti de la réflexion que j'ai engagée grâce à cette enquête en l'articulant avec ma pratique professionnelle au sein d'une EMPP. A moyen terme, je forme de projet de poursuivre mon travail de recherche en préparant dans le cadre de la formation continue un Master philosophie, éthique médicale et hospitalière appliquée. En effet, concernant les personnes en situation de rue, l'éthique d'une pratique guidée par l' « aller vers » me parait être une question essentielle.

## Bibliographie

- Almeida, M. C. de, Barros, D. D., Galvani, D., & Reis, T. de A. M. (2011). Terapia ocupacional e pessoas em situação de rua : Criando oportunidades e tensionando fronteiras / Occupational therapy and the homeless: creating opportunities and tightening borders. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 19(3), Article 3. <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/articloe/view/505>
- ANFE. (2021). La profession [ANFE]. *ANFE*. <https://anfe.fr/la-profession/>
- Avelar, M. R., & Malfitano, A. P. S. (2022). Terapia ocupacional e redes intersetoriais : Conceitos e experiências em debate. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3236-e3236.
- Beagan, B. L., Sibbald, K. R., Pride, T. M., & Bizzeth, S. R. (2022). Client-Centered Practice when Professional and Social Power are Uncoupled : The Experiences of Therapists from Marginalized Groups. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 10(4), 1-14. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1955>
- Besozzi, T. (2022). L'action médico-sociale auprès des sans-domicile : Hybridation des professionnels et des niveaux d'intervention en contexte institutionnel. *Sciences Actions Sociales*, 16(1), 146-173.
- Boidin-Dubrule, M.-H., & Junique, S. (2018). *Les personnes vivant dans la rue : L'urgence d'agir* (N° 32). Conseil économique social et environnemental. <https://www.vie-publique.fr/rapport/37819-les-personnes-vivant-dans-la-rue-lurgence-dagir>
- Castel, R. (2011). La dynamique des processus de marginalisation : De la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*, 22, 11-27. <https://doi.org/10.7202/1002206ar>
- Cha, O. (2013). La santé des sans-abri. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 197(2), 277-291. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31584-5](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31584-5)
- Cunningham, M. J., & Slade, A. (2019). Exploring the lived experience of homelessness from an occupational perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1304572>

- Damon, J. (2020). *Qui dort dehors?* Éditions de l'Aube.
  
- Dias Barros, D., Garcez Ghirardi, M. I., & Esquerdo Lopes, R. (2005). Chapitre 11 : Social occupational therapy : A socio-historical perspective. In *Occupational therapy without borders : Learning from the spirit of survivors* (p. 140-151).
  
- Einhorn, L., & Tremblay, V. (2021). *Initier au soins : Des professionnels au front de la précarité, état des lieux des équipes mobiles psychiatrie précarité en région Auvergne-Rhône-Alpes*. Orspere-Samdarra. <https://orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/11/os-rapport-empp-novembre-2021.pdf>
  
- Fenoy-Garriga, J., Zango-Martín, I., & Silva, C. R. (2021). Participación ocupacional de las personas sin hogar : Una cuestión de justicia y derechos humanos/ Occupational participation of the homeless: a question of justice and human rights. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2113-e2113.
  
- Galheigo, S. M. (2005). Chapitre 7 : Occupational therapy in the social field, clarifying concepts and ideas. In *Occupational therapy without borders : Learning from the spirit of survivors* (p. 87-97).
  
- Gilliot, É., Chambon, N., & Aubry, L. (2021). « Logement d'abord » : Présupposer une égalité dans la capacité à habiter pour lutter contre les inégalités dans l'accès au logement et le sans-abrisme. *Lien social et Politiques*, 87, 212. <https://doi.org/10.7202/1088100ar>
  
- Guérin, F. (2020). La pluriprofessionnalité, une condition obligatoire, mais insuffisante ? *Soins Cadres*, 29(124), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.scad.2020.11.003>
  
- Haglund, L., & Kjellberg, A. (1999). A Critical Analysis of the Model of Human Occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 102-108. <https://doi.org/10.1177/000841749906600206>
  
- HAS. (2014). *Axe : Travail en équipe pluriprofessionnelle*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1757245/en/axe-travail-en-equipe-pluriprofessionnelle](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757245/en/axe-travail-en-equipe-pluriprofessionnelle)
  
- HAS. (2020). *LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours*.

- Hatano-Chalvidan, M. (2020). La pluriprofessionnalité en question. *Soins Cadres*, 29(124), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.scad.2020.11.004>
  
- Hoking, C., Townsend, E., & Mace, J. (2019). Ergothérapie et droits de l'Homme. *WFOT, World Federation of Occupational Therapists*.
  
- Irvine-Brown, L., Ware, V.-A., & Malfitano, A. P. S. (2022). Exploring the Praxis of Occupational Therapy-Community Development Practitioners. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 89(1), 26-35. <https://doi.org/10.1177/00084174211066662>
  
- Jonsson, H., Josephsson, S., & Kielhofner, G. (2001). Narratives and Experience in an Occupational Transition : A Longitudinal Study of the Retirement Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 424-432. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.4.424>
  
- Jouve, C. A., Lévesque, M.-H., & Levasseur, M. (2022). Facilitants et obstacles à l'ergothérapie communautaire en France : Vers l'élargissement du champ de pratique des ergothérapeutes [Application/pdf]. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 8(2). <https://doi.org/10.13096/RFRE.V8N2.204>
  
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (1997). The Model of Human Occupation : An Overview of Current Concepts. *British Journal of Occupational Therapy*, 60(3), 103-110. <https://doi.org/10.1177/030802269706000302>
  
- Lloyd, C., & Bassett, H. (2012). *The role of occupational therapy in working with the homeless population : An assertive outreach approach*. 59(1).
  
- Malfitano, A. P. S., & Lopes, R. E. (2018). Social occupational therapy : Comitting to social change. *New Zealand Journal of occupational therapy*, 65(1), 20-26.
  
- Marcel, J.-F. (2020). Quand la recherche-intervention puise son inspiration dans la pensée de Paulo Freire. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 44, 101-122. <https://doi.org/10.4000/dse.4954>
  
- Marquet, J., Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2022). *Manuel de recherche en sciences sociales* (6e éd). Armand Colin.

- Marshall, C. A., Lysaght, R., & Krupa, T. (2018). Occupational transition in the process of becoming housed following chronic homelessness : La transition occupationnelle liée au processus d'obtention d'un logement à la suite d'une itinérance chronique. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 85(1), 33-45.  
<https://doi.org/10.1177/0008417417723351>
  
- Mawussi, A. C. (2021). Thibaut Besozzi, Idées reçues sur les SDF : Regard sur une réalité complexe: Paris, Édition le Cavalier Bleu, 2020, 147 Pages. *Sciences & Actions Sociales*, N° 15(2), 177-182.  
<https://doi.org/10.3917/sas.015.0177>
  
- Michalot, T. (2010). L'insertion sociale : Un droit sous conditions: L'exemple des CHRS en France. *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 99-113.  
<https://doi.org/10.7202/044222ar>
  
- Morel-Bracq, M.-C., Caire, J.-M., & Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations*. De Boeck Supérieur.
  
- Mota, F. O., Fonseca, R. M. A. M., Santos, J. E. D., & Gallassi, A. D. (2019). Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social : Um olhar para e pela terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(4), 806-816. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1809>
  
- Pasticier, C. (2020). *EMPP CENTRE EST Lieux d'intervention : Ile, Ille, IVe, XIe, XIIe 27, rue Levert—75020 PARIS psyprecarite.75centre-est@ghu-paris.fr*.
  
- Pollard, N., & Sakellariou, D. (2014). The occupational therapist as a political being. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 22(3), 643-652.  
<https://doi.org/10.4322/cto.2014.087>
  
- Raphael-Greenfield, E. I., & Gutman, S. A. (2015). Understanding the Lived Experience of Formerly Homeless Adults as They Transition to Supportive Housing. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(1), 35-49.  
<https://doi.org/10.1080/0164212X.2014.1001011>
  
- *Soliguide, le guide de la solidarité en ligne*. (2023). <https://soliguide.fr/>
  
- Somerville, P. (2013). Understanding Homelessness. *Housing, Theory and Society*, 30(4), 384-415. <https://doi.org/10.1080/14036096.2012.756096>

- Townsend, E. (1993). Occupational Therapy's Social Vision. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 174-184.  
<https://doi.org/10.1177/000841749306000403>
  
- Townsend, E. (1997). Occupation : Potential for personal and social transformation. *Journal of Occupational Science*, 4(1), 18-26.  
<https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686417>
  
- Townsend, E., & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice : A Dialogue in Progress. *CANADIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY*, 71(2).
  
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). Cinquième étape : L'observation. In *Manuel de recherche en sciences sociales*. (5<sup>e</sup> éd., p. 235-261).
  
- Wilcock, A. A. (2006). Préface. In *An Occupational Perspective of Health* (p. 13-19). SLACK Incorporated.  
<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=voKCHG3xL70C&oi=fnd&pg=PR5&dq=wilcock+2006+occupational+therapy&ots=2XHWZlgJNu&sig=3jdqm8W3stwD0eRuslwRDpA810l#v=onepage&q=wilcock%202006%20occupational%20therapy&f=false>

## Annexe I : liste des acronymes

**ACT** : Appartement de Coordination Thérapeutique : structure d'hébergement temporaire à destination des personnes en situation de fragilité principalement dans des structures collectives.

**ACT** « un chez-soi d'abord » : Appartement de coordination thérapeutique lié à l'expérimentation « un chez soi d'abord » pérennisée en 2016, et ayant permis la création de nouveaux ACT permettant un accès au logement en diffus c'est-à-dire répartis dans l'ensemble du territoire. Ces appartements d'adressent particulièrement aux personnes présentant des troubles psychiques et leur accès n'est pas conditionné par le sevrage ou à la prise d'un traitement.

**CAARUD** : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues : structures ayant pour but de s'adresser aux publics les plus marginalisés et les plus vulnérables aux infections comme le VIH et l'Hépatite C du fait de leurs modes de consommation de drogues.

**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

**CHU** : Centre d'Hébergement d'Urgence

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

**HAS** : Haute autorité de santé

**LAM** : Lits d'Accueil Médicalisé : structure offrant des soins médicaux et paramédicaux aux personnes sans domicile souffrant de maladies chroniques.

**LHSS** : Lit Halte Soins Santé : structure offrant un hébergement temporaire, un suivi sanitaire et social aux personnes sans domicile dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation

## Annexe II : formulaire de recueil du consentement

Je soussignée, Romane Baudet, étudiante en ergothérapie à l'IFE ADERE en 3<sup>ème</sup> année et travaillant à l'écriture d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, mène une enquête auprès d'ergothérapeutes pratiquant l'ergothérapie auprès de personnes sans domicile, dans le but de répondre à la question de recherche suivante :

**En quoi l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluriprofessionnelle peut-il accompagner la transition occupationnelle de la vie à la rue vers le logement des personnes sans domicile ?**

L'outil d'enquête choisi étant l'entretien semi-directif, la personne interrogée sera enregistrée durant toute la durée de l'entretien et les résultats obtenus seront analysés. A savoir que l'ensemble des données retranscrites seront anonymisées, et que l'ensemble des données seront détruites suite à la soutenance finale courant juin 2023.

Je soussigné(e), .....atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des modalités de participation à cet entretien et accepte d'y prendre part.

Date et signatures :

### Annexe III : guide d'entretien à destination des ergothérapeutes

- Quel a été votre parcours professionnel ? structures ? populations ?
- Pourquoi avez-vous fait le choix d'une approche sociale en ergothérapie ?
- Quelles différences faites-vous entre l'ergothérapie pratiquée dans une structure sanitaire et dans une structure sociale ?
- Quelles sont vos missions dans une intervention auprès des personnes sans domicile ?
- Avec quel(s) autre(s) professionnel(s) du secteur social ou médico-social travaillez-vous ?
- Pensez-vous que vos interventions sont complémentaires et pourquoi ? intervenez-vous ensemble ?
- De quelle manière l'intervention ergothérapique se distingue-t-elle de l'intervention des autres professionnels avec lesquels vous travaillez ?
- Quels sont les besoins des personnes sans-domicile ?
- Comment définiriez-vous la notion de transition occupationnelle ?
- Avez-vous accompagné des personnes dans un projet de relogement ? Quels sont selon vous les difficultés qui empêchent parfois l'aboutissement de ces projets et sur lesquelles un accompagnement en ergothérapie peut avoir un impact positif ?
- Comment définissez-vous les objectifs de vos interventions ? uniquement des objectifs collectifs ou aussi des objectifs individuels ? exemples d'objectifs ?
- Comment considère-t-on qu'une intervention en ergothérapie soit efficace auprès de cette population ?

Au cours de l'entretien :

→ Demande d'exemples et valeur de l'exemple (généralité ou exception) ; temporalité

## Annexe IV : retranscription d'un entretien

### Entretien Ergothérapeute 1

#### - **Présentation du parcours professionnel, structures, et populations rencontrées**

Je suis diplômée de l'IFE d'Alençon depuis 2018, j'ai commencé à travailler dans une association qui portait un CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues) dans la période entre 2018 et 2021 et ensuite j'ai été embauchée à PRACTS.

#### - **Le CARRUD a-t-il été un lieu où vous avez été amenée à rencontrer des personnes sans domicile ?**

Oui, notre public se composait de consommateurs de produits ou anciennement consommateurs venus pour échanger, mais également des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, dans un cadre amenant à la consommation de produits, mais la majorité des personnes rencontrées étaient des personnes à la rue ou sans domicile fixe.

#### - **Quelles étaient vos missions auprès de ce public ?**

Je n'étais pas embauchée en tant qu'ergothérapeute mais en tant qu'animatrice d'actions, c'était le cas pour mes collègues également : mon collègue qui était éducateur spécialisé était également animateur d'actions et l'infirmier était là en tant que chargé de projet. Chacun avait ses spécificités aux travers de ses compétences et de ses diplômes. Mes missions principales étaient des maraudes sur tout le département pour avoir accès au maximum à notre public. On faisait également de la distribution de matériel qui amenait aussi à des échanges. On répondait à des appels téléphoniques pour des personnes qui avaient besoin de réassurance ou autre. Certaines personnes venaient sur nos lieux de permanences pour se reposer, échanger, faire une orientation autre ou un dépistage. On allait aussi sur les applications de rencontre où on échangeait avec des personnes qui ne pouvaient pas se déplacer ou souhaitaient garder l'anonymat.

#### - **Pourquoi as-tu fait le choix d'une structure plutôt orienté vers un accompagnement social ?**

Initialement, je n'ai pas vraiment vu que le côté social, j'ai vu aussi le côté médical, car c'était une structure médico-sociale et au début, par ce que j'ai appris durant ma formation, j'ai vu le côté d'orientation vers la santé. C'est au fur et à mesure des trois ans où j'y étais où j'ai plus vu l'entrée par le social que par le médical.

#### - **Qu'est-ce qui a changé dans ta pratique au cours des trois années, quand vous avez davantage pris en compte cette entrée sociale ?**

J'ai remarqué qu'il y avait une meilleure accroche avec les personnes. Je pense que dans notre façon d'échanger avec mon binôme on avait une autre façon de faire, on ne les voyait plus uniquement comme des consommateurs de produits mais des personnes avec d'autres situations de précarités qui avaient amenées ou non à une consommation de produits, qui avaient amenées ou non à une mise à la rue. Je voyais plus la personne dans son ensemble, même si on le voit déjà en ergothérapie, je

trouvais que c'était encore plus large. J'ai étendu mes questionnement sur le social et moins sur la consommation et de ce fait il y avait une meilleure accroche qui s'est faite avec les personnes et nous l'avons tous les deux ressenti avec mon collègue [éducateur spécialisé].

- **Dans ce binôme que vous formiez avec votre collègue éducateur spécialisé, qu'est ce qui faisait votre complémentarité ? qu'est-ce-qui vous différenciait ?**

On a mis longtemps avant de le voir. Mon collègue était arrivé quelques mois avant moi, et ne comprenait pas ma place du tout, il comprenait très bien celle de l'éducateur, mais pas celle de l'ergothérapeute, ce qui a pu créer des tensions au début. Au fur et à mesure des maraudes on a eu des échanges on a pu trouver une forme de complémentarité. Mon collègue allait davantage se concentrer sur le côté éducatif, le cadre, les horaires à respecter, ce genre de choses. Moi dans mes questionnements, même si mon collègue le faisait aussi, ça portait plus sur le quotidien de la personne j'avais plus cet attrait de questionner sur : « qu'est-ce-que tu fais au quotidien ? qu'est-ce-que tu aimerais faire ? qu'est-ce-qui te bloque pour pouvoir faire certaines choses ? » et par ce biais-là pouvoir proposer de faire du bénévolat dans l'association, ou recréer un train de vie en fonction des demandes de la personne suite à ces questionnements. Ça tournait souvent autour de la consommation de produits, si la personne se sentait valorisée dans ses compétences de consommateur, on pouvait lui proposer d'échanger avec d'autres sur leurs pratiques qui sont parfois différentes.

- **Est-ce-que votre pratique professionnelle s'appuyait sur des références théoriques comme des modèles ?**

Au début de ma pratique professionnelle j'essayais de mettre en place des modèles que j'essayais de réadapter, je sentais que ce ne se calquait pas trop mais c'était au début une bonne béquille. Il fallait que je fasse un petit peu mes preuves c'était la première fois qu'il y avait une ergothérapeute dans l'équipe, j'avais déjà fait un stage qui avait pu montrer à ma responsable la plus-value d'une ergothérapeute, mais auprès de mes collègues ça me permettait de me rassurer. Petit à petit je l'ai lâché, j'essayais de faire avec le modèle Kawa, c'était celui avec lequel j'étais le plus à l'aise et qui correspondait le mieux à ce que je faisais, mais par la suite soit je l'intégrais et je ne me rendais plus compte que je l'utilisais, soit je ne l'utilisais plus du tout. Concernant la consommation de produits je m'appuyais sur la notion d'équilibre, puisque les personnes rencontrées nous disaient que la consommation déséquilibrait leur quotidien, parce que le produit allait être un besoin prioritaire à d'autres besoins, avec un déséquilibre pour la recherche d'emploi, aller à la rencontre des autres ou à notre rencontre. Concernant la vie à la rue, il y avait un certain quotidien, et on essayait de nous calquer sur leur rythme de vie à la rue. Par exemple, aller à la rencontre d'une personne pendant la période de la manche, c'est un petit peu comme si on allait déranger quelqu'un sur son lieu de travail, donc l'échange était très bref ou absent. On s'est rendu compte au cours de nos différentes maraudes à différents horaires qu'il y avait une période la plus propice, où ils faisaient une pause du midi, qui était propice aux échanges collectifs. Le mieux était de se calquer à leur rythme et pas en fonction de nos horaires de travail comme on le pensait initialement.

- **Quel était l'apport d'une approche ergothérapeutique dans une équipe avec d'autres professionnels comme l'infirmier et l'éducateur avec lesquels vous travailliez ?**

L'infirmier était beaucoup plus centré sur le corps, quand on faisait de la distribution de matériel propre il allait beaucoup plus se concentrer sur le corps, sur comment la personne consommait et quel impact ça pouvait avoir sur le côté corporel. Ce n'est qu'un exemple parce que je n'ai travaillé qu'avec un seul collègue infirmier, mais c'était mon ressenti. Concernant l'éducateur, nous faisons quand même des choses assez similaires parce que dans notre façon de voir les choses, on était similaires. On était plus complémentaires qu'avec l'infirmier. Moi j'avais vraiment avoir une vision de pouvoir proposer une diversité d'activités permettant de créer un quotidien ou plusieurs activités autour, pour des personnes dont toutes les activités sont concentrées sur le quotidien à la rue. S'ils entamaient un processus de mise en appartement, tout leur réseau était concentré à la rue et ils avaient des craintes que soit ce réseau aille dans leur appartement et empêche l'aboutissement de leur projet (à cause du bruit et par peur de perdre leur appartement), soit d'être trop souvent dehors et de rester à la rue parce que c'est un environnement qu'ils connaissent. J'ai l'exemple de quelqu'un en tête qui avait un appartement et qui a mis 15 jours avant d'y entrer, ça faisait 20 ans qu'il était à la rue, donc le temps de réaliser et de rentrer il était un peu perdu, c'étaient des repères qu'il n'avait plus, il avait été mis à la rue quand il était jeune majeur donc c'était son premier appartement aussi, il était décontenancé. Il avait partagé ses craintes de ne pas réussir à garder l'appartement, ou de perdre le réseau qu'il avait constitué et de se retrouver tout seul. En plus c'était pendant la période du COVID donc la coupure allait être radical et il n'avait rien autour pour se recréer un autre équilibre dans ce nouveau projet.

- **Qu'est-ce que tu lui proposais pour l'aider à recréer un forme d'équilibre, à retrouver un nouveau réseau pour soutenir cette transition ?**

Au début, nous lui avons proposé d'être bénévole dans notre association parce que c'est lui qui m'a « formée » à la consommation de certains produits, puisque je suis arrivée sans aucune connaissance de comment se consommait tel ou tel produit. Il appréciait de pouvoir expliquer et partager ses connaissances. Il a pu mettre en valeur ses compétences en devenant bénévole avec nous, nous l'avons accompagné à la création d'un groupe d'échanges dans le cadre de la consommation de produits. C'était sa demande de pouvoir se lever, d'avoir un horaire pour le motiver à sortir de sa tente. Nous avons une cuisine et une douche à disposition qui permettait de créer un certain quotidien comme il nous le demandait. C'était quelqu'un qui adorait écouter la radio, après plusieurs mois il s'était inscrit dans une autre association pour faire de la radio une fois par mois. Sa demande était vraiment d'avoir un but pour se lever le matin et il souhaitait également se débarrasser d'un rituel de consommation le soir, ce qui nous a amenés à l'orienter vers un CSAPA qui proposait des plages horaires plutôt que des horaires fixes et qui lui correspondait mieux.

- **Est-ce-que toutes les personnes que vous rencontriez pouvaient bénéficier de l'accompagnement du CAARUD ou est-ce que vous étiez amenée à faire des orientations vers d'autres structures ?**

Au début on ne touchait pas beaucoup de personnes, on pouvait entrer en contact avec une seule personne directement mais comme on avait l'habitude de venir au

moment des repas, on n'abordait pas directement frontalement le sujet de la précarité, par exemple on distribuait énormément de lingettes, c'était une de nos manière d'accrocher des personnes en fournissant des lingettes pour se laver les mains, le visage, faire les premiers soins. On abordait que 2 ou 3 personnes mais cela créait un certain aura autour de nous, on rentrait dans le paysage sans forcément toucher tout le monde. Par exemple il y avait une personnes qu'on voyait tout le temps et qui avait pris l'habitude de discuter sans montrer de besoins au premier abord, et c'est le jour où il s'est senti en difficulté (sa tente avait été brulée, il n'allait vraiment pas bien moralement et était de plus en plus tenté par la consommation de produits), que le lien qui avait été créé avec nous lui a permis de venir échanger lorsqu'il a commencé à consommer. Il est tout de suite vers nous lorsqu'il a senti une difficulté qui pouvait le faire basculer. Mais le lien avec le CSAPA (qui nous détachait une éducatrice ou une médiatrice je ne sais plus), permettait aux personnes que nous accompagnions d'avoir une autre vision du CSAPA et pas uniquement « j'y vais pour réduire ma consommation ou l'arrêter », c'était une autre façon de faire les maraudes, une autre façon de voir les choses et de donner une autre image des partenaires qui ont profité de nos maraudes pour montrer leur champ d'action réel.

- **Définissiez-vous des objectifs de suivi ? étaient-ils des objectifs collectifs ou individuels ?**

J'aurais aimé faire du collectif mais nous n'avons pas réussi, parce qu'il a d'abord fallu reconstruire l'image du CAARUD après des partenaires et des usagers ce qui nous a pris une bonne année je pense et étoffer nos réseaux pour savoir où aller, rencontrer des personnes qui pourraient nous aider à mieux connaître le territoire. Ce qui était compliqué pour une pratique collective c'était aussi l'absence de point de ralliement entre nos permanences qui pouvait parfois être à une heure de trajet les unes des autres. On avait un objectif plus collectif quand on allait dans des squats dans les temps de repas, le fait de discuter avec une ou deux personnes, faisait que l'ensemble du groupe entendait plus ou moins, ce qui ouvrait la possibilité de venir vers nous. Les objectifs collectifs que nous avons essayé de mettre en place étaient des groupes de parole mais nous les rattachions à notre lieu de travail et c'était ce qui ne fonctionnait pas.

**Exemple d'objectifs individuels :** Une personne que nous avons suivie pendant 3 ans, qui nous saluait de loin au début et ne voulait pas qu'on s'approche, car il avait peur que l'on voie autour qu'il était avec des « gens du CAARUD ». Les lingettes ont permis un premier rapprochement, puis au fur et à mesure on a appris qu'il avait deux enfants, qu'il se privait de voir car, pour lui, il fallait qu'il soit présentable et suffisamment bien pour aller voir ses filles. Il ne voulait absolument pas que sa situation de mise à la rue et de consommation de produits ait un impact sur ses filles donc il les voyait très peu. Il était aussi assez proche de sa mère, il avait quand même un soutien familiale plus ou moins dysfonctionnant mais il avait une certaine présence. A partir de là, il nous a présenté sa mère, ses filles et sa femme. On a pu ensuite lui donner du matériel qui lui convenait mieux, voir son lieu de vie et ses amis, on est rentré dans son cercle social. Le moment le plus intéressant pour nous c'est lorsqu'il a commencé à avoir une nécrose au niveau du bras suite à une mauvaise injection et

le manque d'hygiène lié à sa situation de rue. Il n'avait pas conscience que cela pouvait atteindre à sa vie, nous avons donc renforcé les appels téléphoniques (ce qui n'était pas simple parce qu'il changeait souvent de téléphones), ou on laissait toujours du matériel même en son absence. Nous laissions un signe de notre passage. Ce travail s'effectuait sur le long terme toutes les semaines, et a permis de créer un lien plus fort. Ce lien de confiance nous a permis de le convaincre de se rendre aux urgences, auxquelles il ne voulait plus se rendre puisqu'il se faisait rejeter. En l'accompagnant nous avons vu que le traitement à son égard était à revoir, il n'avait plus de CMU, donc il repartait juste avec des petites compresses et de l'alcool qu'il devait se fournir lui-même. On ne lui donnait pas accès aux soins nécessaires pour limiter la nécrose. Avant de savoir qu'il n'avait plus la CMU, on lui recommandait la chirurgie. C'était nous qui lui offrions les compresses et l'alcool en accord avec notre chef. Les choses se sont dégradées avec la chaleur de l'été et lui refusait de revenir aux urgences. Le partenariat très solide avec le CSAPA nous a beaucoup aidé, c'est le directeur du CSAPA qui l'a accompagné lui-même et qui a tapé du poing sur la table pour qu'il soit pris en charge correctement. Il nous a expliqué une fois qu'il allait mieux qu'il avait ressenti notre soutien et pas un soutien personnel, mais le soutien de l'association et du CSAPA qui a fait corps et qui a montré qu'il y avait du monde derrière lui. Nous communiquions énormément avec le CSAPA au sujet de cette personne au sujet de son traitement de substitution, sur le fait changement d'habitudes de vie entre sa vie à la rue et son hospitalisation. Il faisait la manche et il se retrouvait toute la journée sur un lit c'était très compliqué, il sortait faire la manche et ratait l'heure du repas, l'heure du soin. Il avait aussi besoin de consommer de l'alcool, il avait le traitement de substitution pour l'héroïne mais on ne pouvait pas tout faire en même temps. En accord avec le CSAPA nous avons décidé de lui fournir de l'alcool pour assurer la continuité des soins à l'hôpital. C'est ce qui a permis aussi de tenir plusieurs mois ensuite sans consommation, il m'a demandé de vider son sac contenant des tonnes de seringues, et nous avons retrouvé un petit échantillon de parfum qu'il m'a demandé de lui mettre. Après cela il a vraiment lâché prise et il s'est endormi au point où c'est ma collègue infirmière qui lui a fait la toilette. Il y avait une vraie confiance entre nous, maintenant qu'il était sûr que « nous tenions ». Mais au bout de 3 ans.

- **L'objectif était avant tout de bâtir ce lien de confiance ?**

Oui. On n'a pas parlé de produits dès le début, on parlait de banalités, de ses filles ou de choses comme ça. Mais c'est quelque chose qui a évolué dans notre pratique. Avant nous étions plus « cash », nous venions pour de la distribution de matériel. Nous étions pris dans une logique de rentabilité : le nombre de matériel que l'on distribuait montrait aussi que la structure pouvait durer dans le département. C'était une structure qui était « sur la sellette », on se demandait s'il y avait besoin de cette structure dans le département parce que les précédents salariés disaient qu'ils ne voyaient personne. Et en fait si. Ça a mis du temps mais on a fini par trouver la personne qui avait le réseau tout autour et qui a eu suffisamment confiance en nous pour nous partager ce réseau-là. D'ailleurs pour revenir sur la personne dont je te parlais précédemment, c'est après cet événement qu'il nous a donné accès à de nouvelles personnes. C'était pour lui la preuve de confiance suprême de nous confier son réseau. Tout ça nous a permis de montrer qu'il y avait de la consommation de produit et des situations de

précarité dans le département. Il y avait aussi un autre champ de notre pratique qu'était le chemsex, où on sortait un peu du champ social pour aller sur un autre versant, une nouvelle façon de consommer les produits, et qui nous a permis d'aller ailleurs.

- **Avez-vous accompagné des personnes pendant des période de transition type mise à la rue ou entrée en logement ou autre ?**

On n'avait pas de situation de mise à la rue. On avait des personnes qui passaient de la situation de sans domicile fixe à sans-abris, qui allaient d'amis en amis et qui finissaient par se retrouver dans la rue, ou alors une personne qui a perdu sa tente parce qu'elle a été brûlée et qui se retrouvait sans rien. Une fois une des personnes que nous suivions pendant le covid a pu bénéficier d'un logement. Il nous racontait toutes les étapes comme :

« On m'a donné les clés

Et nous lui demandions

- Alors tu l'as visité ?

- Non.

- Pourquoi ?

- J'y crois pas. »

Et une semaine après il nous racontait qu'il avait juste mis les clés et qu'il avait vu que la porte ouvrait effectivement, mais qu'il n'était pas encore rentré. On travaillait avec lui en lui demandant ce qu'il s'imaginait, ce qui lui faisait peur. Il avait peur que ça ne soit pas réel et que ça ne reste pas. S'il entrait dedans et qu'il devait le perdre le lendemain ça serait trop douloureux pour lui. C'est encore une semaine après qu'il est entré. Ensuite il a dormi pendant 1 mois au sol dans sa tente. Il nous racontait les petites étapes comme l'installation de sa radio, qui lui a permis de mieux connaître le lieu. Comme nous connaissions ses habitudes de vie nous lui demandions régulièrement de ses nouvelles et de ses habitudes de consommation notamment. Nous n'avons pas pu voir le logement car il était trop loin mais nous savions comment il s'appropriait son espace. Le fait de ne pas voir le logement nous a permis de ne pas nous projeter pour lui alors qu'il n'était pas encore prêt à se projeter dans ce logement-là. C'était lui qui menait à son rythme là où il se projetait.

Mais c'était très rare 2 ou 3 personnes. Je n'ai pas vu d'autres transitions ensuite.

- **Quels étaient les critères que vous utilisiez au sein de l'équipe pour évaluer la progression d'un accompagnement ?**

Au début non, c'est au fur et à mesure quand on a commencé à comprendre comment cela fonctionnait et le positionnement que nous devions avoir. Le fait d'échanger son numéro de téléphone avec nous était déjà une grande étape (parce qu'il y avait toujours de la méfiance avec la police ou autre), ensuite quand la personne venait

discuter avec nous d'elle-même et qu'il y avait un véritable échange et pas simplement des réponses oui/non à nos questions.

Je me rappelle que le repas qu'ils avaient instaurés pendant la pause de manche se faisait uniquement à un pont de nos locaux, mais ce pont-là était très dur à franchir. Le fait de venir vers nous dans nos locaux, pour se rendre compte que ça n'était pas aseptisé et tout blanc mais « comme une maison », décorée avec un jardin. Cela permettait de casser l'image qu'ils se faisait de notre local et leur donnait envie de venir et de se saisir du lieu. C'était une autre étape. Je me rappelle aussi une personne qui avait pris beaucoup de temps avant de nous aider dans notre positionnement pendant les maraudes alors que nous savions qu'il connaissait très bien le territoire. Il s'est senti suffisamment en confiance pour nous dire qu'on n'était pas assez attentifs aux signes discret que certains nous adressaient pour qu'on vienne à leur rencontre. Il a pris un positionnement nouveau en sortant du statut de bénéficiaire de matériel à membre de l'équipe qui nous partageait sa façon de faire pour que l'équipe s'améliore. Il est même venu avec nous lors des réunions avec le CSAPA avec lequel nous avons le meilleur partenariat et qui savait comment nous travaillons. Certaines personnes se sont beaucoup investies dans l'association et ont assisté à d'autres instances. Ça restait quelque chose de rare 2 ou 3 personnes, mais ça participait à redonner une valeur à leur parole et à leur expertise en tant que consommateur de produits et à la rue, qui reprenait du sens alors qu'elle avait toujours été dénigrée.

Mais il y a aussi des plus petites étapes comme montrer quel produit il consomme ou qu'il consomme par injection, qui est un mode de consommation très mal vu dans le domaine de la consommation. Donc dire qu'on a besoin de seringues c'est déjà se livrer énormément à nous.

- **Est-ce-que vous rencontriez de obstacles dans cette pratique ? qu'ils soient institutionnels ou autre ? je pense à l'expérience aux urgences.**

Ça n'était pas des freins pour moi dans ma pratique, mais des freins pour l'utilisateur pour accéder à ses droits. Surtout que cette personne avait confiance en nous qu'elle a accepté de se rendre aux urgences et qu'elle a à nouveau subi une mauvaise prise en charge, ce qui a mis à mal notre relation. On se rendait compte que notre parole n'avait pas suffisamment de poids parce que nous étions une association qui aidait les consommateurs de produits. Notre propre parole aussi était remise en cause donc on était confrontés aussi à ce que subissaient les personnes du manque de crédibilité que nous pouvions avoir. Même en essayant de porter sa parole nous n'avons pas réussi et c'est ce qui a mis à mal notre suivi, il a fallu retravailler une confiance que nous pensions établie. Mais cette expérience nous a aussi montré que nous pouvions être soutenus, que nous avons notre propre maillage avec le CSAPA, que le directeur allait nous soutenir et que par son positionnement de directeur, allait porter notre voix auprès de l'ARS.

L'autre frein principal était la ruralité qui ne nous permettait pas d'aller vers les personnes et de les trouver au moment où nous étions disponibles. On essayait de s'adapter, on faisait des km et des km, mais du coup ça se faisait au cas par cas. Certaines personnes nous appelaient pour des besoins personnels et nous faisions le trajet uniquement pour elle. Le collectif n'y était pas, mais on s'organisait en fonction de leur rythme de vie. On a compris qu'il fallait mieux commencer vers le midi et pas

le matin. Pour beaucoup tant qu'ils n'avaient pas leur place au 115 et qu'ils avaient leur budget pour manger dans la journée leur vie ne démarrait pas. On faisait énormément de soirées. Ce qui aidait c'était le téléphone. Nous avions aussi des bars partenaires, nous mettions des flash codes dans les toilettes, qui permet d'être discret en tant que consommateur. Cette idée est venue d'un usager et nous l'avons démultipliée dans un grand nombre de bars. Les bars acceptaient parce qu'ils n'avaient pas la sensation d'être associé à ce public. Mais la ruralité et la complexité d'aller à la rencontre de ces personnes qui n'avaient pas confiance dans les associations ou organismes, et surtout les femmes qu'on ne voyait quasiment pas. Dans la rue elles étaient absentes ou accompagnées d'un homme donc la parole n'était pas libre, on était passés par les pharmacies avec des flyers mais on ne les touchait presque jamais. On n'avait pas leurs numéros.

- **Avez-vous quelque chose à ajouter ? une information qui vous semble importante à préciser ?**

Pour moi le fait qu'au début j'ai vu d'abord le côté médical puis je me suis rendu compte qu'il était beaucoup plus intéressant pour ce public-là de passer par le biais du social. Je pensais faire de l'ergothérapie sociale mais si je ne connaissais pas les termes, et en fait je me suis rendu compte que j'étais encore dans de la réhabilitation au bout de la troisième année. C'est là que j'ai commencé mes recherches, alors que je n'avais pas eu ce réflexe tout de suite ou je le faisais mal. Ce qui a fait que je suis partie de cette association c'est le besoin d'avoir une équipe, même si l'équipe que j'avais finissait par comprendre le travail que je faisais, ça n'était plus suffisant pour moi j'avais besoin de trouver un soutien renforcé et de sortir de mon isolement. Je me sentais assez isolée et j'avais le sentiment de me tromper dans ma vision des choses. Je n'avais que peu de soutien de la part d'autres ergothérapeutes dans le domaine médical et ça ne me suffisait plus. J'ai failli finir à défaut dans une équipe soignante en addictologie à cause de cette situation. Certains collègues voyaient mon côté militant mais pas mon côté ergothérapeute, même si ça m'allait parfois, ça ne me suffisait plus.



# 8 IL S'APPUIE SUR PRINCIPES

- 1 Le logement est un **droit fondamental**
- 2 L'**accès rapide à un logement ordinaire**
- 3 Le **choix par la personne de son agenda et de son offre de services**
- 4 Un engagement à **accompagner la personne** autant que nécessaire
- 5 Un accompagnement centré sur la notion de **rétablissement**
- 6 Le développement d'une stratégie de **réduction des risques et des dommages**
- 7 Un engagement soutenu mais **non coercitif**
- 8 La **séparation des services** de logement et de traitement

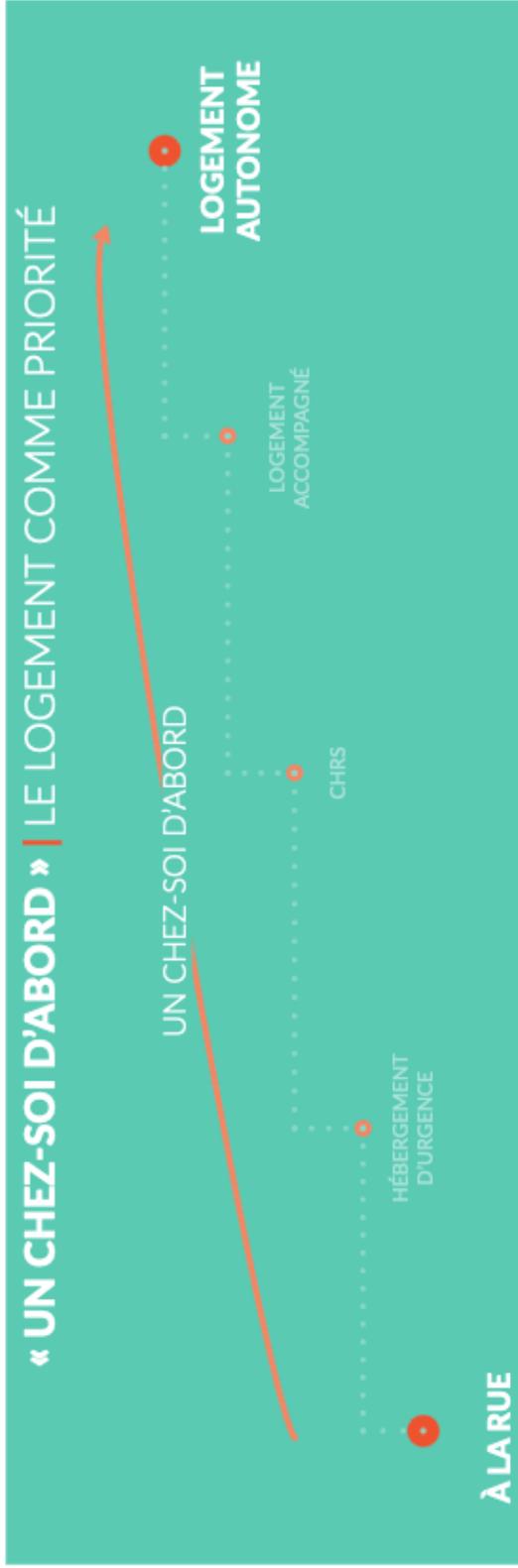
“

*F'ai connu le "Un chez-soi d'abord", et depuis la rencontre tout a changé pour moi, parce que je suis passé de rien à un toit sur la tête. Le programme, il nous aide à nous intégrer et à avoir nos propres logements. C'est une chose qui m'a aidée, parce qu'ils m'ont sorti de la rue.*

*Une fois qu'on a le logement, si on paye le loyer et qu'on garde le logement propre, il n'y a pas de soucis. On est suivi, ils viennent nous voir une fois par semaine, et avec eux, on voit si on a besoin de quelque chose.*

*C'est aussi au niveau de la santé que ça va mieux. Maintenant que j'ai le logement, il me manque plus que le travail*

Francis



### Un accompagnement visant au rétablissement social, sanitaire et citoyen

- > Qui donne la **primauté au choix de la personne**
- > Qui repose sur l'appropriation du « pouvoir d'agir », l'espoir et la quête d'une vie meilleure
- > Qui développe une **approche positive de la santé mentale**, en renforçant les compétences personnelles, l'estime de soi, le développement d'activités enrichissantes favorisant l'inclusion sociale
- > Qui est réalisé par une **équipe pluridisciplinaire** comprenant des professionnels de la santé (psychique, somatique, addictologie) du secteur social, de la gestion locative et des médiateurs de santé pairs. Ceux-ci apportent au sein de l'équipe leurs compétences liées à leur vécu de l'expérience du rétablissement

### Le rétablissement en santé mentale ...

66

*Le rétablissement en santé mentale est une démarche personnelle et unique visant à changer son attitude, ses valeurs, sentiments, etc. et qui remet en question l'hypothèse pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait incurable, n'évoluant au mieux que vers une amélioration des symptômes. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie.*

William Anthony (1993), psychom «santé mentale de A à Z»

## Des équipes ...

- > Qui doivent faire preuve de **réactivité et de flexibilité**
- > Qui travaillent à **décloisonner** les spécialités professionnelles pour adopter une vision **pluridisciplinaire**
- > Qui proposent un accompagnement en binôme et travaillent en réseau avec un **large éventail de partenaires**
- > Qui visent à **changer le regard de la société sur la maladie mentale**
- > Qui **portent la notion d'espoir** et croient dans les capacités des personnes à reprendre leur vie en main
- > Qui intègrent des **médiateurs de santé pairs** dont la formation reste à développer à l'avenir

## La notion de choix : un axe essentiel du programme «Un chez-soi d'abord»

- > Un suivi fortement individualisé où les personnes organisent leur accompagnement et sélectionnent les services qu'elles souhaitent utiliser.
- > Un programme qui augmente l'éventail des possibles en autorisant l'expérimentation de nouveaux modes de vie (logement, emploi, famille, etc.), tout en sécurisant cette prise de risque.

## Le maintien dans le logement nécessite ...

- > De **sécuriser les ressources** de la personne sur le long terme
- > De donner accès à un **logement à loyer modéré**
- > De permettre le **glissement du bail** pour que la personne soit autonome si elle le désire
- > De prévoir des **déménagements/réaménagements** si nécessaire sans que cela soit vécu comme un échec
- > De **lutter contre l'isolement** en facilitant les liens avec la famille, les amis, les groupes d'auto-support, le voisinage, etc. Le programme doit faciliter l'apprentissage d'une socialisation ordinaire, non pas uniquement liée aux aidants professionnels.



## **EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ**

### **MISSIONS**

- Favoriser l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation d'exclusion sociale.
- Participer à la continuité des soins de ces personnes par des actions d'accompagnement et de soutien.
- Développer un travail de prévention et de lien avec les secteurs psychiatriques d'une part et les institutions sociales d'autre part.
- Faire fonction de Centre de Ressources pour les divers partenaires du territoire de l'établissement.
- Sensibiliser et former les divers professionnels travaillant dans le champ de l'exclusion aux manifestations de la souffrance psychique.
- Soutenir les équipes de première ligne auprès des personnes précaires.

### **ACTIONS**

#### **AUPRÈS DES PATIENTS**

- Entretiens, évaluations psychiatriques et instauration d'un accès aux soins.
- Rencontre des personnes signalées par nos partenaires : en vue d'instaurer un lien (soit à la rue, en centre d'hébergement d'urgence ou en centre d'accueil de jour).

#### **AUPRÈS DES SECTEURS**

- Favoriser le maintien dans les soins tant que de besoin.
- Faire connaître les spécificités, les difficultés et les particularités de cette population.
- Aider à l'orientation des patients, en respectant la continuité des soins tout en tenant compte du territoire de vie de la personne, et en relation avec les équipes intra hospitalières, les CMP et le CPOA.

#### **AUPRÈS DES STRUCTURES SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES**

- Se tenir à la disposition réactive et souple de ces structures lors de sollicitations concernant des situations cliniques complexes ou non.
- Assurer des permanences dans les structures avec lesquelles un accord partenarial est établi, dans l'objectif de favoriser l'expression d'une demande de soins de la part des accueillis.
- Faire connaître aux partenaires sociaux les activités, les structures et le fonctionnement des secteurs de psychiatrie.

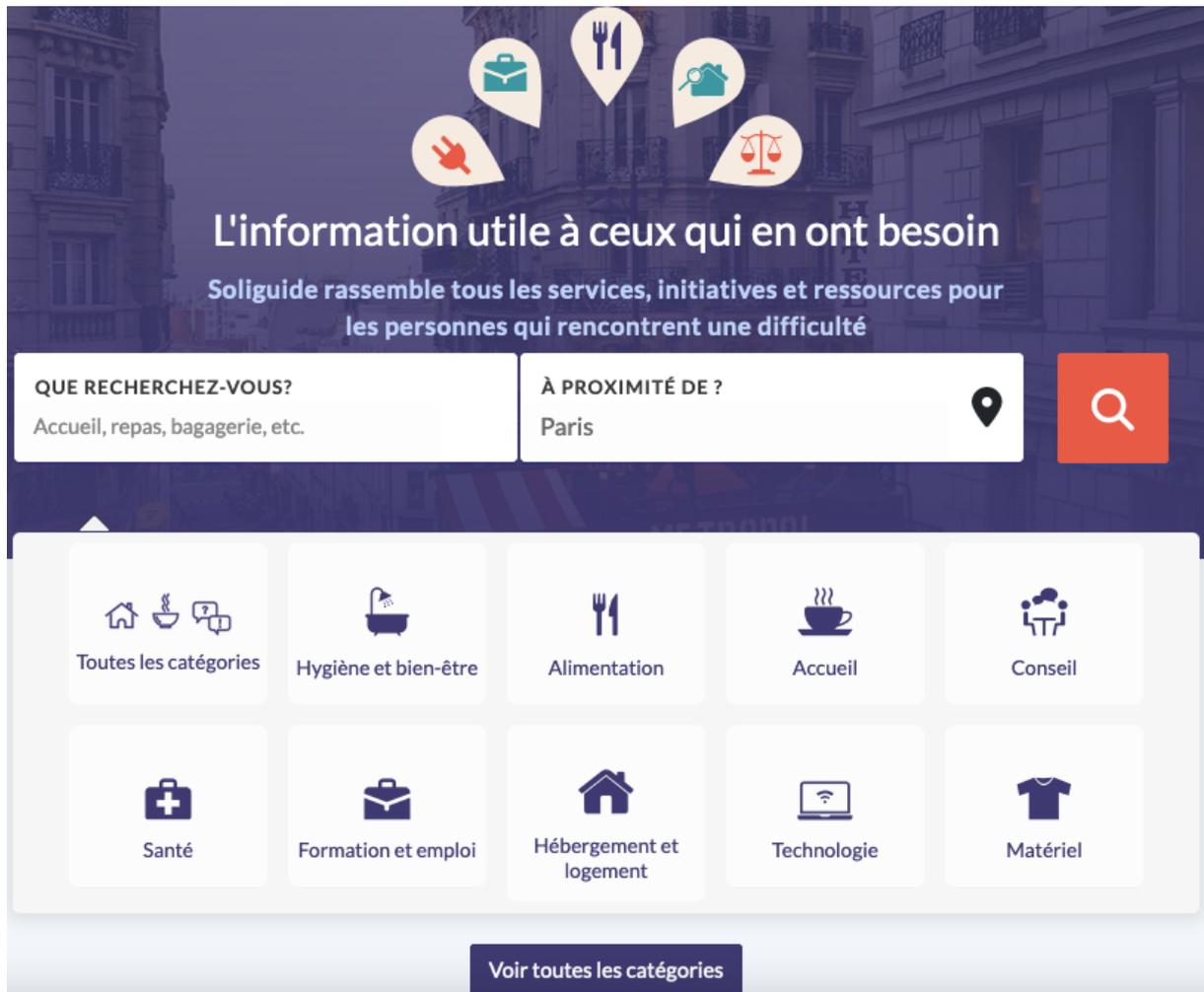
#### **DANS LA CITÉ**

- Participation aux actions des mairies : Conseil Local de Santé Mentale, réunions mensuelles de veille sociale...
- Appui, soutien, conseil aux structures associatives

Annexe VII : les dispositifs d'urgence et d'hébergement des personnes sans domicile

	<b>Dispositif</b>	<b>Mission/prestation</b>	<b>Financements</b>
<b>Premier accueil et hébergement d'urgence</b>	115 : numéro téléphonique d'accueil et d'aide aux personnes sans-abri	Accueil, écoute, information. Centralisation de l'information sur les capacités d'hébergement disponibles	Subvention (le plus fréquemment) ou dotation globale de financement (structures habilitées à l'aide sociale à l'hébergement)
	Services d'accueil et d'orientation	Accueil inconditionnel, parfois guichet unique départemental	
	Équipes mobiles	Aller vers les personnes les plus désocialisées ; « Samu social »	
	Accueils de jour	Espace en libre accès, accueil inconditionnel	
	Hébergement d'urgence	Répondre à une nécessité de mise à l'abri immédiate	
<b>Hébergement d'insertion</b>	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	Stabilisation, orientation, accès à la vie autonome (vie sociale, emploi, hébergement)	Dotation globale de financement (structures habilitées à l'aide sociale à l'hébergement)

Source : Cour des comptes, op. cit., p. 145, d'après le référentiel national « accueil, hébergement, insertion »





Cité des sciences et de l'industrie | 19-20 SEPTEMBRE 2024  
PARIS

**Transformations sociales  
et environnementales :  
re-penser les occupations**

## APPEL À COMMUNICATION

Les nombreux bouleversements climatiques et sociétaux que connaît le monde nous amènent à repenser les occupations. Directement concernée, l'ergothérapie voit ses champs de pratique et ses concepts s'adapter pour rester au plus près des réalités des communautés et des personnes.

De nombreuses initiatives ont ainsi été remarquées au sein de la communauté des ergothérapeutes. Les **5èmes assises de l'ergothérapie** sont l'occasion de partager vos réflexions, expériences, travaux, sur le thème suivant : "**Transformations sociales et environnementales : re-penser les occupations**". Venez contribuer à cet événement national autour des thématiques suivantes :

- Approche intergénérationnelle
- Citoyenneté et démocratie
- Co-construction
- Diversité et inclusion
- Durabilité et éco-responsabilité
- Environnement, urbanisme, nature
- Ergothérapie sociale, communautaire, populationnelle, citoyenne, territoriale
- Éthique
- Evolutions technologiques
- Justices : sociale, climatique, occupationnelle
- Participation
- Prévention et promotion de la santé

## Résumé

### L'accompagnement de la transition occupationnelle vers le logement des personnes sans domicile

**Mots clés :** personnes sans domicile - ergothérapie - transition occupationnelle - pluriprofessionnalité

L'accompagnement des personnes sans domicile est un sujet politique et de santé publique qui fait l'objet de questionnements multiples, tant par l'hétérogénéité des problématiques rencontrées que par la difficulté d'accès à cette population souvent qualifiée d'« invisible ». En raison de leur condition sociale, menant à des situations de stigmatisation et de non-reconnaissance des droits, les personnes sans domicile sont victimes quotidiennement d'injustices sociales menant à des injustices occupationnelles. **Problématique :** l'objectif de cette enquête est d'apporter des éléments de compréhension sur les possibilités d'accompagnement par l'ergothérapeute au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, de la transition occupationnelle vers le logement des personnes sans domicile. **Méthode :** quatre ergothérapeutes, accompagnant majoritairement des personnes sans domicile travaillant dans différentes structures ont été interrogées, et les résultats obtenus ont été analysés selon une méthode catégorielle. **Résultats :** l'analyse des résultats obtenus a montré une large diversité des pratiques centrées sur l'activité et les rôles sociaux, particulièrement influencées par leur contexte et les types de profils rencontrés. Malgré ces différences, des notions clés de valorisation des compétences, de réseau social, de collectif et de partenariats montrent l'homogénéité des objectifs et des moyens mis en œuvre par les ergothérapeutes pour soutenir la transition occupationnelle vers le logement des personnes sans domicile.

## Abstract:

### The support of occupational transition to being housed for homeless people

**Keywords:** Homeless people – Occupational therapy – Occupational transition – multi-professionality

The support of homeless people is a public health and political issue that is often questioned in regard of the heterogeneity of needs and difficulty to access these populations, often qualified as “invisible”. Because of their social condition leading to different forms of stigma and lack of recognition of their basic rights, homeless people are the daily victims of social injustice causing occupational injustice. **Questioning:** the purpose of this study is to bring some insight on the possibilities of support of the occupational transition to being housed by occupational therapists in a multi-professional team. **Method:** for occupational therapists working mostly with homeless people in different kinds of facilities were interviewed and the results were analyzed following a categorical method. **Results:** the categorical analysis of the results showed a wide diversity of practices centered on activities and social roles, influenced by the context of their practices and the diversity of the population encountered by the occupational therapist and their team. Unless these differences, some key notions like valuing competences, social network, collective, and partnerships show us the homogeneity of the objectives and means used by occupational therapist to support homeless people's transition to being housed.

BAUDET Romane

Sous la directions de Madame Ana MARQUES