



PREFMS

Pôle régional d'enseignement
et de formation aux métiers de la santé



Institut de formation en ergothérapie

- TOULOUSE -

**Précarité et handicap moteur : les facteurs
favorisant la réinsertion communautaire dans
l'accompagnement ergothérapeutique en SSR**

Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 (S6) et en
vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Directrice de mémoire : Clémence CHASSAN - MENON

LE FLOCH Sirima

Promotion 2022-2025

Engagement et autorisation

Je soussignée LE FLOCH Sirima, étudiante en troisième année, à l’Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m’engage sur l’honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d’auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

L’auteur de ce mémoire autorise l’Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n’entraîne pas une renonciation de la part de l’auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d’auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d’une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 13.05.2025

Signature de la candidate :





AUTORISATION DE DIFFUSION POUR L'ANFE

Je soussigné LE FLOCH Sirima,

Etudiant en ergothérapie de l’Institut de Formation de Toulouse

Auteur du mémoire de fin d’étude intitulé : Précarité et handicap moteur : les facteurs favorisant la réinsertion communautaire

Autorise l’ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) à :

- Permettre la consultation de mon mémoire sur la plateforme de son site Internet
www.anfe.fr
- Permettre le téléchargement de mon mémoire via ce site.

Cette autorisation est donnée dans le cadre de la convention signée entre l’ANFE et le SIEF, qui prévoit que les travaux qui auront eu une note à l’écrit supérieure ou égale à 15/20 par le jury de soutenance dans le cadre du diplôme d’Etat seront mis en ligne sur le site de l’ANFE par la direction de l’IFE.

Cette autorisation vaut acceptation de renoncer à tout règlement de droit d’auteur concernant la publication et la diffusion numérique dudit mémoire.

Fait à Toulouse,

Le 13.05.2025

Signature

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

Et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissement de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

À ma directrice de mémoire et référente pédagogique de cette dernière année d'étude, Clémence CHASSAN - MENON, merci d'avoir su me guider avec patience et bienveillance. Vos conseils avisés et votre disponibilité sans faille m'ont été très précieux.

Un grand merci à toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Je mesure la chance d'avoir appris et grandi dans cet environnement stimulant, façonné par votre engagement et votre passion.

Mes remerciements vont également aux quatre ergothérapeutes qui ont pris le temps de partager leurs expériences et leurs connaissances, rendant possible la réalisation de ce travail.

À mes camarades de promotion, merci d'avoir transformé ce parcours en une aventure collective, où la solidarité et l'entraide ont rendu la charge de travail plus légère.

À mes amis, merci pour vos éclats de rires, vos encouragements qui m'ont porté et vos oreilles attentives qui m'ont soutenue.

Enfin, merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
I. CADRE THÉORIQUE.....	2
1. Milieux Précaires et handicap moteur.....	2
1.1 Comprendre les enjeux du milieu précaire.....	2
1.1.1 Notion de précarité.....	2
1.1.2 Conséquence de la précarité sur la santé.....	4
1.1.3. Législation précarité/santé.....	5
1.2 Handicap moteur.....	6
1.2.1 Définition.....	6
1.2.3 Conséquences sur les activités de la vie quotidienne.....	7
1.3 Intersection entre handicap moteur et précarité.....	8
1.3.1 Vulnérabilités spécifiques des personnes en situation de handicap moteur et de précarité.....	8
1.3.2 Dispositifs et prise en charge du handicap-précarité.....	9
2. Réinsertion Communautaire.....	10
2.1 Définition et enjeux de la Réinsertion Communautaire.....	10
2.1.1. Concepts et principes de la réinsertion communautaire.....	10
2.1.2. Bénéfices de la réinsertion communautaire après une hospitalisation.....	11
2.1.3. Facteurs influençant la réussite de la réinsertion communautaire.....	12
2.3. L'accompagnement de la réinsertion communautaire en milieu précaire.....	13
2.3.1 Les structures d'accueil.....	13
2.3.2 L'ergothérapeute dans la réinsertion communautaire.....	14
2.3.3. Les soins médicaux de réadaptation dans la réinsertion communautaire....	16
3. Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO).....	17
3.1. Présentation du MCPO.....	17
3.2. La collaboration au cœur du MCPO.....	18
3.3. Application du MCPO à la réinsertion communautaire en situation de précarité et de handicap moteur.....	19
II. QUESTION DE RECHERCHE.....	20
III. CADRE EXPLORATOIRE.....	20
1. Méthodologie.....	20
1.1. Objectifs de l'enquête exploratoire.....	20
1.2. Méthodologie et outils de recherche.....	21
1.2.1. Recherche qualitative.....	21
1.2.2. L'entretien semi-structuré.....	22
1.3. Population cible.....	22
1.3.1. Critères d'inclusion.....	22

1.3.2. Prise de contact.....	23
1.4. Conception de l'outil de recherche.....	23
1.5. Méthodologie de recueil des données.....	24
1.5.1. Phase de pré-test.....	24
1.5.2. Déroulé des entretiens.....	24
2. Analyse du contenu des entretiens.....	25
2.1. Les outils d'analyse des données.....	25
2.2. Présentation des participants.....	26
2.3. Analyse des résultats.....	26
2.3.1. Prise en compte de la composante environnementale.....	26
2.3.1.1. L'impact du contexte socio-économique.....	26
2.3.1.2. Les facteurs culturels.....	27
2.3.1.3. La collaboration avec le réseau social du patient.....	27
2.3.2. Spécificité de l'accompagnement en ergothérapie.....	28
2.3.2.1. Compétences et rôles de l'ergothérapeute.....	28
2.3.2.2. Adaptabilité et créativité.....	29
2.3.2.3. Collaborations interprofessionnelles et partenariales.....	30
2.3.2.4. Contraintes et défis de la pratique ergothérapique.....	31
2.3.3. Approche patient-centré.....	32
2.3.3.1. Patient acteur.....	32
2.3.3.2. Autonomie et participation dans la vie courante.....	33
2.3.3.3. Suivi et suite du parcours.....	34
3. Discussion.....	35
3.1. Interprétation des résultats.....	35
3.1.1. L'adaptation de l'accompagnement aux réalités socio-économiques et culturelles.....	35
3.1.2. Le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion communautaire.....	37
3.1.2.1. La diversité des compétences mobilisées.....	37
3.1.2.2. La nécessité d'une approche collaborative : MCPO.....	37
3.1.3. Les défis de l'approche centrée sur la personne en contexte de précarité.....	38
3.1.3.1. Entre contraintes institutionnelles et besoins des patients.....	38
3.1.3.2. Le défi de rendre le patient acteur de sa réinsertion.....	39
3.1.3.3. Les obstacles à la participation sociale et communautaire.....	39
3.1.4. Les enjeux de la continuité des soins et du suivi post-hospitalisation.....	40
3.2. Réponse au questionnement initial.....	41
Conclusion.....	42
BIBLIOGRAPHIE.....	44
TABLE DES ANNEXES.....	51

TABLE DES SIGLES

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

APA : Activité Physique Adaptée

AVQ : Activités de la Vie Quotidienne

C2S : Complémentaire Santé Solidaire

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

CLSC : Centre Local de Services Communautaires (Québec)

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAD : Hospitalisation À Domicile

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LEADS : Leadership - Engager, Atteindre, Développer, Transformer, S'engager

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

MPR : Médecine physique et de réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanences d'Accès aux Soins de Santé

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

Introduction

La France, malgré un système de protection sociale reconnu, est confrontée à des inégalités socio-économiques persistantes avec notamment, d'après l'INSEE (2022), 14,4 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Cette précarité représente un déterminant majeur de santé, augmentant l'exposition à des maladies, des blessures, des violences et des accidents (Fazel et al., 2014) et générant une fréquentation hospitalière courante et répétitive (Raven et al., 2017).

La relation entre précarité et handicap est complexe, l'un exacerbe l'autre et inversement. L'observatoire des inégalités (2024) rapporte que 19,5 % des adultes handicapés vivent sous le seuil de pauvreté monétaire. De plus, un tiers des personnes disposant de moins de 1000€ par mois préfèrent utiliser une partie de leur allocation pour subvenir à leurs besoins quotidiens, compromettant ainsi l'acquisition d'aides techniques ou l'adaptation de leur environnement.

Dans ce contexte, la question de la réinsertion communautaire des personnes cumulant situation de grande précarité et handicap moteur à leur sortie de structure médicalisée constitue un enjeu de santé publique majeur. Comme le soulignent Hammell et Iwama (2012), les déterminants sociaux de la santé influencent les possibilités occupationnelles des individus et, par conséquent, leur participation sociale. L'ergothérapie, discipline dont le cœur de pratique vise à promouvoir la santé et le bien-être à travers l'occupation significative (Pierce, 2016), se trouve particulièrement concernée par cette problématique. Sa mission fondamentale d'optimisation de l'autonomie et de la participation sociale (Townsend et Polatajko, 2013) représente un levier potentiel pour une réinsertion communautaire réussie.

Cependant, les personnes en situation de handicap moteur issues de milieux précaires font face à des défis supplémentaires qui peuvent compromettre significativement leur réinsertion. Selon Marmot et al. (2020), les inégalités socio-économiques engendrent des disparités majeures en matière de réadaptation et de réintégration sociale post-hospitalisation. Si ces populations bénéficient généralement d'un accompagnement structuré en institution, la transition et l'accompagnement vers leur retour dans leur milieu de vie soulèvent des questions.

C'est dans ce contexte que la question suivante se pose : Comment l'accompagnement en ergothérapie favorise-t-elle la réinsertion communautaire des personnes en situation de handicap moteur, issues de milieux précaires, à leur sortie de structure de soins médicaux de réadaptation (SMR) ? Ce mémoire vise à explorer les stratégies et interventions ergothérapeutiques qui peuvent faciliter la transition des personnes précaires en situation de handicap moteur vers leur communauté, en tenant compte des défis spécifiques liés à leur milieu socio-économique.

Pour répondre à cette question, nous examinerons, dans une première partie, le cadre théorique. Cela passera par l'étude des notions de milieux précaires, de handicap moteur et de l'intersection de ces deux facteurs. Ensuite, nous définirons le concept de réinsertion communautaire et la place de l'ergothérapeute dans cet objectif. Nous présenterons le modèle canadien de la participation occupationnelle et l'importance de la collaboration dans celui-ci. Nous verrons dans une seconde partie, la méthodologie utilisée pour répondre à la problématique. Nous analyserons et discuterons les données recueillies. Enfin, nous conclurons par une ouverture.

I. **CADRE THÉORIQUE**

1. Milieux Précaires et handicap moteur

1.1 Comprendre les enjeux du milieu précaire

1.1.1 Notion de précarité

La précarité est définie par Joseph Wresinski (1987) comme “l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible”.

La précarité concerne plusieurs dimensions de la vie quotidienne, qu'elles soient économiques, sociales, culturelles ou relationnelles. Elle se manifeste par une instabilité qui peut toucher des aspects essentiels tels que l'emploi, le logement, la santé ou l'accès aux services. Selon le Conseil économique, social et environnemental (CESE), cette insécurité peut avoir des répercussions plus ou moins graves et conduire à une situation de pauvreté lorsque plusieurs domaines de l'existence sont affectés simultanément et de manière persistante (Lochen, 2021). Cette précarité devient alors un obstacle majeur à l'autonomie et à l'inclusion sociale.

Les notions de précarité et de pauvreté sont souvent confondues. La pauvreté se réfère à un état de privation matérielle qui se caractérise par un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté (Ordre de Malte, 2023). Contrairement à la précarité, elle est quantifiable. En France, en 2022, 9,1 millions de personnes vivaient sous le seuil de pauvreté, définis par l'INSEE comme un seuil fixé par convention à 60 % du niveau de vie médian de la population et correspondant à 1 216 euros par mois pour une personne vivant seule, soit un taux de pauvreté de 14,4 % (INSEE, 2022). Certaines catégories de la population sont particulièrement exposées à cette pauvreté monétaire, notamment les chômeurs (35,3 %), les travailleurs indépendants (18,3 %) et les familles monoparentales (31,4 %) (INSEE, 2022). La précarité, en revanche, peut affecter toutes personnes, qu'elles se trouvent au-dessus ou en dessous du seuil de pauvreté (Ordre de Malte, 2023). Elle peut être matérielle (liée au manque de biens essentiels comme le logement, l'alimentation, l'accès aux soins) et/ou relationnelle (en raison de l'instabilité des relations sociales, familiales ou professionnelles). Des événements de vie défavorables tels que le chômage, une séparation, un décès, des problèmes de santé ou encore des conditions de logement insalubres, peuvent influencer le processus de précarisation (Royer et al, 2010). Ses conséquences sont multiples et peuvent inclure une altération de l'état de santé, une détérioration des liens sociaux, et une exclusion progressive de la communauté (INSEE, 2022).

D'après une étude publiée par The Lancet, évoluer dans des conditions socio-économiques défavorables fait perdre deux années de vie, soit presque autant que la sédentarité (Stringhini et al, 2017). Ainsi, la précarité constitue un processus de fragilisation multidimensionnelle qui, lorsqu'il s'installe dans le temps, compromet les capacités de réinsertion et d'indépendance des individus. Il est essentiel de comprendre les répercussions

directes de la précarité sur la santé des individus ainsi que sur l'accès aux soins et à l'information.

1.1.2 Conséquence de la précarité sur la santé

Depuis vingt ans, de nombreuses recherches ont montré que la précarité s'accompagne d'un risque accru de morbidité, en particulier en matière de santé mentale et de maladies transmissibles (Lebas & Chauvin, 1998). Les personnes en situation de précarité accumulent plusieurs facteurs de risque et présentent des pathologies à des stades plus avancés que les autres. La précarité, par la perte des repères et des sécurités qu'elle impose, génère un affaiblissement du souci de soi et de sa santé, renforçant le sentiment de dévalorisation de soi et de désengagement vis-à-vis des soins (ADSP, n° 30, mars 2000).

Les conséquences de la précarité sur la santé sont multiples, concernant à la fois le bien-être physique et mental. Les personnes en situations de précarité ont recours plus fréquemment à des comportements à risque tels que des déséquilibres alimentaires, des consommations de substances addictives, ou encore des situations d'instabilité du logement, de violence et de maltraitance (ADSP, n° 73, décembre 2010).

De plus, ces personnes font face à une mauvaise capacité à gérer leur santé en ne la considérant pas comme une priorité face à d'autres besoins tout aussi importants (payer le loyer, se nourrir). Cela est accentué par des difficultés d'accès aux soins liées à des contraintes financières, des barrières socioculturelles, ou un manque d'information. D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), au moins 25% de personnes considérées pauvres et éligibles à une couverture maladie gratuite via la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), remplacée aujourd'hui par la complémentaire santé solidaire (C2S), n'y ont pas recours (soit entre 1,5 et 2,8 millions de personnes pauvres). La « non demande » de la CMU-C est due principalement à la complexité des démarches ou l'absence de connaissance du dispositif et de ses conditions d'accès. De fait, le recours aux soins est souvent retardé ou inadapté, contribuant à l'aggravation de pathologies qui auraient pu être traitées plus efficacement si elles avaient été détectées plus tôt.

La précarité affecte profondément la santé des individus à travers un enchaînement de facteurs physiques, psychiques, économiques et sociaux, rendant encore plus complexe l'accès à des soins appropriés et entraînant des inégalités sociales de santé.

1.1.3. Législation précarité/santé

On observe une volonté politique de réduire et lutter contre les inégalités en matière de santé et d'assurer un accès équitable aux soins pour tous. En effet, la législation française met en place divers lois et dispositifs visant à favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Un pilier de cette législation est la loi du 29 juillet 1998, qui a créé les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) hospitalières, offrant une prise en charge et un accompagnement sans coût pour le patient (Guéry, 2023).

Le cadre légal s'est renforcé avec l'article L. 6111-1-1 du code de la santé publique, qui stipule que les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé (Code de la santé publique, 2016). Cela à pour but de s'assurer que la précarité ne soit pas un obstacle à l'accès aux soins. La loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a également contribué à renforcer ce principe en affirmant le droit de chaque personne à un accès équitable aux soins, sans discrimination (Légifrance, s.d.).

Plus récemment, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a cherché à réduire les barrières financières à l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (Légifrance, s.d.). Dans cette optique, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) a été mise en place, offrant une aide financière pendant un an aux personnes aux revenus modestes pour payer une partie de leur complémentaire santé.

Malgré ces efforts, plusieurs obstacles viennent entraver l'accès aux soins pour ces personnes. La complexité administrative des démarches pour accéder aux droits peut décourager les personnes les plus vulnérables. Le manque d'information conduit souvent les personnes en situation précaire à ignorer ou méconnaître leurs droits, les empêchant d'y accéder. Le manque d'accompagnement pour effectuer les démarches administratives nécessaires reste un problème majeur pour les personnes en situation précaire (Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 2024).

Les difficultés financières et les restes à charge importants peuvent entraîner un renoncement aux soins, particulièrement pour les soins bucco-dentaires et gynécologiques. De plus, certains professionnels de santé refusent encore de prendre en charge les bénéficiaires de dispositifs d'aide, créant une forme de discrimination (Ministère de la santé et de l'accès aux soins, 2024). Ces défis persistants montrent que, malgré un cadre législatif volontariste, des améliorations sont nécessaires pour garantir un accès constant aux soins pour les personnes en situation de précarité.

1.2 Handicap moteur

1.2.1 Définition

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) identifie quatre grands types de handicap : moteur, sensoriel, mental/psychique, et cognitif/invisible. Le handicap moteur se caractérise par toute limitation ou incapacité affectant la mobilité. Cette condition peut être temporaire ou permanente, et ses origines sont diverses. Le handicap moteur peut être acquis à la suite d'un accident, d'une blessure, d'une maladie, de complications post-opératoires, ou encore lié à des causes congénitales et à des processus de vieillissement ([Département de kinésiologie et de santé](#), s.d.). Celui-ci peut avoir des causes variées telles que les accidents, maladies infectieuses, la malnutrition, les complications périnatales et les maladies chroniques (ALMA, s.d.).

Il est crucial de comprendre que chaque situation de handicap moteur est unique, ainsi que chaque individu porteur. Un même trouble ou une même déficience n'entraînera pas nécessairement les mêmes répercussions dans la vie du sujet. Cette diversité souligne l'importance d'une approche individuelle et holistique dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap moteur. Celui-ci impacte non seulement la capacité fonctionnelle de la personne, mais aussi son accès aux ressources éducatives, professionnelles et communautaires.

1.2.3 Conséquences sur les activités de la vie quotidienne

Le handicap moteur a un impact significatif sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) des personnes concernées. Selon les données de la DREES, en 2021, 13% des personnes de 15 ans ou plus vivant à domicile en France déclarent avoir au moins une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive, tandis que 6% rapportent être fortement restreintes dans leurs activités habituelles en raison d'un problème de santé. L'un des défis majeurs pour les personnes à mobilité réduite est l'accessibilité de l'environnement. Malgré certaines améliorations, de nombreux espaces publics et privés restent difficiles d'accès. Les infrastructures urbaines, comme les trottoirs et les bâtiments, présentent souvent des obstacles qui compliquent les déplacements quotidiens. De même, les transports en commun limitent encore parfois les déplacements et l'intégration sociale de ces personnes (Cap-able, 2023).

Le handicap moteur peut affecter considérablement la capacité d'une personne à effectuer certaines activités quotidiennes telles que s'habiller, utiliser des objets, porter des objets... D'après Mercier et al (2001), sur une étude sur les personnes âgées, le facteur moteur est celui contribuant le plus à l'autonomie fonctionnelle mesurée par la SMAF et l'AMPS. Ainsi, un handicap moteur pourrait limiter davantage l'autonomie fonctionnelle.

D'après une étude du rapport de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire, seulement 18% des personnes âgées de 15 à 64 ans ayant des limitations motrices déclarent avoir pratiqué au moins 10 minutes de sport ou de musculation au cours d'une semaine habituelle, contre 52% pour la population générale (Rapport de l'INJEP, 2024). Cette étude montre l'impact du handicap moteur dans la réalisation des loisirs et notamment des activités sportives.

Mercan et al (2021) cherchent à étudier le niveau des AVQ en fonction du handicap physique chez les personnes âgées handicapées vivant à Kirkclareli en Turquie. Ils remarquent que les personnes âgées souffrant de déficiences auditives et celles souffrant de troubles orthopédiques étaient plus susceptibles d'être dépendantes d'autres personnes lorsqu'elles accomplissent au moins une AVQ.

L'accès à l'éducation et à l'emploi fait partie des défis significatifs pour les personnes en situation de handicap moteur. Les obstacles incluent également les préjugés, le manque de

sensibilisation et les infrastructures inadaptées. Les employeurs peuvent hésiter à recruter des candidats handicapés en raison de stéréotypes, tandis que les établissements éducatifs peinent à offrir un environnement d'apprentissage véritablement inclusif (Cap-able, 2023).

La vie sociale des individus est souvent impactée suite au handicap. Elle est rendue difficile par l'inaccessibilité de certains lieux de rencontre et les préjugés sociaux. Cela a un impact direct et significatif sur la vie amoureuse et familiale et peut amener à l'isolement (Cap-able, 2023).

Les conséquences du handicap moteur sur les AVQ sont multidimensionnelles, affectant non seulement la mobilité et l'indépendance, mais aussi l'accès à l'éducation, à l'emploi et aux relations sociales. On peut se demander ce qu'il en est lorsque le facteur précarité s'ajoute à l'équation.

1.3 Intersection entre handicap moteur et précarité

1.3.1 Vulnérabilités spécifiques des personnes en situation de handicap moteur et de précarité

Le handicap moteur et la précarité s'influencent mutuellement, créant une situation de double vulnérabilité qui affecte profondément la qualité de vie des personnes concernées.

Le handicap moteur peut conduire à une situation de précarité. 19% des adultes handicapés vivent sous le seuil de pauvreté, contre 13% dans la population générale (Drees). En 2022, seuls 38% des personnes reconnues handicapées occupaient un emploi, contre 68% dans la population générale (rapport CIDJ, 2024). Cela influence le niveau de vie et peut s'accompagner du risque d'entrer sous le seuil de pauvreté monétaire.

Dans le sens inverse, la précarité est considérée comme un facteur aggravant du handicap. Un tiers des personnes ayant moins de 1000€ par mois pour vivre préfèrent utiliser une partie de leurs ressources financières pour survivre au quotidien, au détriment de la compensation de leur handicap (Handicap et pauvreté, ONU). Les personnes précaires ont tendance à moins recourir aux services de prévention et de dépistage, et leur suivi médical est souvent moins régulier. La précarité peut limiter l'accès à un logement adapté et aux aides techniques nécessaires, aggravant ainsi les effets du handicap.

Les difficultés sont exacerbées lors du cumul handicap et précarité. Les personnes handicapées sont particulièrement exposées à la précarité financière : la moitié d'entre elles ont un niveau de vie inférieur à 1 512 euros par mois, soit 300 euros de moins que le niveau de vie médian des personnes valides (rapport CIDJ, 2024).

Cette population est davantage confrontée à l'isolement social. En effet, 30% des personnes ayant un handicap sévère vivent seules (Drees, 2023). Il ressort également un niveau d'éducation plus faible, pouvant expliquer les difficultés dans les démarches administratives et dans l'accès aux soins. Seule 17% des personnes handicapées possèdent un diplôme supérieur au bac, contre 34% de la population générale du même âge (Rapport CIDJ, 2023). Ces vulnérabilités multiples créent un cercle vicieux où handicap et précarité se renforcent mutuellement, rendant particulièrement complexe la sortie de cette situation et sa prise en charge. Il n'existe pas, en France, de chiffre officiel, unique et actualisé représentant le taux de personnes précaires vivant avec un handicap moteur. Cependant environ 17 % de la population générale présente un handicap moteur (DRESS, 2023), on peut penser que ce taux est sous-estimé chez les personnes à la rue, car elles sont davantage exposées aux accidents, aux maladies chroniques et à la dégradation physique liée à la précarité.

1.3.2 Dispositifs et prise en charge du handicap-précarité

Des aides financières sont mises en place pour lutter contre la précarité dans le handicap.

L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), revalorisée à 900€ en novembre 2019, se veut lutter contre la pauvreté des personnes handicapées. Cependant ce montant est toujours sous le seuil de pauvreté monétaire. On retrouve également la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) aidant à couvrir les frais liés au handicap, et la Majoration pour la Vie Autonome, venant en complément à l'AAH pour les personnes vivant dans un logement indépendant (handicap.gouv, 2021).

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) créées en 1998 sont des services hospitaliers spécialisés qui jouent un rôle crucial dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes précaires. Elles agissent comme des acteurs pivots sur leur territoire mais sont aussi des garants de l'accès aux soins pour les populations vulnérables (santé.gouv, 2024).

Elle coordonne les soins entre l'hôpital, la médecine de ville et les dispositifs sociaux et médico-sociaux.

On commence à voir l'essor du “aller vers” les personnes en situation de précarité. En effet, au vu des difficultés rencontrées en termes de finance, de déplacement et de prise d'information, des dispositifs consistant à se rendre auprès des patients et non à attendre qu'ils se déplacent ont commencé à voir le jour. C'est par exemple le cas des Équipes Mobiles Psychiatrie et précarité, généralisées sur le territoire depuis 2005. Ces équipes interviennent auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion présentant des troubles psychiques et également auprès des professionnels en lien direct avec ces publics (santé.gouv, 2024).

Ainsi, plusieurs dispositifs sont mis en place pour prendre en charge les enjeux des soins impliquant l'intrication du handicap et de la précarité. La prise en soin du handicap n'est qu'une étape dans le parcours des patients vers une amélioration de leur qualité de vie. Au-delà de la prise en charge médicale et des aides financières, il est essentiel de considérer la réinsertion communautaire comme un objectif à part entière dans l'accompagnement des personnes vulnérables.

2. Réinsertion Communautaire

2.1 Définition et enjeux de la Réinsertion Communautaire

2.1.1. *Concepts et principes de la réinsertion communautaire*

D'après Brunet, 1992, “ la réinsertion communautaire désigne le processus par lequel une personne, souvent après une période de maladie, de réhabilitation ou d'incarcération, retrouve sa place et son rôle au sein de la communauté.” Ce concept s'inscrit dans une approche globale visant à améliorer la qualité de vie et l'autonomie des individus, tout en favorisant leur intégration et leur participation active dans la société. Pour comprendre pleinement le concept de réinsertion communautaire, il est essentiel de définir ce qu'est une communauté. Médard (1969), en propose une définition globale : c'est "à la fois un endroit, des gens vivant en cet endroit, l'interaction entre ces gens, les sentiments qui naissent de cette interaction, la vie commune qu'ils partagent et les institutions qui règlent cette vie". Cette définition souligne l'importance des liens sociaux et du sentiment d'appartenance dans la constitution d'une communauté. Dans un sens plus large, la communauté peut être définie

comme un groupe humain possédant un intérêt commun, impliquant des liens plus forts que la société ou la collectivité, et signifiant qu'il y a eu adhésion volontaire ou prise de conscience (Brunet, 1992).

La réinsertion communautaire vise plusieurs objectifs tels qu'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des individus, tout en favorisant leur intégration et leur participation active dans la société. Elle favorise un sentiment d'utilité et d'appartenance, valorise l'estime de soi et participe à l'inclusion sociale.

2.1.2. Bénéfices de la réinsertion communautaire après une hospitalisation

La réinsertion communautaire après une hospitalisation représente un processus essentiel pour améliorer le bien-être des personnes en situation de handicap moteur. Cette réintégration permet non seulement de réduire le temps passé en milieu hospitalier, mais elle facilite également le retour à une vie quotidienne plus indépendante et facilitée par les interactions sociales et le soutien de la communauté. Ce réseau favorise l'expression des émotions et permet d'obtenir des feedbacks constructifs, favorisant le rétablissement psychologique et l'adaptation au handicap.

Le sentiment d'appartenance d'après Campeau et al. (1993) est le fait de se sentir comme une partie intégrante d'un « nous ». Shields, (2008) montre que le sentiment d'appartenance à la communauté est fortement corrélé à l'état de santé physique et mental.

Les travaux de Glazier et al. (2004), menés sur un échantillon de 2 052 mères canadiennes, montrent que le soutien social de la part du partenaire, de la famille et des amis joue un rôle en réduisant le stress et les symptômes anxioc-dépressifs. Cette étude illustre que la perception d'un soutien social efficace peut grandement contribuer au bien-être général.

D'après Gagnon et al. (2001), une partie de la responsabilité des soins a été transférée vers les proches et les communautés suite à la volonté d'écourter les séjours hospitalier et le développement des services de proximité. Cette évolution permet d'assurer une continuité des soins et un environnement favorable à la récupération en dehors des structures médicales. (Piérart, 2014).

Ainsi, la réinsertion communautaire après l'hospitalisation ne se limite pas à un simple retour à domicile, mais constitue un processus global qui intègre le soutien social,

l'autonomie et la participation active au sein de la communauté. En favorisant un réseau de soutien diversifié et en adaptant les ressources disponibles aux besoins individuels, cette approche améliore significativement la qualité de vie et le bien-être des personnes concernées.

2.1.3. Facteurs influençant la réussite de la réinsertion communautaire

Plusieurs facteurs participent à la réussite de la réinsertion communautaire. Les travaux de Hammell et Iwama (2012), soulignent que les déterminants socio-économiques influencent directement les possibilités de participation occupationnelle et de réinsertion communautaire. Le mésoenvironnement communautaire comprend le soutien des proches (Foley et al., 2014), les actions visant une inclusion sociale, scolaire et professionnelle, et la promotion de l'autodétermination (Caouette et Lachapelle, 2014). Tous ces éléments peuvent soit faciliter soit entraver la réinsertion communautaire. La création de contextes favorables à l'autonomie, les occasions de participer aux décisions et le développement de la participation sociale sont des éléments essentiels pour faciliter la réinsertion. Les actions visant l'inclusion sociale, scolaire et professionnelle sont essentielles pour permettre à ces personnes de retrouver leur place dans la société (Foley et al., 2014). Par exemple, rendre un bâtiment accessible, fournir des outils de communication adaptés, ou former le personnel à l'accueil des personnes en situation de handicap sont des ajustements indispensables pour faciliter la participation sociale et professionnelle.

Une méta-synthèse qualitative sur les obstacles et facilitateurs de la réinsertion communautaire au cours de la première année suivant un AVC révèle que la persévérance, l'adaptabilité et la capacité à surmonter les défis émotionnels facilitent cette réintégration (Walsh et al, 2014). Un soutien approprié de la part de la famille, des amis, de la communauté élargie et des professionnels de santé est crucial. Il est également nécessaire que les activités thérapeutiques soient significatives et adaptées aux besoins spécifiques de chaque individu pour optimiser la réinsertion communautaire et ses bienfaits (Walsh et al, 2014). Ces conditions facilitent l'adaptation progressive aux exigences de la vie quotidienne et renforcent le sentiment de maîtrise personnelle. Cela permet de reconstruire des repères essentiels à la confiance en soi et à l'autonomie, favorisant la réinsertion communautaire (Walsh et al, 2014).

Un autre facteur déterminant est l'auto-efficacité générale, soit, la croyance en sa capacité à accomplir des tâches et à surmonter des difficultés (Brent et al, 2015). En effet,

d'après les résultats de l'étude de Brent et al (2015), les militaires blessés ayant des scores d'auto-efficacité plus faibles rencontrent davantage de difficultés liées aux barrières environnementales, perçoivent leurs blessures comme plus invalidantes et ont une réinsertion moins réussie. Ainsi, les contextes personnels et environnementaux après une période de réhabilitation jouent un rôle significatif dans la fréquence et la satisfaction de la participation à la vie communautaire. Pour les militaires blessés, la présence d'un réseau de soutien efficace et la prise en compte des réalités de leur environnement quotidien influencent grandement leur réinsertion (Brent et al, 2015).

La réussite de la réinsertion dépend donc d'une combinaison de facteurs, incluant une réadaptation réaliste, le développement de l'auto-efficacité, l'élimination des barrières environnementales et un soutien social adéquat. Il apparaît alors essentiel d'utiliser une approche globale et holistique pour favoriser l'intégration des personnes en situation de handicap dans la communauté et améliorer leur qualité de vie.

2.3. L'accompagnement de la réinsertion communautaire en milieu précaire

2.3.1 Les structures d'accueil

La réinsertion communautaire des personnes en situation de précarité et de handicap représente un défi majeur pour notre société. Plusieurs dispositifs ont été mis en place pour faciliter cette transition entre l'hospitalisation et le retour à la vie quotidienne.

Certaines structures, post-hospitalisation et pré-lieux de vie, proposent des solutions d'hébergement temporaire avec une prise en charge médicale ou une coordination thérapeutique. On retrouve les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). Ce sont des hébergements individuels et temporaires pour les personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. La durée de séjour est définie sur la base d'un projet individuel.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont des hébergements en structure collective avec restauration et blanchisserie. Ils accueillent les pathologies aiguës nécessitant des soins infirmiers. La durée de séjour s'étend à 2 mois maximum.

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) accueillent les pathologies chroniques lourdes et invalidantes dans des hébergements collectifs. Ils requièrent la présence d'une équipe infirmière 24 h/24.

Des dispositifs d'Accompagnement à domicile existent également. Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) propose un suivi adapté aux personnes en situation de handicap dans leur environnement de vie. Ces différentes structures jouent un rôle crucial dans le processus de réinsertion communautaire. Elles offrent un cadre sécurisant et un accompagnement personnalisé, permettant aux personnes vulnérables de retrouver progressivement leur autonomie et de se réadapter à la vie en société.

Malgré ces dispositifs, plusieurs questions persistent quant à l'efficacité à long terme de ces prises en charge : La durée limitée de l'hébergement soulève la question du "et après ?". La faible présence, voire l'absence, d'ergothérapeutes dans ces structures, comme le montrent les fiches pratiques du ministère chargé du logement, interroge sur la qualité de l'accompagnement vers l'indépendance. Ces constats mettent en lumière la nécessité de repenser l'approche de la réinsertion communautaire pour les personnes en situation de précarité et de handicap. Une prise en charge plus globale et à plus long terme, intégrant les compétences spécifiques des ergothérapeutes, pourrait permettre une meilleure adaptation aux besoins individuels et favoriser une réinsertion durable dans la communauté.

L'enjeu principal reste de trouver un équilibre entre l'accompagnement temporaire et la construction d'un projet de vie à long terme, permettant aux personnes vulnérables de retrouver pleinement leur place dans la communauté.

2.3.2 L'ergothérapeute dans la réinsertion communautaire

D'après l'arrêté du 5 juillet 2010 concernant le Diplôme d'Etat en ergothérapie, l'ergothérapeute est défini comme "un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social. Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances motrices, sensorielles, cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique".

L'ergothérapie passe par les occupations pour promouvoir la santé. L'occupation correspond, d'après Polatajko et al, 2013, “à un ensemble d'activités qui structurent la vie et qui est porteur de sens pour l'individu ou la collectivité, comme l'alimentation, l'éducation, le travail, le jeu ou le repos”. Ainsi, l'ergothérapeute a totalement sa place pour intervenir dans la réinsertion communautaire des personnes en situation de précarité et de handicap.

L'ergothérapie adopte une approche communautaire qui s'appuie sur les forces et les atouts de l'environnement proche. L'environnement étant un des principaux facteurs d'injustice occupationnelle, il est considéré comme un élément fondamental dans l'approche communautaire. La pratique communautaire repose sur le concept de communauté en santé, c'est-à-dire d'une communauté qui crée des environnements sécurisants et développe des ressources permettant de « se soutenir mutuellement pour accomplir toutes les fonctions de la vie et de réaliser pleinement leur potentiel » (OMS, 1999). L'ergothérapie agit sur le développement de moyens durables et pérennes pour que la personne ait des occupations bénéfiques sur sa santé au quotidien. En adoptant une approche centrée sur le client, l'ergothérapeute laisse libre choix au patient, sans lui imposer de structure d'hébergement ou d'abandon de son lieu de vie.

Au Québec, les ergothérapeutes ont innové dans leurs pratiques professionnelles en proposant des services directement dans le milieu de vie de la personne, s'appuyant sur les principes de santé communautaire. Ils travaillent au sein des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), intervenant dans le milieu écologique des personnes précaires ou dans les organismes communautaires. La durée de prise en charge peut varier de quelques semaines à plusieurs mois, selon les besoins de la personne (Gouvernement du Québec, 2023).

Malgré l'importance de l'ergothérapie dans la réinsertion communautaire, sa présence reste limitée dans certaines structures comme les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). L'ergothérapie, avec son approche holistique et communautaire, a le potentiel de jouer un rôle central dans la réinsertion des personnes en situation de précarité et de handicap. Son intégration plus systématique dans les dispositifs existants pourrait grandement améliorer les résultats à long terme de la réinsertion communautaire.

2.3.3. Les soins médicaux de réadaptation dans la réinsertion communautaire

Les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), anciennement appelés Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), constituent une étape essentielle dans le parcours de soins des patients nécessitant une rééducation après une hospitalisation en phase aiguë. D'après le dictionnaire médical de l'académie de médecine : ce sont les “*soins donnés dans des établissements ayant pour objectif de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion*” (2020). La France compte 1625 établissements de SMR, dont 42% faisant partie des secteurs publics (PMSI SSR 2019). Les équipes sont composées de médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, orthophonistes, assistants sociaux, etc. Les soins sont organisés autour d'un projet thérapeutique personnalisé, élaboré en concertation avec le patient et son entourage (HAS).

La réforme de 2022 a introduit un nouveau régime d'autorisation des activités de SMR, visant à structurer l'offre autour de mentions spécifiques (système nerveux, locomoteur, gériatrie, etc.) et à renforcer l'expertise des établissements (santé.gouv).

La sortie d'un SMR est une étape cruciale du parcours de soins et peut s'orienter vers le retour à domicile, l'entrée en structure médico-sociale, ou une poursuite des soins en ambulatoire. L'objectif est de garantir la sécurité du patient et de prévenir les risques de réhospitalisation. Selon la Haute Autorité de Santé, la sortie doit être préparée en amont, avec l'élaboration d'un plan de soins post-SMR, incluant les prescriptions médicales, les aides techniques, les adaptations du domicile, et les relais avec les professionnels de ville .

L'ergothérapeute joue un rôle central dans le processus de réadaptation en SMR. Il évalue les capacités fonctionnelles du patient, identifie les limitations dans les activités de la vie quotidienne, et propose des interventions visant à restaurer l'autonomie. Cela inclut la rééducation des fonctions motrices, sensorielles, cognitives et psychiques, ainsi que l'adaptation de l'environnement (AOTA, 2020). Dans le cadre de la préparation à la sortie, et selon le référentiel de certification de l'évaluation de la prise en charge soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'HAS, en 2020, l'ergothérapeute réalise des évaluations en situation écologique pour anticiper les difficultés à domicile. Il propose également des aménagements

du logement et des aides techniques, participe à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage (Haute autorité de santé, 2020).

Les personnes en situation de précarité et de handicap moteur acquis, sont amenées à rencontrer les ergothérapeutes dans ces établissements de SMR publics, conçus pour limiter les inégalités d'accès aux soins et proposer un accompagnement adapté à la complexité de leurs besoins, notamment grâce à la coordination avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux (complémentaire santé solidaire, 2024).

3. Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO)

3.1. Présentation du MCPO

Le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) (Cf Annexe 1) est introduit en 2022 grâce à un groupe de recherche de plus de 30 auteurs. Il s'agit d'une évolution des modèles canadiens précédents tels que le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO). Ce modèle actualisé place au centre de l'intervention non plus uniquement l'individu, mais sa capacité à participer à des occupations porteuses de sens, dans des environnements relationnels, culturels et sociaux riches.

La participation occupationnelle est ici définie comme “avoir l'accès à, initier et maintenir des activités valorisées dans des relations et des contextes signifiants” (Egan et Restal, 2023). L'innovation majeure du MCPO réside dans sa rupture avec les catégorisations rigides : il adopte une posture ouverte, refusant de restreindre les occupations à des typologies fixes, et valorise les vécus subjectifs comme leviers d'intervention (Egan et Restal, 2023).

Au cœur de ce modèle, on retrouve l'idée que les occupations significatives sont co-construites à travers des interactions sociales et contextuelles. Ainsi, l'ergothérapeute ne se positionne pas comme simple expert technique, mais comme partenaire de collaboration, en reconnaissant les savoirs expérientiels des personnes accompagnées. Ce positionnement professionnel est guidé par les principes de justice sociale, d'équité, de réflexivité critique et de contextualisation des soins.

Le MCPO explore les possibilités présentes dans les contextes micro (vie quotidienne, domicile), méso (réseaux sociaux, services de proximité), et macro (société, politiques publiques), d'accéder, d'initier et de maintenir la participation.

Par ailleurs, le MCPO repose sur un cadre conceptuel intégrateur, englobant les dimensions éthiques, épistémologiques et pratiques de l’ergothérapie. Il propose une vision de l’intervention comme un processus dynamique, adapté en permanence à la personne et à ses environnements, et inscrit dans une perspective de durabilité : il ne s’agit pas seulement de permettre une participation immédiate, mais de créer les conditions de sa pérennité après la fin du suivi.

Enfin, le modèle encourage une posture de leadership éthique de la part des ergothérapeutes, afin de promouvoir les droits à la santé, à la dignité et à la participation. Ce leadership peut prendre plusieurs formes (transformateur, au service des autres, authentique, partagé) et s’incarne à travers des comportements proactifs, collaboratifs et inclusifs visant à améliorer les systèmes de soins et de soutien (Egan et Restal, 2023).

3.2. La collaboration au cœur du MCPO

L’un des piliers du MCPO est la relation collaborative, envisagée comme une composante essentielle du soin. Cette posture relationnelle repose sur la co-construction d’un espace sécurisant et respectueux, notamment des croyances spirituelles, des appartenances culturelles, ou encore des trajectoires de vie marginalisées (Egan et al, 2022). .

Cette relation est présentée non comme un simple cadre de communication, mais comme un outil thérapeutique en soi. L’ergothérapeute est ainsi appelé à intégrer pleinement les réalités et les perspectives de l’individu ou du groupe dans sa démarche, dans un esprit de co-construction et de réciprocité. Cette posture s’accompagne de la reconnaissance de l’autodétermination, du respect des droits fondamentaux, et de la valorisation des capacités de chaque personne à être acteur ou actrice de son propre parcours (Egan et al, 2022).

Dans ce cadre, l’ergothérapeute ne travaille pas uniquement avec la personne, mais aussi avec ses proches, ses groupes de référence et les professionnel·le·s de son environnement. Cette dynamique pluripartenaire est essentielle pour renforcer l’impact des interventions et assurer leur continuité après la sortie du système de soins.

La pratique fondée sur la collaboration inclut également une réflexivité constante de la part du thérapeute, qui doit interroger ses propres représentations, reconnaître ses priviléges, et s’assurer d’une posture réellement inclusive. Le CanPPERC (Cadre Canadien du Processus de Pratique Ergothérapique axée sur les Relations Collaboratives) (Cf Annexe 2), issu du

MCPO, fournit des repères concrets pour guider cette démarche : créer du lien, comprendre les contextes, définir ensemble les objectifs, soutenir la participation, et accompagner la transition (Egan et al, 2022). Dans ce dernier, on entend la suite après l'accompagnement en ergothérapie. Cela souligne l'importance de la transition et de la poursuite du parcours de soins et se joint à la réinsertion communautaire.

Enfin, le modèle met en lumière l'importance de l'engagement durable : la relation thérapeutique ne vise pas une simple amélioration fonctionnelle, mais une transformation en profondeur des conditions de participation, en lien avec les ressources personnelles et collectives disponibles. Dans cette optique, l'ergothérapeute agit aussi comme facilitateur de transition, en préparant activement la suite du parcours, au-delà du temps de l'intervention.

3.3. Application du MCPO à la réinsertion communautaire en situation de précarité et de handicap moteur

Le MCPO ayant fait son essor en 2022, il y a peu d'études publiées la reliant à la population vulnérable et au handicap physique. Cependant, ce modèle apparaît pertinent pour aborder la réinsertion communautaire dans cette population. Son approche centrée sur la participation occupationnelle et les relations collaboratives permet une intervention holistique et adaptée aux besoins spécifiques de ces individus.

Le modèle favorise une intervention adaptée aux réalités culturelles, sociales et économiques des personnes. Il reconnaît que les normes dominantes d'occupation ne sont pas universelles, et que chaque trajectoire est singulière. En cela, il constitue un outil puissant de lutte contre les injustices occupationnelles, notamment celles liées à la pauvreté, à l'exclusion sociale, ou à l'assignation à des rôles passifs dans les dispositifs médico-sociaux.

Le MCPO valorise l'idée que chaque personne est experte de sa propre situation et doit être considérée comme co-auteur de son projet de participation. Dans le contexte de la réinsertion communautaire, cela implique un accompagnement individualisé qui respecte les temporalités, les priorités et les capacités d'action des personnes, tout en mobilisant leur réseau social et communautaire (Egan et Restal, 2023).

La flexibilité du MCPO permet aussi de s'adapter aux ruptures de parcours, aux environnements instables ou peu sécurisants, souvent rencontrés dans les trajectoires de

précarité. Cette plasticité méthodologique rend possible une intervention contextualisée, évitant les logiques standardisées ou prescriptives qui peuvent renforcer la marginalisation.

Ainsi, dans le cadre de la réinsertion, le MCPO propose une grille de lecture et d'action à la fois inclusive, respectueuse et dynamique, permettant des projets de vie réalistes et durables pour les personnes concernées.

II. QUESTION DE RECHERCHE

La réinsertion communautaire des personnes en situation de handicap physique, particulièrement celles issues de milieux précaires, représente un défi majeur pour notre société. À leur sortie de structure, ces individus font face à de nombreux obstacles qui peuvent entraver leur pleine participation sociale et leur indépendance. Dans ce contexte, l'ergothérapie apparaît comme une discipline clé pour faciliter cette transition et promouvoir une réinsertion réussie, cependant, il est encore peu représenté dans les structures d'accompagnement de ces populations.

L'objectif de ce travail de recherche sera donc de développer autour de la question suivante : *Comment l'accompagnement en ergothérapie favorise-t-elle la réinsertion communautaire des personnes en situation de handicap moteur, issues de milieux précaires, à leur sortie de SMR ?*

III. CADRE EXPLORATOIRE

1. Méthodologie

1.1. Objectifs de l'enquête exploratoire

Comme le soulignent Hammell et Iwama (2012), les contextes socio-économiques des sujets ont un impact direct sur les opportunités de participation occupationnelle et de réinsertion communautaire. Nous avons vu par nos recherches que même si l'ergothérapeute à totalement son rôle dans l'accompagnement de ces personnes, il est très peu présent dans les structures faisant le relai entre l'hospitalisation et le retour dans la communauté. Notre enquête vise à identifier les leviers ergothérapeutiques spécifiques permettant de répondre aux

défis multidimensionnels rencontrés par les personnes en situation de handicap moteur issues de milieux précaires.

Conformément à notre question de recherche, les objectifs de cette enquête sont les suivants :

- Recueillir le point de vue des ergothérapeutes sur les obstacles spécifiques à la réinsertion communautaire liés à l'intersection handicap moteur/précariété.
- Identifier les stratégies d'intervention prioritaires selon les pratiques des ergothérapeutes, pour favoriser l'autonomie dans les AVQ malgré les contraintes socio-économiques.
- Identifier si la collaboration, présente dans le MCPO, est un axe essentiel dans la pratique des ergothérapeutes auprès de ses populations.
- Explorer les facteurs systémiques ou autres, influençant la réussite ou l'échec de la réinsertion : accès aux dispositifs d'aide, coordination interprofessionnelle, temporalité des accompagnements

1.2. Méthodologie et outils de recherche

1.2.1. Recherche qualitative

Le choix d'une approche qualitative permet d'explorer des dimensions subjectives, telles que les ressentis, les perceptions et les représentations sociales, qui ne peuvent être saisies par une méthode quantitative. Elle favorise une compréhension contextualisée et nuancée des réalités individuelles et collectives. D'après Denzin et Lincoln (2018), « la recherche qualitative permet une immersion dans les pratiques sociales et l'accès à des significations profondes ». Ainsi, “elle implique toutefois un positionnement particulier du chercheur qui (...) reste ouvert aux sens et aux interprétations que les personnes enquêtées donnent à leurs propres pratiques” (Balard et al, 2023). C'est pour cela que cette approche s'inscrit pleinement dans l'objectif de mieux comprendre l'accompagnement en ergothérapie dans la réinsertion communautaire des personnes cumulant handicap moteur acquis et précarité.

1.2.2. L'entretien semi-structuré

Nous avons fait le choix de l'entretien semi-structuré parmi les outils proposés par l'approche qualitative : entretien de recherche, questionnaire, sondage, technique Delphi et le récit de vie. En effet, “*l'entretien semi-directif, en permettant de disposer d'un guide souple, favorise l'expression des personnes interrogées tout en assurant une certaine comparabilité des données recueillies. Il offre la possibilité de relancer, de préciser, d'approfondir certains points, ce qui le rend particulièrement adapté à l'exploration de phénomènes complexes et peu connus*” (Blanchet & Gotman, 2010). Ce choix méthodologique s'avère pertinent dans le contexte de notre recherche, qui vise à explorer les facteurs facilitant la réinsertion communautaire des personnes en situation de handicap moteur issues de milieux précaires, à leur sortie de structure de soins médicaux de réadaptation.

En effet, la complexité des parcours de vie, la diversité des obstacles rencontrés et la multiplicité des stratégies d'accompagnement nécessitent une méthode permettant d'accéder à la richesse des expériences individuelles, tout en garantissant une certaine homogénéité dans la collecte des données. L'entretien semi-structuré répond à ces exigences, car il permet d'explorer en profondeur les perceptions, les représentations et les pratiques des ergothérapeutes, tout en laissant la place à l'émergence de thèmes inattendus ou spécifiques à chaque situation (Kaufmann, 2016).

1.3. Population cible

1.3.1. Critères d'inclusion

Le choix des participants et la définition des critères d'inclusion sont des étapes essentielles dans la construction d'un échantillon pertinent en recherche qualitative. Il s'agit de sélectionner des personnes dont l'expérience, le vécu ou l'expertise sont en adéquation avec la problématique étudiée, afin de garantir la richesse et la pertinence des données recueillies (Blanchet & Gotman, 2010). Nous retenons alors les participants selon les critères d'inclusions suivants :

- Etre ergothérapeute diplômé d'Etat
- Travaillant ou ayant travaillé en SMR / SSR pendant 1 an et demi ou plus.
- Exerçant sur un des territoires français où la population vivant sous le seuil de pauvreté monétaire est le plus élevé en 2021, selon l'INSEE (cf Annexe 3).

En effet, et en conséquence de la loi Jardé, il est primordial d'interroger des ergothérapeutes (légifrance, s.d). Au vu de notre sujet, il apparaît également essentiel que celui-ci soit fréquemment confronté aux populations en situation de précarité afin de soulever l'aspect multidimensionnel et variable de ces contextes.

1.3.2. Prise de contact

La prise de contact s'est effectuée par mail, via un message d'invitation à participer à la recherche. Cette procédure respecte les recommandations éthiques de l'INSERM (2013) sur la recherche impliquant des êtres humains. Les coordonnées de ces ergothérapeutes ont été regroupées grâce aux réseaux des formateurs de l'institut de formation de Toulouse. Ainsi, 8 ergothérapeutes répartis sur la Seine-Saint-Denis, la Réunion, la Guadeloupe et Mayotte, ont été contactés lors de la première semaine de mars 2025. Une relance par mail a été réalisée deux semaines plus tard. Quatre ergothérapeutes de chaque territoire ont répondu positivement et ont été sélectionnés pour répondre à notre étude. Des échanges de numéros et de compte sur des réseaux sociaux ont permis de faciliter la communication et de fixer les dates des entretiens. Un formulaire de consentement à l'enregistrement de la voix fut transmis par mail deux jours avant la date de l'entretien (Cf Annexe 4).

1.4. Conception de l'outil de recherche

Le guide d'entretien semi-structuré (Cf Annexe 5) a été élaboré à partir de la problématique de recherche et enrichi par la revue de la littérature. Comme le recommande Kauffmann (2016), « *le guide d'entretien doit être suffisamment structuré pour garantir la comparabilité des discours, mais assez ouvert pour permettre l'émergence de thèmes imprévus* ». La conception de cet outil s'appuie sur les recommandations méthodologiques de l'entretien qualitatif, qui soulignent l'importance de la clarté, de la neutralité et de la progressivité des questions (Blanchet & Gotman, 2010). Le guide d'entretien peut subir diverses évolutions et changements au cours de l'enquête : lors de la phase exploratoire, il est en construction, puis il deviendra définitif pour « obtenir des entretiens de contenu homogène où tous les points prévus seront abordés » (Combessie, 2007, p. 24).

La conception de ce guide répond à la nécessité d'explorer en profondeur les expériences, perceptions et pratiques professionnelles, tout en assurant une certaine comparabilité des données recueillies (Blanchet & Gotman, 2010)

Tout d'abord, nous prenons soin de préciser au début du guide et après une brève introduction, la possibilité pour l'interviewée de cesser l'entretien ou de ne pas répondre à la question quand il le souhaite. Ensuite, nous avons construit notre guide d'entretien selon trois sections : pratique clinique, préparation à la sortie et réinsertion, évaluation et perspectives permettant de finir sur une des questions vastes et permettre à l'interviewée d'apporter des précisions ou d'aborder tout sujet qui lui semble important.

Toutes les questions ont été rédigées sous forme ouverte, permettant ainsi aux participants de développer librement leurs réponses et de faire émerger des éléments inattendus ou spécifiques à leur expérience (Kaufmann, 2016). Conformément aux recommandations méthodologiques, une attention particulière a été portée à la clarté, la neutralité et la progressivité des questions, afin de favoriser un climat d'échange propice à la confidence et à l'expression nuancée des vécus (Blanchet & Gotman, 2010). Enfin, le guide se clôture par le remerciement de la personne interrogée.

1.5. Méthodologie de recueil des données

1.5.1. Phase de pré-test

Avant le recueil effectif des données, une phase de test du guide d'entretien a été réalisée auprès de deux étudiantes de l'IFE de Toulouse. Cette étape permet de vérifier la pertinence, la compréhension et la cohérence des questions, et d'ajuster l'outil si nécessaire (Paillé & Mucchielli, 2016). Cette phase a également permis un entraînement à l'entretien et la clarification de certains termes tels que “réinsertion communautaire”. Enfin, elle nous a fait réaliser la redondance de certaines questions entraînant des réponses similaires et donc peu pertinentes à garder dans le guide définitif.

1.5.2. Déroulé des entretiens

Les entretiens, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été réalisés à distance, en appel ou en visioconférence, selon la possibilité et au vu des localisations géographiques des participants. Ils ont été enregistrés sur téléphone avec leur consentement, puis intégralement retranscrits. L'entretien débute par une présentation de la recherche, le recueil du consentement éclairé, puis l'exploration des thématiques prévues dans le guide d'entretien.

Une attention est portée à la posture de l'intervieweur qui doit montrer « dès le départ son besoin d'information et son intérêt d'écouter l'autre » (Tétreault & Guillez, 2014, p.216). Pour cela, une attitude bienveillante et d'écoute est adoptée, ainsi que le respect des silence, l'utilisation de la reformulation, le résumé, l'acquiescement... De plus, nous portons une attention particulière à notre propre comportement non verbale et notre façon de nous exprimer afin de ne pas influencer les réponses des participants.

2. Analyse du contenu des entretiens

2.1. Les outils d'analyse des données

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé une méthodologie rigoureuse pour analyser les données recueillies lors des entretiens. Cette section décrit les outils et les méthodes employés pour assurer une analyse systématique et fiable.

Premièrement, la construction de deux matrices concernant la réinsertion communautaire (Cf Annexe 6) et la collaboration (Cf Annexe 7), servant d'appui à la construction du guide d'entretien et destinées à l'analyse du contenu des entretiens, ont été réalisées en amont. Construites à partir des données de la littérature, elles permettent de faciliter la mise en lien entre les résultats brut et la bibliographie. Chaque entretien a été entièrement retranscrit (Cf Annexe 8 pour E1, les autres entretiens sont accessibles par mail) afin de faciliter une analyse détaillée et précise (Tétreault & Guillez, 2014).

Pour l'analyse des données, nous avons adopté l'analyse thématique selon la méthode de Laurence Bardin (2013). Cette approche consiste à identifier, analyser et rapporter des thèmes (ou motifs) au sein des données. Ce type d'analyse est particulièrement adapté aux recherches qualitatives exploratoires, car il permet de structurer et d'interpréter les données de manière systématique, tout en respectant la richesse et la singularité des discours. L'analyse thématique est particulièrement adaptée pour explorer les perceptions, les opinions et les expériences des participants, ce qui correspond parfaitement à nos objectifs de recherche. En effet, "*l'analyse thématique est une méthode accessible et flexible pour analyser les données qualitatives, permettant de capturer la complexité des significations au sein du corpus de données*" (Braun et Clarke. 2006) Cette méthode suit une procédure en quatre étapes. La première étape implique la lecture flottante des transcriptions pour se familiariser avec le contenu et commencer à identifier des idées récurrentes. Nous avons ensuite procédé à un

codage ouvert, où chaque segment de texte pertinent est étiqueté avec un code qui représente un thème ou une idée. Comme le souligne Bardin (2013), "*le codage est une transformation des données brutes du texte par découpage, agrégation et énumération, qui permet d'atteindre une représentation du contenu.*" La troisième étape regroupe les codes en catégories thématiques afin de structurer les données et de voir émerger des thèmes principaux et secondaires. Pour faciliter la l'analyse et la réalisation de la discussion, un tableau rapportant le codage par thème pour chaque entretien à été réalisé (Cf Annexe 9 et 10).

2.2. Présentation des participants

Pour conserver l'anonymat des quatre participantes, nous avons nommé les ergothérapeutes respectivement E1, E2, E3 et E4 et les avons toutes genrées au féminin. Leurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 1 (Cf Annexe 11) rapportant notamment le lieu d'exercice, les années de pratiques en SMR, l'année d'obtention du diplôme d'État, leurs parcours et leurs formations complémentaires.

2.3. Analyse des résultats

2.3.1. *Prise en compte de la composante environnementale*

2.3.1.1. L'impact du contexte socio-économique

Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur le fait que le contexte socio-économique doit être entièrement pris en compte dans la prise en charge. Cela implique d'investiguer les lieux de vie des patients : E1 évoque des logements exigus : "Ils sont 6 enfants plus les deux parents dans un 40 m²" (197). E2 mentionne l'état des habitations : "on se rend compte que la priorité ce n'est pas d'aménager la salle de bain ou n'importe quelle pièce, c'est de boucher les trous qui sont dans le toit" (173-75). E3 et E4 parle de la précarité des logements : "il y a des logement très insalubres ici avec des aménagements très précaires qui sont même vraiment pas sécuritaires parfois et on tombe sur des logements qui sont tellement vétuste et insalubre qu'on ne sait pas parfois comment faire pour proposer des aménagement." (1234), E4 signale des conditions extrêmes : "Ils vivent dans des logements en tôle [...] pas d'accès à l'eau, à l'électricité" (150-54).

2.3.1.2. Les facteurs culturels

E1 et E4 se rejoignent sur le fait que les croyances et les cultures influencent la perception du soin et l'engagement des patients dans la rééducation : E1 note que certain patient disent “*Je suis handicapé, c'est ma femme qui fera*” (l429), E4, à Mayotte, observe que le patient âgé “*ne va plus rien faire (...) une fois qu'on est âgé, c'est les enfants qui s'occupent de nous*” (l278) mais également “*les patients pensent que dès qu'ils sont à l'hôpital, on doit faire pour eux*” (l289).

Les ergothérapeutes d'outre mer s'expriment sur l'influence de la langue dans l'accompagnement, n'étant pas native de ces territoires : E2 explique : «*Le créole haïtien, c'est encore une autre langue (...) il y a une barrière dans la communication*» (l59-69), E3 complète “*ceux qui ont une certaine précarité pour beaucoup ne parlent pas français ou mal français et ça amène des difficultés d'accompagnement.*” (l95), E4 affirme “*dès qu'on parle en shimaoré, du coup, ça crée directement un lien. Ils se disent, ah, on peut se comprendre.*” (l173-175).

L'importance du respect des coutumes et traditions dans la relation thérapeutique est très marquée à Mayotte par rapport aux autres territoires : “*on essaie un peu d'allier les traditions et la médecine. Du coup, on autorise les week-ends, ils peuvent faire venir des soignants traditionnels à l'hôpital (...) c'est un peu l'alternative qu'on a trouvé pour allier leurs dimensions culturelles et les soins*” (E4, l179-186). Enfin, c'est le seul entretien évoquant l'impact des croyances dans l'engagement du patient dans son accompagnement : “*c'est Dieu qui l'a voulu. Donc, en fait, moi, je ne peux rien lui faire. La rééducation, ça ne va pas marcher.*” (E4, l307).

2.3.1.3. La collaboration avec le réseau social du patient

Chacun souligne l'importance de l'entourage familial et de la collaboration avec ce réseau : “*on inclut toujours les familles*” (E1, l331), “*Souvent, je fais venir la famille en séance*” (E4, l410), bien que la disponibilité des familles et leur implication varient selon les situations et les territoires. Les familles soutenantes : «*Les personnes les plus présentes c'est la famille* » (l262), absentes : “*des fois il n'y a vraiment pas d'entourage aussi*” (E2, l152), ou fuyantes face au handicap : “*il y a aussi les familles qui fuient un peu ça (...) ils veulent plus récupérer la personne parce que trop compliqué*” (E1, l190).

Leur participation est jugée nécessaire pour faciliter la rééducation et l'autonomie, en particulier lors des VAD ou permissions selon E1 : “*la famille remplit, est-ce qu'ils ont eu des soucis, (...), nous décrire un peu le week-end*” (l348), “*la famille va être importante pour apprendre à connaître le patient, à connaître ses habitudes de vie*” (l405).

Leur intégration se fait la plupart du temps au début de la prise en charge du patient : E1 “*aime les rencontrer dès le début*” (l398), E2 les “*solicite le plus tôt possible*” (l152), E4 pour “*former la famille*”, va “*rapidement la solliciter*” (l178), enfin E3 précise qu’attendre “*la fin de l’accompagnement pour intégrer la famille, pour moi c’est un petit loupé*” (l153).

Les ergothérapeutes coïncident sur l’importance de sensibiliser et former les familles, cela “*permet aussi de leur expliquer la situation, (...) qu'ils sachent aussi comment faire avec les patients, par exemple*” (E1, l405-419). E3 mène “*une action d’information auprès de la famille*” (l155), permettant d’après E4 de “*faire les étirements, les transferts*” (l271).

Pour les ergothérapeutes de Seine-Saint-Denis et de Mayotte, l’implication des familles peut avoir ses limites par leur absences : “*Dès fois les familles, on les voit plus quoi*” (E1, l188), “*malgré tous les efforts, la famille n’adhère pas*” (E4, l298-301), mais également par leur surinvestissement : “*Les familles un peu envahissantes, c'est compliqué à gérer aussi*” (E1, l450). Seule E4 aborde la place et l’aide que peut apporter la communauté, au delà du lien familiale : “*des fois, c'est un tel dans les quartiers qui cuisinent pour plusieurs familles*” (l266)

2.3.2. Spécificité de l’accompagnement en ergothérapie

2.3.2.1. Compétences et rôles de l’ergothérapeute

Les ergothérapeutes ont une vision homogène de leurs rôles et compétences. Dans les quatre entretiens, l’accompagnement englobe la rééducation fonctionnelle, les visites à domicile (VAD), la mise en place d’aides techniques (AT), la réinsertion et l’éducation thérapeutique. L’ergothérapeute est essentiel pour “*mettre en place du matériel s'il y a besoin d'une aide technique*” (E4, l123). D’après E2, c’est le premier axe de prise en charge : “*quand il y aura besoin de matériel par exemple, on va commencer par là.*” (l50 - 51). Cela passe par “*les demandes de financement de la MDPH avec des argumentaires évidemment qui sont à*

réaliser en faveurs du patient pour qu'il puisse acquérir ce qu'il lui faut en termes de matériel” (E3, l48-50).

Ils décrivent leur rôle central dans le retour au domicile et l'indépendance dans les AVQ : E1 affirme son rôle dans « *Tout ce qui va concerner la préparation du retour à la maison ou de la sortie de l'hôpital [...] visites à domicile, essais de matériel* » (l22), E2 la rejoint sur “ *aller voir aussi concrètement à domicile, vraiment avoir le visuel sur la réalité de comment ça se passe.*” (l282), dans le but de rendre la personne la plus autonome possible comme ajoute E4 : “*La rééducation est vraiment basée sur du fonctionnel [...] autonomie à fond, transfert, habillage, toilettes*” (l123-125).

E2 et E4 insistent davantage sur leur rôle dans l'éducation thérapeutique et la formation des familles et des patients : E2 parle de « *reprendre depuis le début comment fonctionne le système de santé, à quoi ça sert...* » (l48-54). E4 insiste : « *Éducation thérapeutique à fond* » (l405).

D'après E1, travailler auprès de ces populations demande à être “*un peu plus ingénieux (...) être un peu plus créatif (...) et empathique*” (l275-279). Il apparaît important de “*bien connaître les structures et dispositifs d'accompagnement à l'extérieur. Mais au-delà de les connaître c'est de faire le lien*” (l249), afin de réorienter et de poursuivre les suivis de ces patients d'après E3.

Enfin, comme le résume E3, l'ergothérapeute va investiguer toutes les composante de la personnes : “*ce qui fait le boulot de l'ergo, PEO, personne occupation et environnement*” (l260), afin de prendre en charge le patient dans sa globalité et saisir les enjeux de son contexte de vie.

2.3.2.2. Adaptabilité et créativité

Ce sous-thème, bien qu'il fasse partie des compétences de l'ergothérapeute, mérite une partie à part entière car il a été fortement cité par les quatre ergothérapeutes. L'adaptation et la créativité sont omniprésentes auprès de ces populations, que ce soit à la culture et la langue : “*Être ouvert à la langue du patient*” souligne E2 (l273), « *Je me suis formé en shimaoré pour créer du lien* » raconte E4 (l163), mais surtout pour faire face aux contraintes financières et au manque de moyens matériels : E1 évoque : « *Il faut fabriquer des choses qu'on pourrait acheter [...] avec du thermo, on pourrait faire des adaptations* » (l275-278),

elle parle également de récupération : « *Même nous, on a du matériel qu'on garde un peu usagé pour le donner aux patients* » (l130-132). E2 témoigne : « *On a tendance à aller voir dans les ressourceries* » (l82) et E4 donne un exemple concret : “*on bricole beaucoup des fauteuils qu'on récupère un peu à droite à gauche qui sont cassés pour les patients qui ne sont pas affiliés à la sécurité sociale*” (l33-35).

Ainsi les ergothérapeutes se doivent d'être davantage manuel et créatif, à la recherche de solutions innovantes avec “*les moyens du bord*” (E4, l147), notamment pour les aménagements du domicile.

2.3.2.3. Collaborations interprofessionnelles et partenariales

La collaboration interprofessionnelles et partenariales tient une place importante sans laquelle l'accompagnement en ergothérapie ne pourrait être optimale auprès de ces populations. Les quatre ergothérapeutes s'accordent sur la nécessité du travail en équipe : E2 : “*Travail d'équipe, ça me semble être un mot clé dans la prise en charge de ces patients*” (l90), en particulier avec l'assistante sociale pour les démarches administratives et sociales. E1 indique : “*On travaille beaucoup en lien avec l'assistante sociale [...] on est obligé de travailler en collaboration avec tout le monde*” (l295-301), E2 confirme le besoin mutuelle de collaboration : “*ça va être de savoir avec l'assistante sociale (...) qu'est ce qu'on peut lui proposer. Qu'est ce qu'on ne peut pas lui proposer*” (l78). E4 précise : “*Quand on fait les visites à domicile, je suis toujours avec l'assistante sociale*” (l171).

Le travail pluridisciplinaire passe par la transmission d'information et les discussions informelles : “peut être en discutant en équipe il y a des solutions qui peuvent émerger.” (E2, 278-281), E4 partage : “on essaie, dès qu'on a une VAD, de transmettre au kinés, aux APA ...pour réussir ces objectifs-là.” (l243). Les thérapeutes de la Seine-Saint-Denis, la Guadeloupe et la Réunion abordent la mise en place de réunions formelles de synthèse pluridisciplinaire pour fixer des objectifs communs et échanger sur les patients : d'après E1 : “*on fait des réunion pluri ou on parle du projet personnalisé de soin ou on met des objectif au sein du service avec tous les thérapeute, tout les soignant.*” (l257-259), E2 parle de “*staff médical*”. *On va pouvoir parler de ce que ce que chaque pro à repérer pour le patient et pour ce mettre justement d'accord sur des objectifs communs. (...) Mais quand c'est des situations précaires, travailler en équipe c'est vraiment essentiel.*” (l93-100).

Le travail avec les revendeurs permet d'obtenir du matériel à moindre coût, E1 mentionne “*un travail qu'on peut faire avec les revendeurs [...] Il nous arrive de leur demander [...] est-ce qu'on peut s'arranger [...] il a besoin de ça et il n'a pas les moyens*” (l120-123). Une réelle collaboration se met en place : E4 exprime : “*Les revendeurs, les prestataires de santé, (...) des fois, ils vont nous alerter si cette personne voudrait peut-être revoir pour des toxines*” (l428-430).

La collaboration ne se limite pas aux autres professionnels de la structure. Ces patients nécessitant davantage d'accompagnement social et étant en situation de précarité, le partenariat avec les structures et organismes extérieurs pour les ergothérapeutes apparaît comme essentiel pour assurer la continuité des soins. Les ergothérapeutes de la Seine-Saint-Denis et de Mayotte font le relai avec l'HAD : “*quand il y a l'HAD qui intervient, on fait des préconisations et eux, ils prêtent*” (l361), de plus : “*il y a une HAD publique qui intervient (...) Après, on essaie de les mettre à l'œil des associations, par exemple, du sport adapté, des choses comme ça.*” (l423-424).

E2 cite les associations ressources pour eux, comme l'APF et Saint Vincent de Paul : “*Saint Vincent de Paul [...] c'est un peu le lieu ressource pour lui [...] pour qu'il puisse avoir un point de chute dans la rue*” (l198-203), et E3, Comète et Samète : “*On va leur donner des noms de patients qu'on suit pour un suivi à la sortie*” (E3, l199-209).

2.3.2.4. Contraintes et défis de la pratique ergothérapique

Les contraintes financières et structurelles sont présentes dans chacune des structures interrogées et impactent l'accompagnement des ergothérapeutes.

Dans un premier temps, les trois ergothérapeutes travaillant en centre hospitalier public (CHU) s'accordent pour dire que les durées de séjour sont souvent contraintes par des logiques économiques hospitalières. E1 expose : E1 nous on dit “*oh mais il progresse*”, *mais là non on fait sortir parce qu'on perd de l'argent. C'est frustrant, mais la réalité à l'heure actuelle est comme ça.*” (l536-542), E3 met l'accent sur l'impact des courts séjours sur la réinsertion professionnelle : « *On a des durées de séjour qui sont de 3 mois à peu près [...] on a très peu de temps pour s'orienter sur la reprise professionnelle* » (l139-141), tandis que E4 complète sur l'impact dans la rééducation : “*Un AVC, on va dire 3 mois et ils sortent [...] même si au niveau du membre sup, ils n'ont pas récupéré...* ” (l114-115).

Pour Mayotte, la pression de la durée de séjour est d'autant plus importante car le CHU est le seul centre de rééducation de l'île : “*On est le seul centre de rééducation, donc il y a une pression énorme*” (E4, 1102), elle précise : “*Au niveau médical (...) C'est un peu le désert.*” (E4, 1432).

Les ergothérapeutes de Saint Denis et de Guadeloupe évoquent également des situations où les patients restent longtemps faute de solution acceptable : “*Des patients sont restés pendant des mois à l'hôpital [...] parce qu'on n'avait pas de solution pour eux*” (E2, 1183-187), “*C'est vrai que des fois on à des situations tellement compliquées (...) ça va être des séjours ultra long qui vont durer 1 an 1 ans et demi parce qu'on ne sait pas*” (l169-172).

Une contrainte ressortant de trois ergothérapeutes sur les quatre impactant fortement les professionnels est la frustration exprimée face aux sorties anticipées contre avis médical. E1 témoigne : “*ça veut dire ramener un monsieur dans cette maison seule en sachant que voilà il pourra plus sortir, ça impose des choses à un thérapeute à accepter aussi quoi.*” (l112-114). D'après E2 : “*quand il y à des sorties contre avis médical c'est un peu l'échec parce qu'on sait qu'ils vont revenir*” (l226). Enfin, E4 ajoute les difficultés rencontrées face aux décisions des familles : “*On a fait des réunions avec le mari, mais il n'y a rien à faire. (...) Et toi, tu sais un peu que ça va être très compliqué et c'est enlever des chances à la patiente. (...) c'est leur choix aussi, donc il faut respecter.*” (l349-352).

Enfin, les quatre ergothérapeutes abordent la difficulté et le manque de continuité de soins et de suivis après la sortie du SMR pour ces populations ; les thérapeutes ignorent souvent la suite réelle du parcours, abordée dans la partie suivi et suite du parcours.

2.3.3. *Approche patient-centré*

2.3.3.1. Patient acteur

Les objectifs sont construits avec le patient, selon ses souhaits, ses capacités, et sa compréhension d'après E1 et E3 : “*c'est vraiment le souhait de la personne, être ciblée sur la personne avec ses objectifs à elle et ses besoins.*” (E1, l222-224), “*C'est toujours en collaboration avec le patient évidemment parce qu'on ne pose pas un objectif, seul, en tant qu'ergothérapeute*” (E3, l59-61).

Nous pouvons constater que certains patients sont très investis, selon E2 : “*Il revient quand même régulièrement en consultation et à chaque fois, il est là, à l'heure, propre, habillé (...) Il est quand même acteur de son soin.*” (l209-212) ; d'autres, plus passifs, E4 explique : “*le patient va être très peu acteur de sa rééducation, donc c'est pour ça qu'il faut au maximum utiliser l'entourage pour stimuler la patiente.*” (l280-283) voire réfractaires : “*Je suis handicapée, je ne peux pas faire. Alors qu'il y en a qui ont des capacités. (...) ceux qui sont âgés souvent, je ne vais pas dire feignants, ils se satisfont de ça.*” (l304-306), selon leur âge, leur croyance, leur culture ou leur situation.

Selon E1 “*Beaucoup de patients ne veulent pas repartir dans leur pays parce qu'il n'auront pas les aides qu'ils ont ici (...) la France m'apporte au niveau médical des choses que je ne pourrai pas avoir ailleurs*”. (l568-571). Les patients en situation précaire peuvent choisir de rester pour bénéficier du système de santé français. Ils sont acteurs de leurs soins et décisionnaires dans leur parcours. E4 ajoute : “*Dès qu'ils peuvent rentrer aux comores, c'est aussi une réussite. Là, on est venu à Mayotte, on a fait des soins, on a récupéré, on peut retourner vivre chez nous.*” (l337-338).

Les patients peuvent être acteur en s'investissant, mais également à condition que leurs choix soient respectés : “*on inclut toujours les familles quand la personne le veut bien parce que parfois il y a des patients qui veulent pas donc ça aussi on respecte le choix de la personne*” (E1, l331-333), E4 confirme : “*ça dépend vraiment du bénéficiaire aussi, si il à envie d'intégrer ou non son environnement social dans son accompagnement déjà.*” (l151).

Les ergothérapeutes de Guadeloupe et de Mayotte soulignent le fait que les patients sont acteurs et décisionnaires de la continuité et de l'arrêt des soins. En effet, certains choisissent de sortir malgré l'avis médical et la possibilité de progresser : E2 raconte : “*quand le patient décide de sortir par lui-même (...) ça veut dire qu'il ne comprend pas qu'il à besoin d'une prise en charge*”. (l217-220), E4 donne un exemple : “*Et là, son mari veut qu'elle sorte. Là, elle va sortir lundi (...) Tu sais qu'elle ne va pas progresser ou très peu.*” (l364-349).

2.3.3.2. Autonomie et participation dans la vie courante

Au niveau de l'autonomie et de la participation dans les AVQ, l'ergothérapeute joue totalement son rôle d'après E1 : “*l'idée c'est de permettre un maximum d'autonomie pour la personne.*” (l229). E1 et E4 utilisent les permissions comme test de faisabilité pour le retour à

domicile, cela rend compte des capacités de participation et d'autonomie de la personne : “*les permissions permettent de prendre conscience des difficultés qu'ils vont pouvoir rencontrer*” (l342-345). E4 précise que “*les permissions se font très rapidement en général, même si (...) la personne a vraiment des difficultés, ce n'est pas grave.*” (l226-233).

La participation inclut toutes les occupations et les rôles que peut avoir la personne, notamment au niveau de l'activité professionnelle. Les ergothérapeutes de la Seine-Saint-Denis et de Mayotte s'accordent pour dire que le handicap sur ces patient dans un contexte de précarité, est un frein majeur dans la reprise professionnelle : “*on sait qu'il y a très peu de reprise professionnelle chez nos patients sachant que c'est déjà des patients des fois qui travaillent au black.*” (E1, l141-143), E4 la rejoints : “*Vu qu'ils sont en situation irrégulière, ils ne peuvent pas travailler*” (l59). De ce fait : “*Reprendre le travail, c'est souvent l'objectif, genre plus, plus, plus, plus.*” (E4, l319-323)

Trois des quatre ergothérapeutes s'accordent pour dire que la participation de cette population est entravée par l'environnement physique, soit l'accessibilité des lieux de vie. E1 donne l'exemple d'un “*monsieur qui pouvait pas monter les escaliers (...) du coup il sortira quasiment plus de cette chambre parce que pas capable*” (l107-110), E4 confirme en ajoutant “*La personne qui va rentrer en fauteuil, ça va être très compliqué. Ça arrive souvent que les patients rentrent à domicile, mais ils sont coincés chez eux. Ils ne peuvent pas sortir de chez eux par rapport à l'accès.*” (l55-57).

L'environnement physique, social et culturel influence les capacités d'autonomie et de participation. E1 donne un nouvel exemple : “*il a son appartement où il est capable quand même de faire des choses seul mais il peut avoir de l'aide pour tout ce qui va être courses, cuisine, ménage et en même temps il ne sera pas isolé.*” (l482-489).

2.3.3.3. Suivi et suite du parcours

Les retours sur la suite du parcours et le suivi des patients sont divergents selon les thérapeutes, et pourraient être liés à la structure, rattachés au CHU pour E1,2 et 4 et un centre rééducation indépendant pour E3. En effet, E3 n'aborde pas de rendez-vous fixé avec le médecin ou de suivi après la fin de la PEC : “*si la personne ne revient pas chez nous on est plus censé avoir de lien avec ce bénéficiaire.*” (l191-197). Les 3 autres ergothérapeutes affirment la même chose : “*dans tous les cas les médecins les revoient à 3 mois de leur sortie*

et refont le point" (E1, 1552). A Mayotte : "Une fois qu'ils sont rentrés, on a très peu de suivi des patients. Ils viennent en consultation, mais vu qu'ils n'ont pas la sécurité sociale pour se déplacer, c'est compliqué." (E4, 198-100). Ici, la précarité des situations altère la possibilité d'un suivi régulier. E1 exprime un bon suivi des patients : "On à quand même des nouvelles. (...) Ils ont des rendez vous très régulièrement après. Ils sont pas lâchés dans la nature sans suivi quoi." (1547-557).

Toutes les personnes interrogées abordent l'importance de faire le relai avec les organismes extérieurs pour ces populations. Ce sont elles qui vont continuer le parcours du patient, si continuité il y a. En effet, à la thérapeute de la Seine-Saint-Denis : "L'HAD nous donne des nouvelles", la Réunion nous parle des dispositifs comme Comète et éclate mais d'après elle : "Même sur un dispositif j'ai pas forcément de nouvelle non plus". (E3, 1223).

Dans le cas où des personnes ont la sécurité sociale, le suivi peut être poursuivis en libérale car pris en charge : "S' ils ont la sécurité sociale, ils vont poursuivre après en libéral avec les kinés." (E4, L.113). Enfin, seule Mayotte semble faire face à un désert médical : "Il n'y a pas de structure dans tous les cas ils rentrent à domicile, peu importe le domicile." (E4, 1420-422).

3. Discussion

3.1. Interprétation des résultats

3.1.1. L'adaptation de l'accompagnement aux réalités socio-économiques et culturelles

L'analyse des entretiens menés auprès des quatre ergothérapeutes exerçant dans des territoires à fort taux de précarité révèle l'importance cruciale de la prise en compte du contexte socio-économique et culturel dans l'accompagnement en ergothérapie. Cette constatation rejoint les travaux de Hammell (2015) qui soutient que la pratique ergothérapique centrée sur la personne doit intégrer les déterminants sociaux de la santé pour être pertinente.

Les données recueillies révèlent que la précarité matérielle, telle que les logements insalubres et le manque de ressources financières, constitue un frein majeur à la réinsertion

des patients. Face à ces contraintes, les ergothérapeutes développent des stratégies adaptatives et créatives (récupération de matériel, partenariats avec des associations). Ces observations confirment l'importance d'une approche holistique intégrant l'environnement physique et social dans la prise en charge des patients.

L'analyse des témoignages recueillis soulignent l'impact des conditions de logement précaires (exiguïté, insalubrité, absence d'accès aux services essentiels) sur l'élaboration des stratégies d'intervention. Cette réalité fait écho aux travaux de Marmot et al. (2020) qui démontrent que les inégalités socio-économiques engendrent des disparités significatives en matière de santé et de handicap. Dans ce contexte, l'ergothérapeute doit hiérarchiser les priorités différemment des schémas classiques d'intervention. Il ne s'agit pas de rendre accessible un espace, mais de rendre le lieu vivable. Ces faits rejoignent les observations de Townsend et Polatajko (2013) concernant la nécessité d'adapter les interventions ergothérapiques aux conditions environnementales réelles du patient.

Notre analyse met également en évidence l'influence des facteurs culturels sur l'engagement des patients dans leur prise en charge. Les croyances, langues, traditions et perceptions du handicap, propres à chaque communauté, modulent significativement l'adhésion et l'investissement dans leur rééducation. Ces observations corroborent les travaux d'Iwama (2006) sur l'importance de développer une pratique culturellement sensible en ergothérapie.

Les barrières linguistiques évoquées par les ergothérapeutes d'outre-mer, nécessitent des adaptations au niveau de la communication pour établir une relation thérapeutique efficace. Cette démarche s'inscrit dans le développement de ce que Drolet et Désormeaux-Moreau (2019) qualifient de "sensibilité interculturelle", compétence essentielle pour une pratique inclusive de l'ergothérapie.

L'ergothérapeute de Mayotte témoigne que l'intégration des pratiques traditionnelles de soins au sein même de l'hôpital témoigne d'une approche particulièrement adaptative qui concilie médecine moderne et traditions locales. Cette approche rejoint les recommandations de Whiteford et Townsend (2011) sur l'importance d'une pratique ergothérapique culturellement sécuritaire et adaptée aux contextes locaux. Cette démarche rejoint également les modèles communautaires qui préconisent l'intégration des spécificités culturelles dans les

interventions, comme l'illustre la formation en langues locales et la collaboration avec des guérisseurs traditionnels observées à Mayotte.

3.1.2. Le rôle de l'ergothérapeute dans la réinsertion communautaire

3.1.2.1. La diversité des compétences mobilisées

L'analyse des entretiens révèle que les ergothérapeutes intervenant auprès de populations en situation de précarité mobilisent un large spectre de compétences professionnelles. Ils combinent rééducation fonctionnelle, aménagements du domicile, préconisation d'aides techniques, éducation thérapeutique et accompagnement social.

Les ergothérapeutes interrogées soulignent de façon unanime l'importance de leur rôle dans les visites à domicile (VAD). Cette pratique permet d'appréhender et d'évaluer la réalité du milieu de vie et d'adapter leurs interventions en fonction des contraintes et ressources identifiées. Cette approche s'aligne avec les travaux de Stark et al. (2015) qui démontrent l'efficacité significative des interventions ergothérapiques à domicile pour améliorer le maintien des capacités fonctionnelles et renforcer la sécurité du patient dans son environnement.

La créativité et l'adaptabilité constituent des compétences fondamentales dans la pratique auprès des populations en situation de précarité. Ces résultats rejoignent les conclusions de Kronenberg et al. (2011) sur l'ergothérapie sociale. Face aux contraintes matérielles et financières, les ergothérapeutes développent des solutions innovantes, qu'il s'agisse de fabrication artisanale d'adaptations ou de récupération de matériel usagé. Cette approche rejoint le concept de "frugal innovation" développé par Radjou et Prabhu (2015), qui consiste à créer des solutions de qualité avec des ressources limitées. Dans le contexte de précarité, cette compétence devient primordiale pour assurer l'accès aux soins ergothérapiques et favoriser l'autonomie des patients défavorisés. C'est également un prérequis dans l'ergothérapie humanitaire.

3.1.2.2. La nécessité d'une approche collaborative : MCPO

Les résultats mettent en évidence l'importance cruciale du travail en équipe pluridisciplinaire et des partenariats externes pour assurer la continuité des soins. Cette approche collaborative s'avère particulièrement nécessaire pour les populations précaires dont

les besoins allient sociale et médicale. Ainsi, cela confirme la place du MCPO et notamment des relations collaboratives pour mieux rendre compte de la communauté comme source de force, résilience et survie (Egan et Restal, 2023).

Les travaux de D'Amour et al. (2005) sur l'interprofessionnalité soulignent que la collaboration efficace entre différents acteurs de santé et sociaux améliore la qualité des soins et favorise des résultats positifs pour les patients. Les ergothérapeutes interrogées s'accordent sur la collaboration étroite avec les assistantes sociales comme un élément déterminant pour répondre aux contraintes administratives, contextuelles et institutionnelles et sécuriser les droits des patients. Cette synergie interprofessionnelle rejoint les conclusions de Maiter et Dowd (2019) sur l'importance d'une approche intégrée pour répondre aux besoins complexes des populations vulnérables.

Le développement de partenariats avec les structures associatives et communautaires (HAD, APF, Saint Vincent de Paul, Comète, etc.) constitue également un levier essentiel pour la réinsertion communautaire. Ces collaborations externes s'inscrivent dans le cadre conceptuel de l'ergothérapie communautaire décrit par Scaffa et Reitz (2013), qui prône une intervention dépassant le cadre institutionnel pour s'ancrer dans les ressources locales. Cette vision est omniprésente chez nos quatre thérapeutes interrogées.

Ainsi, le modèle MCPO prend son sens dans l'accompagnement des populations précaire à leur réinsertion communautaire. En effet, le MCPO souligne l'importance de la collaboration non seulement entre professionnels de santé, mais aussi avec les acteurs communautaires et sociaux, afin de créer un réseau de soutien solide et cohérent.

3.1.3. Les défis de l'approche centrée sur la personne en contexte de précarité

3.1.3.1. Entre contraintes institutionnelles et besoins des patients

Notre analyse révèle une tension significative entre les impératifs économiques hospitalières, caractérisés notamment par les durées de séjour limitées, et les besoins complexes des patients en situation de précarité. Cette réalité institutionnelle rejoint les observations de Carrier et al. (2010) concernant l'impact des politiques de santé sur la qualité des soins en ergothérapie.

Paradoxalement, les entretiens mettent également en évidence des situations où les patients restent hospitalisés pendant des périodes prolongées en raison de l'absence de solutions adaptées pour leur sortie, illustrant la complexité des situations liées à la précarité. Ce phénomène, qualifié de "bed-blocking" par Challis et al. (2014), reflète les défis systémiques auxquels sont confrontés les établissements de santé face aux populations vulnérables. Cette situation met également en lumière un système de santé empathique, qui se trouve dans l'impossibilité morale de mettre quelqu'un en échec dehors malgré les pertes financières. Les témoignages illustrent les dilemmes éthiques vécus par les thérapeutes, partagés entre l'obligation de soin, la volonté de faire au mieux et les contraintes contextuelles et institutionnelles liées au fonctionnement du système.

3.1.3.2. Le défi de rendre le patient acteur de sa réinsertion

Les résultats montrent que l'implication du patient comme acteur de sa prise en charge varie considérablement selon plusieurs facteurs, notamment culturels et selon les croyances et les âges. Cette hétérogénéité dans l'engagement thérapeutique s'aligne avec les observations de Durocher et al. (2015) concernant les défis de l'approche centrée sur le client dans des contextes culturels diversifiés. La précarité apparaît également comme un facteur déterminant influençant l'engagement dans la prise en charge. En effet, des ergothérapeutes souligne le paradoxe d'accorder une importance significative à des intervention ergothérapiques spécifiques (utilisation d'une canne, installation d'une barrière de lit ou rééducation à la motricité fine) lorsque les besoins primaires comme le logement ou l'alimentation ne sont pas sécurisés et assurés.

La question du choix et du consentement apparaît également comme un enjeu éthique majeur, particulièrement dans les situations de sorties contre avis médical, illustrant la tension entre respect de l'autonomie et devoir de protection du patient, telle que décrite par Drolet (2014) dans son analyse des enjeux éthiques en ergothérapie.

3.1.3.3. Les obstacles à la participation sociale et communautaire

L'analyse des entretiens révèle que la participation sociale et communautaire des personnes en situation de handicap issues de milieux précaires se heurte à de multiples barrières environnementales, notamment l'inaccessibilité des logements. Cette réalité fait écho au modèle social du handicap développé par Oliver (2013), qui considère le handicap comme

le résultat de l'interaction entre les incapacités individuelles et les obstacles environnementaux et sociétaux.

Les travaux de Lysaght et al. (2016) démontrent que les obstacles à l'emploi des personnes en situation de handicap sont exacerbés par la précarité socio-économique. Nos entretiens confirment ces observations et affirment la difficulté d'atteindre l'objectif de réinsertion professionnelle, élément important de la réinsertion communautaire, en raison de leurs situations précaires et l'acquisition d'un handicap moteur.

3.1.4. Les enjeux de la continuité des soins et du suivi post-hospitalisation

La question du suivi post-SMR et de la continuité des soins émerge comme un défi majeur pour assurer la réinsertion communautaire durable des patients. Nos résultats révèlent des disparités significatives dans les dispositifs de suivi selon les territoires, avec des difficultés particulièrement marquées à Mayotte. Cette problématique de continuité des soins rejoint les préoccupations exprimées par Tétreault et al. (2017) concernant les transitions entre les services de réadaptation et le retour à domicile. L'insuffisance de structures relais et les difficultés d'accès aux soins en libéral pour les personnes sans couverture sociale constituent des obstacles à une réinsertion communautaire efficace. En effet, si il n'y a pas de relai en sortie de SMR, le taux de récupération sera moindre. Hormis l'orientation vers l'hospitalisation de jour lorsqu'elle est accessible, les structures SMR ne disposent généralement pas des ressources nécessaires pour assurer un suivi sur le long terme de leurs patients. De plus, le manque de données sur le long terme empêche d'évaluer l'impact réel des interventions post-SMR, point critique soulevé par les ergothérapeutes interrogés.

Les stratégies déployées par les ergothérapeutes pour pallier ces discontinuités, notamment par le renforcement des relais avec les organismes extérieurs et la formation des aidants, ainsi que le renseignement continu des professionnels sur les dispositifs existant, permet d'anticiper, à leur échelle, ces défis systémiques. Ces pratiques s'inscrivent dans la perspective de l'ergothérapie communautaire décrite par Thibeault (2006), qui prône une intervention ancrée dans les ressources locales et le renforcement des capacités communautaires.

3.2. Réponse au questionnement initial

En réponse à la problématique de recherche, plusieurs leviers par lesquels l'accompagnement en ergothérapie favorise la réinsertion communautaire des personnes en situation de handicap moteur, issues de milieux précaires, à leur sortie de SMR, ont été identifiés. L'ergothérapeute facilite cette réinsertion en adoptant une vision holistique, intégrant pleinement les réalités socio-économiques des patients. Cela inclut une évaluation approfondie de leurs conditions de vie, la prise en compte de leurs besoins prioritaires et l'intégration des facteurs culturels dans la prise en charge. Cette approche holistique permet d'élaborer des stratégies d'intervention现实和pertinentes, adaptées au contexte de vie du patient, augmentant ainsi les chances d'une réinsertion communautaire réussie.

La créativité et l'adaptabilité de l'ergothérapeute permettent de surmonter les obstacles matériels à l'autonomie, à l'indépendance et à la participation sociale, facteurs essentiels de la réinsertion communautaire. De plus, l'ergothérapeute renforce les liens avec le réseau social et communautaire. Cela se manifeste par l'intégration précoce de la famille dans le processus thérapeutique, la formation et la sensibilisation des aidants, ainsi que la mobilisation des ressources communautaires disponibles, telles que les associations et les aides à domicile. Ce travail avec l'écosystème social du patient crée un environnement favorable à son retour et à son maintien dans la communauté. Cependant, cette recherche n'a pas mis en lumière la collaboration et l'investigation directe avec la communauté au-delà des liens familiaux par l'ergothérapeute. La réinsertion communautaire est également facilitée par le travail de collaboration pluriprofessionnelle et interinstitutionnelle. Cette approche collaborative et partenariale permet de créer des continuités dans le parcours de soins et d'accompagnement, favorisant ainsi la réinsertion.

Enfin, l'ergothérapeute facilite la transition vers le milieu communautaire par la réalisation systématique de visites à domicile pour évaluer les besoins d'aménagement, l'organisation de permissions thérapeutiques comme tests de faisabilité du retour à domicile, une approche centrée sur les activités de la vie quotidienne et les occupations significatives, ainsi que l'éducation thérapeutique du patient pour maximiser son autonomie et sa sécurité. Ces stratégies permettent une transition graduelle et sécurisée de l'environnement institutionnel vers le milieu communautaire.

3.3. Limites et biais

Nous allons explorer les limites et biais de cette recherche. Cette étude s'appuie sur les témoignages de quatre ergothérapeutes exerçant dans des territoires à fort taux de précarité. La taille restreinte de l'échantillon limite la généralisation des résultats à l'ensemble des ergothérapeutes travaillant en SMR et tous les contextes de précarité rencontrés sur les territoires français. La demande d'expérience en SMR était d'1 an et demi pour obtenir suffisamment de participation. Cependant, il s'agit d'une durée assez courte d'expérience.

De plus, l'étude se concentre uniquement sur des ergothérapeutes exerçant en SMR, excluant ainsi d'autres contextes d'intervention (soins aigus, services sociaux, pratique libérale) qui pourraient offrir des perspectives complémentaires sur l'accompagnement des populations précaires.

Comme le rappelle Kaufmann (2016), l'entretien est une situation sociale construite qui peut induire des biais de désirabilité sociale, les participants pouvant être tentés de présenter leurs pratiques sous un jour favorable. L'analyse thématique selon Bardin, bien que rigoureuse, implique une part de subjectivité dans l'interprétation des données. La triangulation des analyses par plusieurs chercheurs aurait pu renforcer la validité des résultats. De plus, la variabilité des canaux d'échange : visio, appel, selon les différentes connexions ont pu influencer l'interprétation des entretiens.

Enfin, une des limites majeures de cette étude, induite par la loi Jardé, réside dans l'absence du point de vue des patients eux-mêmes. La vision exclusive des ergothérapeutes ne permet pas d'appréhender l'expérience vécue par les personnes en situation de handicap issues de milieux précaires concernant leur accompagnement et leur réinsertion communautaire et la réussite de celle-ci.

Conclusion

L'ergothérapie sociale et communautaire connaît un développement croissant, mais il existe encore peu de données sur l'accompagnement des personnes en grande précarité ayant un handicap acquis. L'ergothérapie joue un rôle dans la réinsertion communautaire des personnes en situation de handicap moteur issues de milieux précaires en sortie de SMR. Cela, à travers une démarche multidimensionnelle qui articule divers axes d'interventions. Les ergothérapeutes développent des solutions créatives et adaptatives pour pallier les réalités socio-économiques et institutionnelles, facilitant ainsi la réinsertion communautaire.

L'approche holistique et la préparation progressive et personnalisée à la réinsertion est également au cœur de l'accompagnement ergothérapeutique pour ces personnes. Enfin, le tout est coordonné par l'implication de l'ergothérapeute dans la mise en oeuvre d'un accompagnement collaboratif, que ce soit avec le patient, l'entourage proche, les autres professionnels de santé, les partenaires, les associations et les institutions extérieures afin de tout mettre en oeuvre pour poursuivre l'accompagnement à la réinsertion communautaire. Cela souligne alors la pertinence du MCPO dans l'accompagnement vers la réinsertion communautaire, d'autant plus lorsque le contexte social et économique est précaire.

Cependant, notre étude révèle que la réinsertion communautaire reste entravée par des obstacles systémiques tels que les contraintes institutionnelles, le manque de structures relais dans certains territoires, et les difficultés d'accès aux soins pour les personnes sans couverture sociale. Ces constats soulignent la nécessité de développer des politiques publiques plus inclusives et des dispositifs spécifiquement adaptés aux besoins des populations en situation de précarité et de handicap. Ils mettent également en lumière la pluralité des missions de l'ergothérapeute au sein des SMR et l'impossibilité de suivre les patients au-delà de la structure.

D'un point de vue personnel et au-delà des apports méthodologiques d'analyses et de synthèses quant à l'initiation à la recherche, ce travail a profondément enrichi ma vision de ma future pratique professionnelle. J'ai saisi l'importance cruciale d'une approche écologique et holistique, la nécessité de développer constamment des compétences et de s'adapter face aux contraintes contextuelles et systémiques. Cette étude m'a aussi confrontée aux dilemmes éthiques inhérents à la pratique ergothérapie, renforçant ma conviction du rôle crucial des ergothérapeutes dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Enfin, notre étude, centrée sur la préparation à la sortie de SMR, laisse en suspens la question des résultats durables de ces accompagnements et l'assurance d'une réinsertion communautaire réussie. Ainsi, la question suivante se pose : comment évaluer réellement l'impact à long terme de nos interventions ergothérapiques visant la réinsertion communautaire, auprès des personnes cumulant handicap moteur et précarité ? Il serait pertinent d'envisager une recherche interrogeant directement les personnes concernées pour mieux comprendre les facteurs déterminants d'une réinsertion communautaire réussie et d'investiguer auprès des ergothérapeutes travaillant dans les associations faisant relai aux SMR.

BIBLIOGRAPHIE

AOTA. (2020). *American Occupational Therapy Association.*

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. (s. d.). Légifrance.
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022447668/>

Assemblée mondiale de la Santé, 52 & Brundtland, G. H. (1999). L'avenir de l'OMS après une année de changement : Résumé du Rapport sur la santé dans le monde, 1999 : Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général. Organisation mondiale de la Santé.
<https://iris.who.int/handle/10665/82815>

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu.* Presses Universitaires de France.

Bargeot, L. (2024). *Ergothérapie et traumatisme crânien : Un accompagnement vers la réinsertion sociale.* ANFE. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2024/11/BARGEOT-Lea.pdf>

Blanchet, S., & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien.* Armand Colin.

Bodenmann, P., Vaucher, P., Diserens, E., Althaus, F., Madrid, C., Bishoff, T., Jackson, Y., Wolff, D. H., Stoll, D. T., Trendelenburg, D. M., Schmid, D. C., & Wandeler, D. J. (2009). Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? Revue Médicale Suisse, 5(199), 845–848.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2009.5.199.0845>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 6.

Brunet, R., Ferras, R., & Théry, H. (1992). Les mots de la géographie : dictionnaire critique.

Campeau, R., Sirois, M., Rheault, É., & Dufort, N. (1993). Individu et société: Introduction à la sociologie. Les Éditions Gaëtan Morin.

Caouette, M., & Lachapelle, Y. (2014). Perceptions et pratiques des intervenants en soutien à l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle. *Revue internationale de communication et socialisation*, 1(1), 21-34.

Carrier, A., Levasseur, M., Freeman, A., & Desrosiers, J. (2010). L'influence des politiques institutionnelles et publiques sur l'organisation des services d'ergothérapie : Une perspective critique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 226-235.

Challis, D., Hughes, J., Xie, C., & Jolley, D. (2014). An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(2), 160-168

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.).
Rapport d'activité 2023.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-actualites-evenements/rapports/rapport-dactivite-2023>

Drolet, M. J. (2014). *De l'éthique à l'ergothérapie : La philosophie au service de la pratique ergothérapique*. Presses de l'Université du Québec.

Drolet, M. J., & Désormeaux-Moreau, M. (2019). The values of occupational therapy: Perceptions of occupational therapists in Quebec. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(7), 484-497.

Durocher, E., Gibson, B. E., & Rappolt, S. (2015). Éthique et approche centrée sur le client : un dilemme en ergothérapie? *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 1(1), 47-56.

Egan, M., & Restall, G. (2023). Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO).

Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S., & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools 1: Mental health interventions in schools in high-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 377–387. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70312-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8)

Foley, K.-R., Girdler S., Bourke J., Jacoby P., Llewellyn, G., Stewart E., Tonge, B., Parmenter, T. R., & Leonard, H. (2014). Influence of the environment on participation in social roles for young adults with Down Syndrome. *PLoS ONE*, 9(9), 1-11.

Gagnon, E., Guberman, N., Côté, D., Gilbert, C., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2001). Les impacts du virage ambulatoire : Responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile.

Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 247–255. <https://doi.org/10.1080/01674820400024406>

Gouvernement du Québec. (2023, 23 septembre). *Centre local de services communautaires (CLSC)*. Québec.ca. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/clsc>

Hammell, K. R. W., & Iwama, M. K. (2012). Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 385-394. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/11038128.2011.611821>

Hammell, K. W. (2015). Quality of life, participation and occupational rights: A capabilities perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(2), 78-85.

Haute Autorité de Santé. (2024). *Évaluation de la prise en charge des soins de suite et de réadaptation (SSR/SMR)*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219423/fr/ssr-smr-evaluation-de-la-prise-en-charge-soins-d-e-suite-et-de-readaptation

Hawkins, B. L., McGuire, F. A., Linder, S. M., & Britt, T. W. (2015). Understanding contextual influences of community reintegration among injured servicemembers. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 52(5), 527-542. <https://doi.org/10.1682/jrrd.2014.08.0196>

Hoibian, S., Millot, C., Müller, J., Nedjar Calvet, S., & Charruault, A. (2024, 10 décembre). Le rapport des jeunes aux informations en 2024. INJEP. <https://injep.fr/publication/le-rapport-des-jeunes-aux-informations-en-2024/>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2024). Les conditions de vie des personnes en situation de handicap. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045>

Instruction n° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022. *Mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation (SMR)*. https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2024-01/Instruction_Reforme_Autorisation_SMR_28_09_2022.pdf

Iwama, M. K. (2006). The Kawa Model. Elsevier Ltd.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-443-10234-9.X5001-4>

Jörg, F., Raven, D., Visser, E., Schoevers, R., & Oldehinkel, T. (2017). Treated versus untreated mental health problems in adolescents: A six-year comparison of emotional and behavioral problem trajectories. European Psychiatry, 41(S1), s130-s131.

Kaufmann, J. C. (2016). *L'entretien compréhensif* (4e éd.). Armand Colin.

Kronenberg, F., Pollard, N., & Sakellariou, D. (2011). *Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation-based practices* (Vol. 2). Churchill Livingstone Elsevier.

Lebas J., & Chauvin P. (1998). Précarité et santé. Flammarion Médecine Sciences.

Löchen, V. (2021). Chapitre 6. Précarité, pauvreté, exclusion. Dans Comprendre les politiques sociales (7e éd., p. 365-490). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.loche.2021.01.0365>

Loubat, J.-R. (2003). Schématisation représentant différents niveaux de participation sociale.

Maiter, S., & Dowd, P. M. (2019). Social work practice with vulnerable families: from assessment to intervention. In *Handbook of Research on Health and Social Care* (pp. 159-176). Routledge.

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot review 10 years on*. Institute of Health Equity.

Médard, J.-F. (1969). Communauté locale et organisation communautaire aux États-Unis. Cahier de la Fondation nationale des sciences politiques. Armand Colin.

Mercier, L., Audet, T., Hébert, R., Rochette, A., & Dubois, M. F. (2001). Impact of motor, cognitive, and perceptual disorders on ability to perform activities of daily living after stroke. *Stroke*, 32(11), 2602-2608.

Mercan, Y., Selcuk, K. T., & Sayilan, A. A. (2021). The relationship between types of physical disabilities and the Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in the elderly. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(1).

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck

Ministère de la santé et de l'accès aux soins. (s. d.). <https://sante.gouv.fr/>

Ministère de la Santé. (2024). *Tout savoir sur les soins médicaux et de réadaptation (SMR)*.

<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-medicaux-et-de-readaptation-smr>

Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Egalité entre les femmes et les hommes. (2024, 28 novembre). Accueil | Handicap.gouv.fr. <https://handicap.gouv.fr/>

MSI	SSR	2019.
https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr/article/tout-savoir-sur-les-soins-medicaux-et-de-readaptation-smr?utm_source=chatgpt.com		

Oliver, M. (2013). The social model of disability: Thirty years on. *Disability & Society*, 28(7), 1024-1026

Ordre de Malte France. (s. d.). Urgence hiver.
<https://urgencehiver.ordredemaltefrance.org/>

Pauvreté et précarité : la double peine du handicap. (s. d.). CIDJ.
<https://www.cidj.com/bien-vivre/sa-consommation/pauvrete-et-precarite-la-double-peine-du-handicap>

Piérart, G., Tétreault, S., Deschênes, P. M., & Blais-Michaud, S. (2014). Handicap, famille et soutien. Regard croisé Québec-Suisse. *Enfances Familles Générations*, 20, 128-147. <https://doi.org/10.7202/1025333ar>

Pierce, D., Traduction de l'américain dirigée par Morel-Bracq, M.-C. (dir.) (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie.* De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515?lang=fr>.

Radjou, N., & Euchner, J. (2016). The Principles of Frugal Innovation: An Interview with Navi Radjou. *Research-Technology Management*, 59(4), 13-20. <https://doi.org/10.1080/08956308.2016.1185339>

Rutgers University. (s. d.). Department of Kinesiology and Health. <https://kines.rutgers.edu/>

Scaffa, M. E., & Reitz, S. M. (2013). *Occupational therapy in community-based practice settings.* F.A. Davis Company.

Santé publique et pays pauvres. (s. d.). adsp, 30. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=52>

Stark, S., Keglovits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2015). Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 1-11.

Shields, M. (2008). Appartenance à la communauté et autoévaluation de l'état de santé. *Rapports sur la santé*, 19(2), 57-67.

Tétreault, S., Blais-Michaud, S., Marier Deschênes, P., Beaupré, P., Gascon, H., Boucher, N., & Carrière, M. (2017). How to support families of children with disabilities? An exploratory study of social support services. *Child & Family Social Work*, 19(3), 272-281.

Tétreault, S. et Guillez, P. (dir.) (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01>.

Thibeault, R. (2006). Globalization, universities and the future of occupational therapy: Dispatches for the majority world. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 159-165.

Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2013). Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation.

Walsh, M. E., Galvin, R., Loughnane, C., Macey, C., & Horgan, N. F. (2014). Facteurs associés à la réinsertion sociale au cours de la première année après un AVC : une méta-synthèse qualitative. *Disability and Rehabilitation*, 37(18), 1599–1608.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.974834>

Whiteford, G. E., & Townsend, E. (2011). Participatory occupational justice framework (POJF 2010): Enabling occupational participation and inclusion. In F. Kronenberg, N. Pollard, & D. Sakellariou (Eds.), *Occupational therapies without borders: Towards an ecology of occupation-based practices* (Vol. 2, pp. 65-84). Churchill Livingstone Elsevier.

Wresinski, J. (1987). Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel. <https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>

TABLE DES ANNEXES

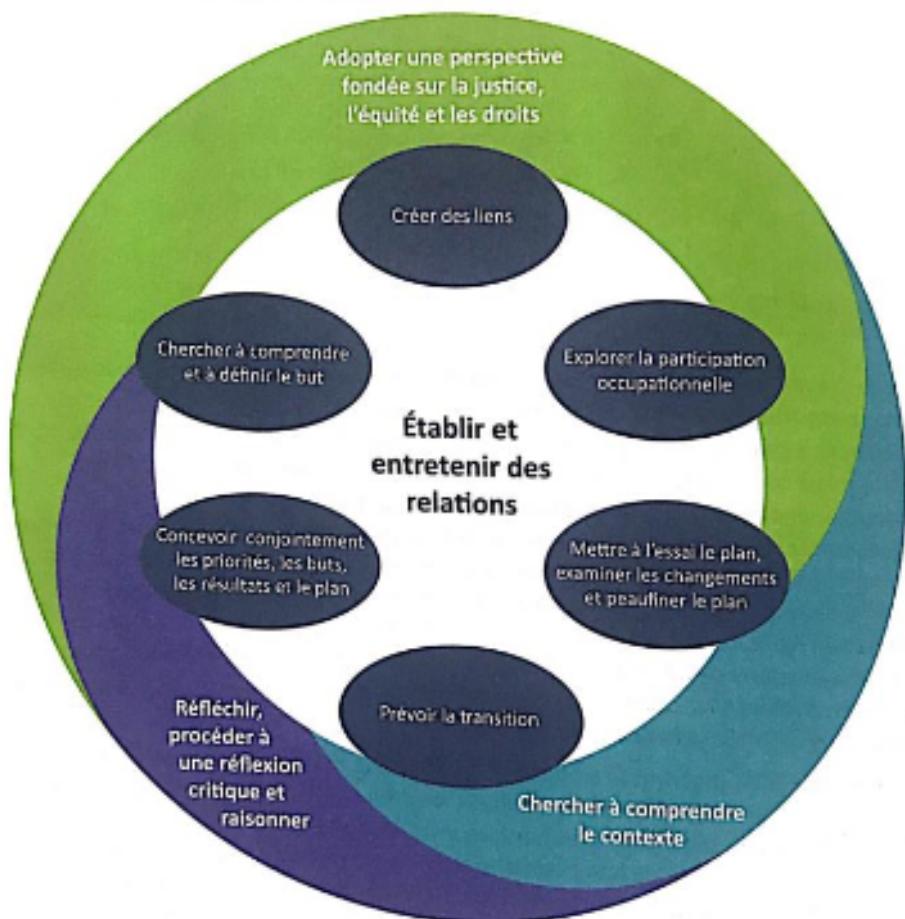
Annexe 1 : Modélisation du MCPO.....	1
Annexe 2 : Modélisation du CanPPERC.....	2
Annexe 3 : Population sous le seuil de pauvreté en France, 2021, selon l'INSEE.....	3
Annexe 4 : Formulaire de consentement à l'enregistrement de la voix.....	4
Annexe 5 : Guide d'entretien.....	5
Annexe 6 : Matrice sur la réinsertion communautaire.....	7
Annexe 7 : Matrice sur la Collaboration.....	8
Annexe 8 : Retranscription de l'entretien avec E1.....	9
Annexe 9 : Tableau d'analyse par thématique vierge.....	27
Annexe 10 : Extrait rempli du tableau d'analyse par thématique.....	28
Annexe 11 : Tableau de présentation des participantes.....	31

Annexe 1 : Modélisation du MCPO



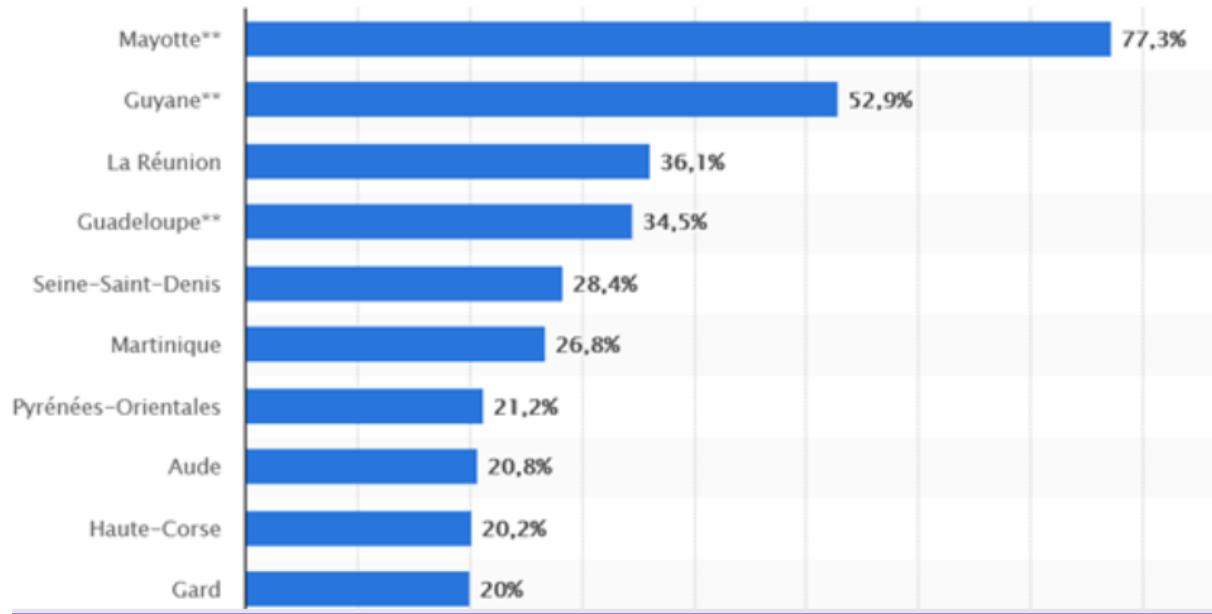
Egan, M., et Restall, G. (2023). Modèle canadien de la participation occupationnelle (MCPO).

Annexe 2 : Modélisation du CanPPERC



Restall G, Egan M, Valavaara K, Phenix A, Sack C. Le cadre Canadien pour le processus de pratique en ergothérapie axé sur les relations collaboratives (cadre CanPPERC). Dans : Egan M, Restall G, rédactrices. *L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle*. Ottawa, CA : Association canadienne des ergothérapeutes. 2022. p.134

Annexe 3 : Population sous le seuil de pauvreté en France, 2021, selon l'INSEE



Part de la population sous le seuil de pauvreté monétaire en France en 2021, selon le département INSEE

Annexe 4 : Formulaire de consentement à l'enregistrement de la voix



CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____, à _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Autorise LE FLOCH Sirima dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : La réinsertion communautaire en ergothérapie.
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par LE FLOCH Sirima. *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : _____

Le : _____

Annexe 5 : Guide d'entretien

Introduction :

Bonjour, je suis Sirima LE FLOCH, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse. Tout d'abord, merci d'avoir accepter de vous libérer pour cet appel dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche : le mémoire. Plus précisément, l'objectif de notre rencontre est d'aborder la question de l'accompagnement ergothérapeutique dans la réinsertion communautaire des personnes cumulant précarité et handicap moteur et plus spécifiquement l'accompagnement que vous proposez en SMR aujourd'hui. L'entretien durera environ 45 minutes. Comme convenu et suite au formulaire de consentement, l'entretien sera enregistré si vous êtes toujours d'accord. Avant de commencer, je tiens à vous préciser que vous pouvez cesser l'entretien à tout moment et refuser de répondre à une question. Avez-vous des questions avant que l'on commence ?

Questions :

Contexte :

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
2. Décrivez votre rôle d'ergothérapeute en SMR et les populations avec lesquelles vous travaillez ?

PRATIQUE CLINIQUE (nous parlons spécifiquement des populations précaires en situation de handicap moteur)

3. Comment le contexte socio-économique des patients, influence-t-il votre prise en charge ?
4. Pouvez-vous décrire les éléments clé pour une PEC avec cette population spécifique ?
5. Comment établissez-vous les objectifs thérapeutiques avec ces patients ?
6. Quelles compétences spécifiques avez-vous développées pour travailler avec cette population ?
7. Comment décririez-vous les interactions avec ces patients et leur évolution durant la prise en charge ?
8. Quels sont les défis/difficultés et les facilitateurs que vous rencontrez dans l'accompagnement de cette population ?

PRÉPARATION À LA SORTIE ET RÉINSERTION

D'après Brunet, 1992, “ la réinsertion communautaire désigne le processus par lequel une personne, souvent après une période de maladie, de réhabilitation ou d'incarcération, retrouve sa place et son rôle au sein de la communauté.” Ce concept s'inscrit dans une approche globale visant à améliorer la qualité de vie et l'autonomie des individus, tout en favorisant leur intégration et leur participation active dans la société.

9. Décrivez votre processus de préparation à la sortie du SMR et les étapes typiques pour ces patients.
10. Intégrez-vous l'entourage dans la préparation à la sortie ? Si oui, quand et pourquoi ? Si non, pourquoi ?
11. Quels sont les défis spécifiques, s'il y en a, liés à la précarité lors de la réinsertion ?
12. Pouvez- vous me partager un exemple de réussite dans le processus de réinsertion communautaire ?
13. Pouvez-vous partager un cas concret dans lequel vous avez rencontré des difficultés dans le processus de réinsertion communautaire ?

ÉVALUATION ET PERSPECTIVES

14. Comment évaluez-vous l'impact de vos interventions dans la réinsertion ?
15. Quelles recommandations feriez-vous pour améliorer l'accompagnement de cette population ?

Conclusion :

Nous arrivons à la fin de cet entretien. Avez-vous autre chose qui vous semble pertinent à me dire ?

Merci encore pour votre temps et votre implication.

Annexe 6 : Matrice sur la réinsertion communautaire

Variable 1 : Réinsertion communautaire

Critères	Indicateurs
Composante sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à des activités sociales - Interaction sociale - Autres acteurs - Activité de groupe - Sentiment d'appartenance à un groupe / communauté - Rôles sociaux
Composante environnementale	<ul style="list-style-type: none"> - les lieux fréquentés - les adaptations et AT misent en place dans l'environnement - accessibilité / obstacle - Accès aux services communautaires
Indépendance et autonomie du patient	<ul style="list-style-type: none"> - indépendance dans les AVQ - Adaptation et AT
Qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> - acceptation du handicap - estime de soi / confiance - investissement dans des activités signifiantes
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> - Dimension affective (sentiment d'appartenance) - Dimension territoriale (espace partagé) - Dimension symbolique (valeurs et représentations commune, culture) - Dimension relationnelle (interactions sociales, entraide, coopération et partage) - Dimension identitaire (construction d'une identité collective)

Annexe 7 : Matrice sur la Collaboration

Variable 2 : Collaboration

Modèle MCPO, cadre CanPPERC (2022)

Critères	Indicateurs
Participation active / engagement du patient	<ul style="list-style-type: none">- élaboration d'objectifs personnels- auto-évaluation- suivis ergothérapeutique- Communication
Implication / soutien de l'entourage	<ul style="list-style-type: none">- rencontre de l'entourage- investissement dans la PEC- Personnes ressources identifiées- participation active aux séances- communication
Satisfaction et bien être	<ul style="list-style-type: none">- satisfaction patient / entourage / ergo- évolution du patient
Adaptation et flexibilité	<ul style="list-style-type: none">- ajustement des objectifs et séances suite à des retours ou contraintes environnementales- Ressources communautaires utilisées
Composante contextuelle	<ul style="list-style-type: none">- prise en compte du contexte de vie dans la prise en charge

1 Annexe 8 : Retranscription de l'entretien avec E1

1 S : On va commencer par des questions un peu générales donc est-ce que vous pouvez me
2 parler de votre parcours professionnel

3 E1 : Moi je suis diplômée depuis 2011 donc ça fait et depuis que je suis diplômée je travaille
4 à l'hôpital de Saint-Denis dans le 93, dans un service de médecine physique et de
5 réadaptation, à la fois sur les hospitalisations complètes et les hospitalisations de jours. Voilà
6 donc j'ai fait toute ma carrière pour l'instant ici.

7 S : Est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre rôle en tant qu'ergothérapeute dans votre
8 structure ?

9 E1 : Dans la structure du coup on va avoir un premier rôle au niveau des installations quand
10 les patients arrivent globalement on les rencontre pour faire tout ce qui est installation au lit
11 au fauteuil dans les premiers temps et ensuite on va avoir un rôle d'évaluation où on va
12 évaluer les déficiences les capacités les incapacités et essayer d'évaluer un peu le degré
13 d'autonomie de la personne voilà et en fonction après des évaluations on va mettre en place
14 des objectifs avec du coin suivi en rééducation donc ça va être de la rééducation ça peut être
15 un peu plus analytique du travail sur table ça va être des situations un peu plus écologiques en
16 chambre du travail sur des activités comme la cuisine le ménage l'ordinateur, et tout ce qui va
17 être mise en place d'AT au besoin.

18 Ensuite on a un rôle qui va être tout ce qui va concerner la préparation du retour à la maison
19 ou en tout cas de la sortie de l'hôpital avec, si besoin, des visites à domicile, des essais de
20 matériel, en travaillant en collaborations avec les revendeurs aussi et les familles et tout ce qui
21 va être commandé si besoin aussi. On va travailler aussi avec la famille évidemment et après
22 on peut aussi avoir un rôle un peu plus sur du long terme parce que ce n'est pas forcément
23 tout de suite avec les patients qui sont hospitalisé mais avec la reprise de la conduite ce genre
24 de choses aussi.

25 S : D'accord ok.

26 E1 : Mais ça c'est vraiment dans un plus long terme quoi.

27 S : Ok ça marche.

28 E1 : Globalement et puis bien évidemment tout ça dans un travail pluridisciplinaire.

29 S : et du coup vous avez quel type de population parce que c'est très très large enfin toutes vos
30 missions.

31 E1 : Oui, alors nous c'est public adultes. Globalement c'est aller 95 % de neurologie et
32 beaucoup de poste AVC on a quelques pathologies neurodégénératives comme la sclérose en
33 plaques ou d'autres les encéphalopathies on a aussi je réfléchis par rapport à ce qu'on a
34 comme tableau ici actuellement mais globalement c'est beaucoup de poste AVC et public
35 adulte et personne âgées aussi quoi

36 S : d'accord ok

37 E1 : Donc voilà, on est assez large dans le public mais on ne fait pas d'enfants en tout cas
38 adolescent c'est très rare on peut en avoir dans des situations bien précises mais c'est très très
39 rare.

40 S : OK, plutôt dans des contextes particuliers ?

41 E1 : Dans des contextes où euh les personnes sont refusées d'un peu partout et que nous on
42 est un hôpital public, on refuse très peu de situations. Donc c'est vrai que tu as des jeunes
43 patients qui sont refusé d'autres structures parce que situation compliquée ça peut arriver que
44 du coup ça voilà elle arrive chez nous

45 S : Ok ça marche, Du coup justement en parlant un peu de population spécifique et compliqué
46 mes prochaines questions vont s'axer un peu plus sur les populations en situation précaire et
47 dans le handicap moteur du coup plutôt que cognitifs voilà donc je voulais savoir un peu si
48 enfin comment le contexte socio-économique de ses patients-là donc en situation précaire et il
49 pouvait influencer votre prise en charge, est-ce que déjà il influence ?

50 E1 : Ouais, Vraiment avoir un impact en effet parce que ce n'était pas qu'en ergothérapie ça
51 va avoir déjà un impact sur le séjour de la personne à l'hôpital parce que quand un patient
52 arrive où est accueilli accepté à l'hôpital il y a déjà une évaluation des médecins qui envisage
53 déjà avant même d'avoir commencé le projet de sortie.

54 S : D'accord.

55 E1 : Le projet de la personne pour voir un peu vers où s'orienter est-ce que voilà on va avoir
56 des portes de sortie où est-ce qu'on va être en situation un peu compliqué et donc du coup il y
57 a déjà une évaluation et déjà de base en fonction de ça on sait à peu près si le projet il va être
58 difficile ou si il n'y aura pas de souci donc avant même eux les médecins vont avoir une idée
59 de si cet aspect-là en tout cas vas impacter sur le suivi.

60 S : D'accord.

61 E1 : Rappelez moi juste la question sur les conditions socio-économique, est ce que vous
62 pouvez préciser juste un petit peu socio-économique.

63 S : Oui, c'était un peu sur les populations un peu qui vivent sous le seuil de pauvreté
64 monétaire mais qui ont des difficultés financières et souvent l'environnement aussi ça s'ajoute
65 à ça.

66 E1 : Oui, parce qu'en fait tout est lié, Situation là va impacter sur les conditions de vie sur le
67 lieu de vie enfin il y a beaucoup de choses et donc oui donc ça va impacter parce que dans le,
68 alors j'ai envie de dire que sur tout le suivi qu'on va pouvoir faire en rééducation pure ça ne va
69 pas avoir vraiment forcément un impact. Parce qu'une fois qu'on est hospitalisé les séances
70 elles ne font pas de différence en fait entre un patient qui va avoir les moyens et un patient qui
71 n'a pas les moyens évidemment ça n'aura pas d'impact. Là où ça va commencer à avoir des
72 répercussions c'est quand on va commencer à envisager Le retour à la maison et la tu as
73 commencé à envisager le retour à la maison et la mise en place des aides parce que bien
74 souvent cette situation socio-économique difficile peut avoir des patients vont pouvoir avoir
75 des logements petits parfois ça allume parfois ils vont être là je pense à un jeune patient qu'on
76 a d'une vingtaine d'années ils habitent ils sont 6 enfants plus les deux parents dans un 40 m²
77 donc c'est vrai que tout ça va avoir un impact parce que là évidemment que c'est pas la même
78 chose que si voilà ils avaient une maison avec chacun leur chambre c'est des situations
79 compliquées donc au niveau du retour à domicile bah faut pouvoir l'envisager déjà dans retour
80 dans l'appartement même et parfois c'est pas possible en fait parfois on s'est retrouvé à pas
81 pouvoir faire sortir les gens dans leur logement actuel et donc il faut envisager d'autres
82 solutions parfois là je me souviens je vous parle aussi en terme d'expérience en vous donnant
83 des exemples. Là par exemple un monsieur qui avait une petite chambre qui avait que ça
84 mais il y avait des escaliers tout ça et donc du coup on a fait le retour à la maison en sachant
85 que c'était un monsieur qui pouvait pas monter les escaliers et donc du coup bah ça a un

86 retour qui se fait et on sait très bien que du coup il sortira quasiment plus cette chambre parce
87 que pas capable alors pour les rendez-vous médicaux tout ça évidemment qu'il y a des
88 possibilités avec des ambulanciers mais voilà ça conditionne un retour ça veut dire que est
89 une aide à mettre en place tout ce qui va être pour la cuisine voilà donc c'est pas simple ça
90 veut dire ramener un monsieur dans cette maison seule en sachant que voilà il pourras plus
91 sortir, ça impose des choses à un thérapeute à accepter aussi quoi.

92 Cette situation économique va avoir un impact sur les AT utilisé parce que tout n'est pas pris
93 en charge je parle à la sécurité sociale on a de la chance en France de pouvoir avoir encore
94 des choses qui sont remboursées mais pas tout une planche de bain c'est pas remboursé et
95 quelqu'un qui peut pas se payer une planche de bas à 35 € et ben voilà faut trouver une
96 solution donc c'est pas toujours c'est pas toujours simple bah c'est aussi du coup un travail
97 qu'on peut faire avec les revendeurs des fois ça nous arrive de leur demander bon est-ce que
98 là on peut pas s'arranger parce que là il y a vraiment ce monsieur il a besoin de ça et il a pas
99 les moyens et ce serait vraiment chouette de pouvoir trouver une entente avec les vendeurs on
100 arrive à trouver des solutions avec les revendeurs

101 S : d'accord

102 E1 : c'est vraiment parce qu'on les connaît bien les revendeurs qu'on travaille avec eux depuis
103 très longtemps et que voilà. C'est aussi ça arrive que du coup il nous fasse des prix un peu
104 moindres ou qu'ils ont du matériel qui traîne un peu et qui se permettent de nous les donner.
105 Même nous, on à parfois du matériel qu'on garde quand c'est un peu usagé parce que on sait
106 que potentiellement on ne va pas les garder pour l'hôpital mais Ben s'il y a besoin pour une
107 personne de le lui donner. On garde aussi du matériel un peu usagé pour pouvoir.

108 S : Oui le réutiliser.

109 E1 : Voilà le réutiliser ou le donner quand il y a besoin et qu'il y a des situations compliquées.
110 Parce que ben oui sans argent et dans des situations compliquées on arrive pas à faire
111 grand-chose parce que en plus le handicap il va impacter sur la reprise professionnelle après
112 on a des durées de séjour qui sont de 3 mois à peu près 1 2 3 mois à peu près en moyenne et
113 donc on a très peu de temps pour s'orienter sur la reprise professionnelle quoi vraiment c'est
114 pas trop la notion que nous on va traiter à l'hôpital on sait qu' il y a très peu de reprise
115 professionnelle chez nos patients sachant que c'est déjà des patients des fois qui travaillent au

116 black ils sont pas déclarés donc du coup s'ensuit toute les difficultés lié à ça. Je pense à une
117 dame qui n'a plus de titre de séjour donc elle est en situation irrégulière aussi en France, sa
118 famille ne veut pas la récupérer parce que contexte familial compliqué, elle n'a plus de titre
119 de séjour. Tout ça impacte énormément et là on est en situation, on est vraiment bloqué parce
120 qu'on ne sait pas comment faire sortir cette dame par exemple. Donc oui le handicap en plus
121 va impacter sur leurs capacités à reprendre le boulot et donc avoir de l'argent. A st Denis
122 aussi c'est Ça c'est lié au niveau culturellement différente aussi on voit bien que il y a certains
123 patients qui sont ici en France pour aussi apporter l'argent pour la famille au pays et que là il
124 se retrouve notamment on a une dame ici actuellement qui travaille au black et là qui peut
125 plus reprendre son activité mais elle est en France parce qu' elle était là pour pouvoir donner
126 de l'argent pour ses enfants au pays et elle se retrouve du coup sans pouvoir travailler en
127 France et donc de plus pouvoir amener d'argent à ses enfants au pays donc au niveau
128 psychologique ça impact aussi le handicap parce qu'en plus de poste AVC c'est soudain et
129 donc du coup c'est pas des choses qu'on peut préparer quoi ça à un impact du jour au
130 lendemain et c'est dur à accepter aussi quoi donc ça à un impact aussi au niveau
131 psychologique pour les patients. Je m'éloigne peut-être un peu.

132 S : Non, c'est vrai que tout est relié donc forcément la question amène à beaucoup de
133 possibilités de réponses.

134 E1 : Bah ouais, on pourrait en parler très très longtemps.

135 S : On passe à la prochaine question, mais oui c'est un cercle vicieux entre précarité et
136 handicap.

137 E1 : Ouais, ben ouais, on ne peut rien dissocier quoi. Et nous on dépend de ça. C'est vrai que
138 des fois on à des situations tellement compliquées que soit ça va être des séjours ultra longs
139 qui vont durer 1 an 1 ans et demi parce qu'on ne sait pas et des fois des séjours ultra rapide
140 parce que situations trop compliquées. Là on a une porte de sortie on a une approche qui
141 s'appuie sur ça même si la rééducation aurait pu dire un petit peu plus mais on sent que c'est
142 trop fragile pour garder à l'hôpital parce qu'après on arrivera jamais à faire la sortie et
143 malheureusement on ne peut pas garder les gens à l'hôpital enfin si on garde tout le monde un
144 an et demi 2 ans ça serait trop difficile donc c'est vrai que quand il n'y a pas d'argent, pas de
145 papier tout ça et que la famille ne veut pas récupérer ben la solution c'est d'appeler le 115
146 quoi. De les mettre, ce n'est pas ce qu'on fait parce qu'on essaie toujours de trouver des

147 solutions mais malheureusement on essaie de provoquer un peu les familles et de dire voilà
148 s'il n'y a pas de solution nous demain c'est sur le trottoir et vous appelez le 115 quoi.

149 S : Oui

150 E1 : Donc on n'aime pas faire ça mais dans des extrêmes situations

151 S : Oui, quand c'est vraiment bloqué

152 E1 : Oui parce qu'après on se rend compte que dans les familles ou c'est difficile soit il y a
153 des familles qui sont très présente et qui jamais ne laisseront leur proche sur le côté ET
154 EVIDEMMENT S'occuperont d'eux et il y a aussi les familles qui fuient un peu ça et qui le
155 handicap ils veulent plus récupérer la personne parce que trop compliqué trop de charges à la
156 maison en plus et donc du coup des fois les familles on les voit plus quoi. On les voit au début
157 et puis après elles voient que le handicap persiste et on les voit plus après parce que voilà
158 donc bon.

159 S : Quels sont pour vous les éléments clés à avoir dans votre prise en charge avec cette
160 population spécifique ?

161 E1 : Euh, les éléments clés...en termes de rééducation dans les troubles moteurs clairement il
162 n'y a pas de différence de chacun. Vraiment là où on va avoir des différences ou des choses
163 que nous on va prendre plus en compte c'est évidemment je ne vais pas aller proposer un
164 fauteuil qui coûte 3000 euros à un patient qui n'a pas d'argent quoi. Du coup on essaie d'aller
165 vraiment au plus précis de ce qu'il faut et on ne va pas aller mettre plein d'aides techniques.
166 Alors oui dans un idéal on pourrait mettre plein de choses en place mais là on est limité par
167 les moyens financiers du coup on va vraiment à l'essentiel quoi. On essaie de ne pas mettre
168 encore plus la personne en situation compliquée. Par ex avec une de mes collègues on n'a pas
169 vraiment cette même vision des choses elle elle propose beaucoup d'AT et elle fait beaucoup
170 d'achat moi j'ai du mal, je vais vraiment à l'essentiel, je leur demande au patient ce qu'ils ont
171 vraiment envie parce que parfois ils n'osent pas dire et ils font et ensuite derrière acheter ça ça
172 les met dans le rouge derrière donc euh. Je vais vraiment à l'essentiel et ça m'embête de, ça
173 me fait, je ne pourrais pas proposer 1000 choses à un patient qui n'a pas de moyen quoi. Fin
174 je peux pas... Personnellement je me sentirais mal de me dire c'est des choses nécessaires oui
175 évidemment mais vraiment il faut que le cahier des charges soit bien défini pour qu'on aille

176 au plus précis et qu'on n'aille pas dans des choses qui sont un peu plus secondaire et dans
177 lesquelles on pourrait essayer de faire autrement en tout cas.

178 Donc les éléments clé c'est vraiment cibler au niveau, moi je parle surtout du coup de retour à
179 la maison parce que c'est là qu'on va avoir, ce côté-là va impacter finalement. Et puis, c'est
180 dur les éléments clés.

181 S : C'est très large, mais on peut passer sur autre chose

182 E1 : Vraiment trop, les éléments bah c'est vraiment le souhait de la personne, être ciblée sur la
183 personne avec ses objectifs à elle et ses besoins et ce qu'elle est capable de prendre en charge.
184 Et avec les familles parce que c'est aussi important de leur montrer que certaine chose sont
185 quand même nécessaire parfois parce que les familles disent nan nana on va s'en sortir on a
186 pas besoin de ça on a pas besoin de ça mais derrière ça sert à rien que la famille s'épuise à
187 faire des transferts ou des choses parce que c'est difficile alors que l'AT, une chaise de douche
188 ou un truc comme ça pourrait permettre de faciliter et de garder de l'autonomie. Parce que
189 c'est aussi ça, l'idée c'est de permettre un maximum d'autonomie pour la personne.

190 S : Oui d'accord.

191 E1 : Donc un juste milieu entre... à trouver.

192 S : Merci, vous avez parlé des objectifs que vous mettez en place, comment vous établissez
193 ces objectifs de prise en charge ?

194 E1 : C'est avec le patient, quand on rencontre le patient on fait toujours un entretien qui, on
195 fait le point avec eux, qui s'appuie un peu sur la MCRO. Moi j'ai du mal, je comprends tout à
196 fait la MCRO et tout ça mais avec les patients j'ai du mal à la passer avec les patients qui sont
197 un petit peu en aigue et c'est vrai que mettre en place des objectifs quand ça fait 2 semaines
198 qu'ils ont fait leur AVC, ça reste des objectifs assez généraux : moi je veux remarcher, je peux
199 pouvoir utiliser mon bras, je veux pouvoir rentrer chez moi.

200 C'est assez difficile à l'instant T d'établir des objectifs vraiment précis sur des tâches du Q
201 parce qu'il découvre aussi leur entre guillemet leur nouvelle vie avec le handicap à l'instant T
202 donc c'est vrai que verbaliser le j'ai envie de pouvoir refaire tel activité c'est un peu tôt je
203 trouve.

204 Par contre en HDJ c'est beaucoup plus facile car c'est des patients qui sont rentrés à la
205 maison qui ont un peu un recul sur leur situation, qui vont se rendre compte qu'ils ont envie
206 de faire telle ou telle chose et donc là on va un peu plus pouvoir établir ça.

207 Mais globalement les objectifs sont quand même établis lors d'un entretien avec le patient et
208 avec la famille au besoin. On essaie de cibler, ensemble, des choses. Au début ça va être assez
209 général et petit à petit quand la relation va aussi s'instaurer et que le patient va aussi prendre
210 conscience des choses au fur et à mesure on va affiner un peu les objectifs quoi.

211 Au fur et à mesure. Après les objectifs évolue tout au long de la prise en charge finalement
212 avec le patient donc euh c'est sur entretien et après évidemment on fait des réunions pluri ou
213 on parle du projet personnalisé de soin ou on met des objectifs au sein du service avec tous les
214 thérapeutes, tous les soignants.

215 S : D'accord, ça marche, là vous travailler là-bas depuis 2011, depuis tout ce temps,
216 avez-vous avec le recul développé des compétences spécifiques du fait de travailler avec cette
217 population-là ?

218 E1 : Bah il faut se creuser un peu la tête un peu plus. Parce que quand les situations sont
219 parfois tellement compliquées qu'il faut trouver des solutions et qu'on à pas l'argent qui va
220 permettre de trouver la solution qui va bien. Parce que l'argent permet quand même beaucoup
221 de choses. Faut se creuser un peu la tête que ce soit en termes d'accessibilité des logements,
222 trouver des solutions, des appartements qui sont très petits, vraiment, parce qu'en plus
223 souvent il y a des bailleurs sociaux donc derrière c'est hyper difficile de faire des travaux si
224 on envisage des travaux parce que ça prend un temps monstrueux. Il faut 1000 argumentaires,
225 les bailleurs ne sont pas très chauds pour faire les travaux. Souvent ils sont en HLM,
226 beaucoup en tout cas. Donc ce n'est pas forcément très simple de trouver des solutions qui
227 peuvent être réglées vite.

228 Donc parfois il faut se creuser un peu la tête, il faut être un peu plus ingénieux, il faut
229 fabriquer des choses qu'on pourrait acheter mais que du coup on n'achète pas parce que
230 finalement avec du thermo on pourrait faire des adaptations qui sont tout à fait acceptables et
231 qui font l'affaire. Je pense que oui il faut être un peu plus créatif aussi et, je ne dis pas qu'on
232 n'est jamais empathique avec les gens qui ont de l'argent mais c'est vrai que du coup
233 socialement ce n'est pas facile d'avoir des gens forcément dans le besoin, en situation

234 compliqué tout le temps donc c'est, il y a un relationnel qui est un peu différent donc voilà on
235 comprend ce qu'ils vivent. C'est vrai qu'eux, les patients des fois n'osent pas trop nous
236 raconter. Ce jeune ou ils sont 6 enfants, leurs deux parents dans 40m carré n'osait nous le
237 dire, il n'osait pas nous parler de ça. C'était un peu flou, il évitait un peu la discussion donc
238 oui on s'est rendu compte qu'il dormait dans une chambre de 10m carré avec 5 enfants et que
239 ça le gênait tout ça. Cette situation était compliquée, il n'avait pas beaucoup de vêtements
240 donc il ne pouvait pas se changer beaucoup et ducoup voilà, tout ça c'est. Des fois les patients
241 n'osent pas nous dire aussi et parfois ils ne veulent pas qu'on aille faire de VAD parce qu'ils
242 ne veulent pas qu'on entre dans cette sphère-là donc on respecte aussi. On n'oblige personne,
243 on fait en fonction donc. Je ne sais plus ce qu'était la question. Ah oui, les compétences...

244 Après on travaille aussi beaucoup beaucoup en lien avec l'assistante sociale. J'ai fait un
245 remplacement dans une autre structure qui est ou la population certe était beaucoup moins
246 précaire et on avait beaucoup moins de lien. J'ai fait un remplacement de 2 mois. Il y avait
247 moins de lien, c'était peut-être aussi la structure qui voulait ça mais nous on est obligé de
248 travailler avec l'assistante sociale à fond parce qu'elle se charge de trouver des solutions au
249 niveau social, pour essayer d'avoir des financements, trouver des logements parce que la des
250 fois, c'est tout le temps qu'on a des patients qui n'ont plus de logement donc comment on fait
251 quoi pour trouver une solution pour les faire sortir. Donc on a un lien étroit au niveau social
252 ou on est obligé de travailler en collaboration avec un peu tout le monde quoi.

253 Ducoup, c'est vraiment le travail d'assistante sociale ici il est incroyable, clairement je ne
254 pourrais jamais faire ce qu'elles font parce qu'elles se tirent les cheveux mais tous les jours.
255 Mais on essaie de faire ensemble certain truc, certain dossier. De trouver un peu des aides qui
256 peuvent être misent en place donc ouais. Un lien étroit avec tout le monde en vrai, mais
257 beaucoup avec l'assistance sociale.

258

259 S : Ok. Merci beaucoup. Et du coup, on va passer à une partie vraiment axée sur la
260 préparation à la sortie à la réinsertion. On en a déjà un petit peu parlé.

261 Moi, je me suis axée sur la réinsertion communautaire. Du coup, dans le sens de Brûner.
262 Donc, il dit que ça désigne le processus par lequel il n'y a personne, Donc, après une période
263 de maladie, de réhabilitation. Donc ici, du coup, après la période de rééducation en SMR, qu'il

[264](#) va venir retrouver sa place et son rôle au sein de la communauté, mais aussi du coup de son
[265](#) lieu de vie. Enfin, vraiment son retour sur son lieu de vie à lui et sa communauté.

[266](#) E1 : Oui.

[267](#) S : Est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre processus de préparation à la sortie du
[268](#) SMR et les étapes un peu typiques par lesquelles vous passez avec ces patients-là, s'il y en a,
[269](#) parce que vu la variété de situations, je suppose que ça change.

[270](#) E1 : Globalement, alors nous, les étapes qu'on a quand on commence à préparer le retour de la
[271](#) personne, tout dépend du niveau de handicap, on va faire des visites à domicile mais pas tout
[272](#) le temps, ça dépend, si des personnes, voilà il y a une autonomie qui est suffisante, qu'il sait
[273](#) monté les escaliers, qu'ils sait les descendre sans risque de chute, voilà on sait que les patients
[274](#) il ont souvent des permissions au week-end donc on a des retours sur comment ça se passe à
[275](#) la maison, si des permissions se passent bien, si en termes d'autonomie on n'a pas de soucis,
[276](#) on va pas seulement faire une VAD, on peut faire des essais ici, on a tout ce qu'il faut, on a
[277](#) aussi un appartement thérapeutique donc on fait pas mal de mise en situation, on a une
[278](#) baignoire donc ce qu'il faut, voilà et on inclut toujours les familles quand la personne le veut
[279](#) bien parce que parfois il y a des patients qui veulent pas donc ça aussi on respecte le choix de
[280](#) la personne mais quand on peut s'appuyer sur la famille c'est quand même plus simple, vite
[281](#) fait la question juste...

[282](#) S : C'était de décrire, en gros, le processus de préparation à la sortie de SSR et s'il y avait un
[283](#) peu des étapes typiques.

[284](#) E1 : Oui, du coup, ça va être ça, les permissions, c'est vraiment des étapes hyper importantes
[285](#) pour le patient aussi, parce que parfois, ici dans le service, tout est adapté, tout est sécurisé,
[286](#) vraiment, ils sont un peu dans un cocon, et de se retrouver à l'extérieur, c'est vrai que parfois,
[287](#) les permissions permettent de prendre conscience des difficultés qu'ils vont pouvoir
[288](#) rencontrer, parce que parfois, on leur dit, « Ah, faites attention » “non, non, non, c'est bon,
[289](#) c'est bon, je vais réussir, non, non ». Et puis en fait, ils reviennent, ils font « Ah, en fait, je n'ai
[290](#) pas réussi ».

[291](#) Donc, les permissions vont aussi permettre de prendre conscience des choses, et du coup, de
[292](#) pouvoir mettre des objectifs un peu plus précis, quand on parle d'objectif. Et donc, du coup,
[293](#) voilà, et si tout va bien, on fait aussi des questionnaires pour les permissions, donc la famille

294 remplit, est-ce qu'ils ont eu des soucis, est-ce qu'ils ont eu, enfin, nous décrire un peu le
295 week-end, ce qui s'est passé, s'ils ont eu besoin d'aide ou pas d'aide, que soit en termes d'aide
296 humaine, ou est-ce qu'il y a eu des troubles de la déglutition, par exemple, ou est-ce que voilà.
297 Donc ça, ces questionnaires, ils nous permettent aussi de faire un point sur comment ça s'est
298 passé et de voir s'il y aura des difficultés particulières ou pas à prendre en compte. Voilà, donc
299 visite à domicile ou pas, préconisation d'aides techniques ou pas, avec des essais, travailler
300 avec les revendeurs et après, nous, on a la chance à l'hôpital Casanova d'avoir un service
301 d'HAD de rééducation, d'hospitalisation à domicile de rééducation, qui prend, qui suit
302 beaucoup, beaucoup de nos patients qui sortent de notre hospitalisation complète. Donc on a
303 aussi, du coup, tout le travail avec cette équipe, avec des ergots, d'équipe, des ortho,
304 infirmières qui continue le travail, mais à la maison, et donc du coup, en fonction, alors, soit
305 on fait des achats de matériel, mais quand il y a l'HAD qui intervient, on fait des
306 préconisations et eux, ils prêtent. Et comme ça, ils travaillent avec le matériel à la maison où
307 ils font les essais et après, ils voient si vraiment c'était le plus adapté, où est-ce qu'un autre
308 modèle, finalement, ce n'était pas mieux. Et après eux, ils font l'achat. Donc c'est hyper bien
309 parce que ça nous permet de ne pas nous précipiter aussi dans l'achat de matériel et de
310 pouvoir laisser ça à nos collègues qui vont vraiment travailler sur le plus long terme avec des
311 essais plus, enfin plusieurs essais, parce que quand on fait des visites à domicile ou des
312 choses, c'est une fois, on préconise et on ne fait pas beaucoup d'essais derrière. Donc eux, ils
313 vont pouvoir faire davantage d'essais, travailler avec eux, et puis parfois, ils vont voir que les
314 aides techniques, à la fin, ils n'en ont plus besoin, donc ça permet aussi de ne pas investir des
315 choses qui ne serviront plus quelques mois après. Donc ça, c'est comme un plus aussi. Et
316 nous, bien sûr, on leur fait des transmissions, on leur raconte, on leur fait le point sur ce qui
317 s'est passé, comment on a travaillé, les objectifs qui seront aussi à travailler en achat.

318 Après, sinon, c'est aussi des patients qui peuvent revenir en hôpital de jour quand ils sortent
319 de l'hôpital complète. Donc, on a aussi un suivi et un retour sur comment ça se passe à la
320 maison. On suit assez longtemps nos patients, finalement, quand il y a besoin, en tout cas.
321 Après, quand tout va bien, qu'il n'y a vraiment plus aucune difficulté, évidemment qu'on ne va
322 pas continuer à aller si longtemps, mais généralement, quand des choses persistent, on les
323 revoit.

324 S : D'accord, OK. Ça, ce n'est pas mal d'avoir un suivi aussi long.

325 E1 : Oui. Alors du coup, l'HAD, elle, intervient que sur un certain secteur de 93. Elle
326 n'intervient pas sur tout le 93. D'accord. Globalement, il faut que le patient habite dans ce
327 secteur-là, mais il y en a quand même beaucoup. C'est vrai que quand ils n'habitent pas dans
328 le secteur, on est un peu déçus.

329 S : C'est un peu plus compliqué. Ça marche. Et du coup, vous avez beaucoup parlé de
330 l'intégration de l'entourage, donc quand c'était possible. Je me demandais à quel moment
331 exactement, ils étaient vraiment intégrés. Est-ce que c'était dès le début ou est-ce que c'est à
332 partir du moment ?

333 E1 : Dès le début.

334 S : Dès le début. Qu'est-ce que ça apporte et pourquoi c'est important, surtout dans la
335 réinsertion communautaire derrière ?

336 E1 : On aime bien les rencontrer dès le début, ça peut être... Je ne dis pas que c'est le premier
337 jour de l'heure de mon entretien. Moi, j'aime bien rencontrer le patient seul de base parce que
338 des fois, là ce que le patient peut livrer et un peu biaisé par la présence des proches et que
339 moi, j'aime bien aussi établir ma relation avec la personne seule. Après, évidemment, quand il
340 y a des troubles du langage, des troubles cognitifs ou des qui ne parlent pas français, parce
341 que ça aussi, on n'en a pas parlé, mais on en a beaucoup qui ne parlent pas français. Donc,
342 c'est un biais aussi dans la rééducation. On arrive à trouver des solutions et on s'en sort
343 toujours. Mais du coup, là, la famille va être importante pour apprendre à connaître le patient,
344 à connaître ses habitudes de vie, à connaître ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas. Et puis aussi
345 pour voir, c'est peut-être un peu plus au niveau cognitif, mais comment c'était avant. Est-ce
346 que déjà, il y avait des choses qui étaient difficiles ou est-ce qu'il avait un niveau déjà de base
347 qui n'était pas très élevé et qu'on ne va pas se mettre la rate au court bouillon si au niveau des
348 troubles cognitifs, il y en avait déjà avant et qu'on ne va pas espérer une forte progression.

349 Mais du coup, pour vraiment apprendre aussi à connaître le patient, la famille est hyper
350 importante. Et aussi pour leur expliquer, parce que parfois, ils ont du mal à comprendre. Je ne
351 fais pas une généralité, mais qui dit situations socioéconomiques difficile, dit aussi parfois
352 personnes qui ont un niveau, je n'ai pas envie de dire un niveau intellectuel, mais des niveaux
353 un peu bas et qui du coup, comprendre un AVC, comprendre des troubles euros, comprendre
354 tout ça, c'est compliqué. Ça nous permet aussi de leur expliquer la situation, qu'ils

355 comprennent, qu'ils soient au courant et qu'ils sachent aussi comment faire avec les patients,
356 par exemple Parce que s'il y a des troubles de la déglutition, évidemment que l'orthophoniste va
357 parler avec la famille pour que la famille ne ramène pas des choses qui ne sont pas adaptées.
358 Nous, on va leur expliquer, par exemple, la manipulation du fauteuil ou comment faire un
359 transfert s'ils veulent aider leurs proches à se remettre au lit, par exemple, ou des choses
360 comme ça. Donc la famille, elle est intégrée dès le début et après, ça arrive qu'on fasse des
361 séances aussi ensemble avec les familles. Ça, ça se prépare, évidemment, ce n'est pas comme
362 ça, mais on les intègre dans le suivi.

363 Parce qu'aussi, parfois, les familles ne se rendent pas compte de ce que leur proche est
364 capable de faire. Donc de venir en séance donc c'est leur montrer vous avez vu il est capable
365 de faire ça donc il faut le laisser faire un peu plus toute seule parce qu'il va réussir à le faire.
366 Et ça c'est assez culturel aussi. Dans certaine culture il y a des patients qui vont dire "ah mais
367 moi maintenant je suis handicapé ma femme sera là" c'est des hommes souvent qui disent ça
368 "je suis handicapé, c'est ma femme qui fera" et ça leur va très bien de dire ça. Donc dans les
369 objectifs ils n'ont pas trop envie de travailler parce qu'à la maison ils ne vont rien faire donc
370 les objectifs vont être assez limité en termes d'autonomie.

371 Des fois ça va loin, je sais qu'il y a un monsieur qui me dit "non non non, maintenant c'est le
372 boulot de ma femme de m'essuyer quand je vais au toilette", ça va loin dans les perceptions
373 du. Et ducoup la femme dit "oui, je vais m'occuper de lui et tout ça". Donc culturellement il y
374 a des choses.

375 Culturellement aussi c'est des familles qui ne peuvent pas envisager l'institution quand les
376 situations sont trop compliquées c'est inenvisageable alors que nous en France on serait un
377 peu plus ouvert à cette proposition de placer nos aînés par exemple.

378 Il y a des cultures qui ne sont pas du tout dans cette optique là et évidemment vont reprendre
379 leurs proches dans n'importe quelle condition. Donc ça c'est hyper important de s'appuyer
380 sur la famille. Donc quand on n'a pas de famille... Moi j'ai une patiente, sa famille ne veut
381 absolument pas la récupérer et on ne peut pas s'appuyer sur elle alors que la dame à des
382 troubles cognitifs massif et elle a un fils et, c'est très compliqué donc sans la famille on ne
383 peut pas faire grand-chose quoi. Évidemment quand on va préparer les VAD tout ça, c'est
384 bien quand les familles sont là pour pouvoir mettre des choses en place aussi qu'on va
385 préconiser. On a besoin d'eux. Les permissions aussi, quand les patients sortent en permission

386 s'ils sont seuls ça ne nous aide pas on a besoin que la famille soit présente. Mais pas trop non
387 plus. Les familles un peu envahissantes, c'est compliqué à gérer aussi, ils revendentiquent
388 beaucoup de choses. Le trouble moteur est plus facile à comprendre que le trouble cognitif
389 parce que ça se voit. Le handicap invisible est plus compliqué à comprendre donc là aussi
390 c'est un biais. Il faut que la famille soit présente mais c'est vrai que quand ils sont envahissant
391 aussi c'est compliqué à gérer. Ils sont tout le temps en train de gérer ce qu'on fait, regarder ce
392 qu'on fait. C'est dur. Mais globalement on a besoin de tout le monde.

393 S : Est - ce que vous pouvez me partager un exemple de réussite avec cette population-là dans
394 le processus de réinsertion communautaire. Un cas concret ou ça s'est super bien passé.

395 E1 : Là je pense à un patient qu'on a actuellement qui a fait un AVC. Qui a des difficultés
396 motrices et cognitives et qui était en instance de divorce avec sa femme. Et qui ne travaille
397 pas.

398 Donc il a divorcé de sa femme et donc le logement est au nom de sa femme. Donc il était
399 censé trouver autre chose et il a fait son AVC. Donc il est arrivé à l'hôpital, et là projet de
400 sortie compliqué parce que sa femme n'est plus trop présente, elle a divorcé, ils ne s'entendaient
401 plus donc elle n'a plus envie d'avoir cette place d'aidant. Il ne travaillait pas donc il n'avait
402 pas des ressources de fou et en plus de ça il avait quitté le logement et était censé retrouver
403 autre chose.

404 Ça fait 1 an et demi qu'il est chez nous. Parce qu'on ne savait pas trop, pas de solutions, on à
405 l'assistante sociale qui a contacté tous les hôtels. Ça se fait beaucoup ça, ce n'est pas vraiment
406 des hôtels de tourisme mais des hôtels de sommeil j'ai envie de dire. C'est des gens en
407 situation compliqué qui louent une chambre en fait. Et qui vivent dans cette chambre d'hôtels.
408 Des petits hôtels un peu...avec les toilettes sur le palier ouais voilà. Donc on en a contacté
409 plein mais pas dispo.

410 Un monsieur qui n'était pas capable du coup de pouvoir trouver un appartement parce que pas
411 de ressources, en situation compliqué en termes de handicap et. Après 1000 et 1000
412 recherches de l'assistante sociale, on à réussi à en trouver un nouveau. Je ne sais plus
413 exactement comment ça s'appelle. En gros c'est des appartements, géré par la mairie et ce
414 n'est pas des appartements thérapeutiques non plus mais je ne sais plus le terme.

415 En gros il aura son appartement avec son autonomie dans son appartement et il y a des aidants
416 qui interviennent dans différent type d'appartement et aussi toute une sphère sociale ou ils
417 vont faire des activités, avoir des activités à l'extérieur, des activités de groupe et tout.

418 Ducoup c'est la meilleure solution qu'on pouvait trouver pour ce patient parce que ducoup il
419 à son appartement où il est capable quand même de faire des choses seule mais il peut avoir
420 de l'aide pour tout ce qui va être course, cuisine, ménage et en même temps il ne sera pas
421 isolé parce qu'il va avoir toute cette sphère sociale justement dont on parlait tout à l'heure.

422 C'est un monsieur qui est très très avenant, qui adore parler avec des gens et tout donc là
423 clairement c'était la meilleure des solutions qui pouvaient arriver pour ce monsieur. Ça faisait
424 1 an et demi qu'on cherchait. C'est assez incroyable. Donc parfois ça arrive des solutions
425 miracles. Et parfois à l'inverse si on a une situation plus compliquée ben comme tout à
426 l'heure je disais c'est déjà arrivé que les médecins bah voilà médicalement parlant on ne peut
427 plus, personne n'a plus besoin d'être hospitalisé. La rééducation n'évolue plus et le handicap
428 est ancré et je ne dis pas qu'il évoluera plus mais on sait qu'il va y avoir des séquelles et on
429 sait qu'on ne peut plus garder la personne à l'hôpital. Mais plus de famille et pas vraiment
430 moyen de faire autrement c'est de dire voilà, vous sortez demain et vous appellerez le 115.
431 C'est déjà arrivé déjà, depuis que je travaille ici peut-être 2 ou 3 fois.

432 Mais on voit quand même que les patients ils y a quand même, souvent les proches viennent
433 en fait. Ils ne les laissent pas dans la rue. Là je repense à une dame il n'y a pas si longtemps
434 que ça qui vivait dans la rue. C'était une SDF qui a fait un AVC et qui est arrivée chez nous et
435 qui. On n'avait pas de solution, elle n'avait pas de titre de séjour, elle n'avait rien, vraiment
436 rien. On a trouvé un foyer pour femme mais c'était des séjours temporaires quoi. Elle est
437 partie là-bas tout en sachant très certainement qu'elle allait retourner à l'endroit où elle faisait
438 la manche dans la rue. C'est vrai que c'est dur. J'en ai mille des histoires que je pourrais
439 raconter. Parfois ça se termine aussi en retour au pays.

440 S : D'accord !

441 E1 : Parce que, voilà, on n'a pas de solution. On réfléchit. Souvent quand on fait des retours
442 au pays, la famille est présente et est d'accord. On fait des personnes qui retournent vivre au
443 pays pour avoir de l'aide.

444 S : Ducoup c'est financé par la famille ?

445 E1 : Ça dépend, ou l'hôpital. Ça dépend si la famille est présente et peux. Mais on a déjà fait
446 des rapatriements ou c'est pris une partie en charge pas l'hôpital. Parce qu'en plus un
447 rapatriement ce n'est pas juste une place d'avion. C'était un brancard avec un patient
448 grabataire, c'était 12 place d'avion, un truc comme ça qu'il fallait réserver. C'est un budget
449 que la famille ne pouvait pas prendre en charge non plus.

450 Nous l'hôpital préfère à la fin payer plutôt que de perdre de l'argent. Il faut savoir que
451 l'hôpital perd de l'argent quand les séjours sont trop longs.

452 S : Oui.

453 E1 : Les séjour rapporte de l'argent quand ils durent 2,3,4,5...aller on va dire 2 mois, 3 mois
454 ça va. Passer 2 mois, plus ça va plus l'hôpital perd de l'argent donc au bout d'1 an et demi
455 l'hôpital perd clairement de l'argent. Le séjour ne rapporte plus rien du tout. Donc l'hôpital
456 préfère parfois payer et ducoup permettre de libérer un lit quoi.

457 S : D'accord ok.

458 E1 : Parce qu'il y a aussi ça, finalement on ne va pas se mentir il y a aussi tout l'aspect
459 financier. On accepte tout le monde à l'hôpital mais à un moment donné il y a l'aspect
460 financier de l'hôpital qui est déjà en déficit immense. Ducoup parfois on est obligé de faire
461 sortir parce qu'en fait on perd de l'argent. C'est vrai que ça conditionne aussi tout ce qui va
462 être durée de séjour.

463 Parfois nous on dit "oh mais il progresse", mais là non on fait sortir parce qu'on perd de
464 l'argent. C'est frustrant, mais la réalité à l'heure actuelle est comme ça.

465 S : Effectivement. Est-ce qu'une fois que les personnes sont retournées à domicile, comment
466 évaluez-vous l'impact de vos interventions ?

467 E1 : On les revoit. L'HAD nous donne des nouvelles aussi. Et parfois après l'HAD de
468 rééducation, eux nous disent maintenant à la maison ça va tout est ok. Ils gèrent mais on
469 pense qu'ils pourraient encore un peu progresser au niveau des performances. Ducoup ils
470 reviennent en hôpital de jour pour profiter du plateau technique et encore plus améliorer les
471 performances. Et dans tous les cas les médecins les revoient à 3 mois de leur sortie et refont le
472 point. On a de leur nouvelle. Globalement, si on voit que ça ne va pas du tout, on essaie
473 d'envisager quelque chose et si tout va bien c'est top. Souvent ils viennent nous dire bonjour

474 aussi. Ils nous font un petit point. On a quand même des nouvelles. En fait ils sont suivis quoi.
475 Puis ils ont quand même des rendez-vous avec des neurologues, de toute manière pour moi
476 ma population c'est beaucoup de neurologie. Ils ont des rendez-vous très régulièrement après.
477 Ils ne sont pas lâchés dans la nature sans suivi quoi.

478 S : Oui, je ne pensais pas qu'il y avait les rendez- vous 3 mois après.

479 E1 : Si, si, si. Même la neuro aiguë recontacte aussi les patients et refont des consultations
480 post AVC. Les médecins MPR les voient mais les neurologues les reviennent aussi donc oui il y
481 a quand même un suivi.

482 S : D'accord, Enfin, une question ouverte de conclusion : avez-vous des recommandations
483 pour améliorer l'accompagnement de ces personnes-là.

484 E1 : Le système, on ne va pas se mentir. Beaucoup de patients ne veulent pas repartir dans
485 leur pays parce qu'ils n'auront pas les aides qu'ils ont ici. On leur dit des fois "pourquoi vous
486 ne retournez pas dans votre famille" "parce que la France m'apporte au niveau médical des
487 choses que je ne pourrai pas avoir ailleurs".

488 Les patients des fois font un peu l'amalgame quand on leur propose des AT ou des choses et il
489 y à à payer. Ils nous disent "mais moi je suis à 100%", oui mais le 100% ne veut pas dire que
490 tout est remboursé par la sécurité sociale et c'est un certain montant par exemple pour un
491 rollator 4 roues il y à tel montant qui est alloué par la sécurité sociale et parfois il y a des
492 dépassements. C'est 100% de ce qu'alloue, ça ils ont beaucoup de mal à comprendre. "C'est
493 gratuit pour moi, je suis à 100%", attention ce n'est pas gratuit, ça coûte de l'argent, peut-être
494 pas à vous mais à d'autres.

495 C'est aussi ça un peu de leur dire nan ce n'est pas gratuit, vous êtes à 100% ce n'est pas
496 gratuit les soins. Ça coûte de l'argent quand même à tout le monde.

497 Ducoup c'est, on ne peut pas faire de, en tout cas, en tant que thérapeute, c'est impossible, on
498 ne peut pas faire une différence entre les patients. C'est important de prendre le patient dans
499 sa globalité et peu importe. C'est comme ma patiente qui faisait la manche. Très certainement
500 que si je la croise dans la rue je ne vais pas forcément, clairement nan, je ne vais pas aller
501 discuter avec elle, prendre du temps et tout ça. Alors que finalement cette dame je l'ai

502 rencontrée à l'hôpital je ne sais pas forcément son passé tout ça et c'est une personne à part
503 entière avec qui je.

504 C'est vrai que ducoup, c'est dur de dire ça mais dans la rue je n'aurais pas forcément interagi
505 avec elle. Mais en tant que thérapeute à l'hôpital, il n'y a aucune distinction à faire en termes
506 de population. C'est aussi ça qui est important et ce qui moi me plaît aussi à Casanova parce
507 qu'on a aussi beaucoup de choses. Ce n'est jamais pareil, rien n'est facile. C'est vrai. Même
508 si des fois. Donc je ne sais pas trop sur la dernière question c'est vraiment.

509 Je pense qu'il faut être ouvert, empathique et voilà.

510 S : Est-ce qu'il y a quelque chose que vous voulez ajouter, que l'on à pas abordé et qui vous
511 paraît important.

512 E1 : Nan je pense que j'ai un peu fait le tour. C'est pas mal.

513 S : Merci beaucoup.

514

1

Annexe 9 : Tableau d'analyse par thématique vierge

Thèmes	Sous thèmes	E1	E2	E3	E4
Parcours professionnel					
Environnementale : physique et sociale	Collaboration avec le réseau sociale Impact du context socio-économique Facteurs culturels				
Spécificité de l'accompagnement de l'ergothérapeute	Contraintes et défis de la pratique ergothérapique Adaptabilité et créativité Compétences et rôles de l'ergothérapeute dans la PEC Collaborations interprofessionnelles et partenariales				
Approche patient-centrée	Autonomie et participation aux activités de la vie courante Patient acteur Suivi et suite du parcours				

Annexe 10 : Extrait rempli du tableau d'analyse par thématique

<p>les familles ou c'est difficile soit il y à des famille qui sont très présente et qui jamais ne laissent leur proche sur le côté ET EVIDEMMENT Soucouperon d'eux et il y aussi les familles qui fument un peu ça et qui le handicape ils veulent plus récupérer la personne parce que trop compliqué trop de charges à la maison en plus et donc beaucoup fois fois avec les familles parce que c'est aussi important de leur montrer que certain chose il sont quand même nécessaire pour certains que les familles disent nan mais on va s'en sortir on pas besoin de ça on va pas descend de ça mais dans on va pas faire de ça on va pas faire de ça mais dans on a besoin d'aide ou pas si aide que soit en termes d'aide humaine ou est-ce que il y a eu des troubles de la démission par exemple ou est-ce que voilà Donc ça questionnaires il nous semblent aussi de faire un point sur comment ca a été passé et voir si y aura des difficultés particulières ou pas à prendre en compte. (134-354)</p>	<p>et on inclut toujours les familles (331)</p>	<p>pour ces patients, essayer de voir au niveau familiale, de solliciter toutes les ressources possibles pour ce patient-là puisse évoluer dans de bonnes conditions.</p>	<p>Toutes les ressources qu'on peut solliciter en fait. Et même aussi je dirais ressources familiale et amicale ou alors les personnes qui existent en Guadeloupe, qui peuvent aussi poursuivre le travail qu'on aura démarré en SMR. (113-115)</p>	<p>pour ces patients, essayer de voir au niveau familiale, de solliciter toutes les ressources possibles pour ce patient-là puisse évoluer dans de bonnes conditions.</p>	<p>Parce que ça arrive beaucoup qu'on ai des patients qui viennent des comores. Mais des ressources, c'est vraiment très important. (70-73)</p>
<p>Collaboration avec le réseau social</p>	<p>des questionnaires pour les admissions, donc la famille remplit est-ce qu'ils ont eu des soucis, est-ce qu'ils ont eu, enfin, nous dérange un peu le week-end et ce qui c'est passé, si on a besoin d'aide ou pas si aide que soit en termes d'aide humaine ou est-ce que il y a eu des troubles de la démission par exemple ou est-ce que voilà Donc ça questionnaires, ils nous semblent aussi de faire un point sur comment ca a été passé et voir si y aura des difficultés particulières ou pas à prendre en compte. (134-354)</p>	<p>la famille va être importante pour apprendre à connaître ce qui aime, ce qui n'aime pas. Et puis aussi pour voir, c'est peut-être un peu plus au niveau cognitif, mais comment c'est évent. Et puis que déjà il y avait des choses qui étaient difficiles ou est-ce que il avait un niveau déjà de base il n'était pas très élevé et qu'on ne va pas se mettre dans une cour bouillon si au niveau des troubles cognitifs, il y en avait déjà avancé et qu'on ne va pas espérer une forte progression.</p>	<p>Mais du coup, pour vraiment apprendre aussi à connaître le patient, la famille est hyper importante. Et aussi pour leur expliquer, parce que parfois, ils ont du mal à comprendre, je ne sais pas une généralité, mais qui dit situations socioéconomiques difficile dit aussi parfois personnes qui ont un niveau, je l'ai pas envie de dire un niveau intellectuel, mais des niveaux un peu bas et qui du coup, comprendre un AVC, comprendre des troubles cognitifs, ça c'est compliqué. Ça nous permet, qui suis de leur expliquer aussi comment faire avec le patient et qu'ils sachent aussi comment faire avec le patient, par exemple. (145-149)</p>	<p>Donc la famille, elle est intégrée dès le début et après, ça arrive que on fasse des séances aussi ensemble avec les familles. Ça ça se présente également de la sorte, de faire avec les familles, mais ça va être intégrer avec les patients, par exemple, le patient va se rendre compte de ce que le patient va faire. Donc de venir en séance donc c'est la même chose, vous avez vu il est capable de faire ça donc il faut le laisser faire et on le fait toute seule parce qu'il va réussir à le faire. (143-142)</p>	<p>Évidemment quand on va préparer les VAD tout ça, c'est bien quand les familles sont là pour pouvoir mener des choses en place aussi qu'on va reconnaître. On à besoin d'eux. Les permission si ils sont seuls ça nous aide pas en besion que la famille soit présente. Mais pas trop non plus. (146-450)</p>
		<p>Il y a souvent cette phrase où ils ont des petites choses à bricoler à la maison, mais soit, du coup, ils trouvent quelqu'un de la famille qui va aider à pour faire du goudron. (78)</p>	<p>La place de la famille est très importante aussi. (L233)</p>	<p>Il y a souvent cette phrase où ils ont des petites choses à bricoler à la maison, mais soit, du coup, ils trouvent quelqu'un de la famille qui va aider à pour faire du goudron. (78)</p>	<p>Parce que rapidement solliciter la famille. Parce que si elles n'ont pas la sécurité sociale, former la famille, c'est très important. (78)</p>
		<p>Il n'y a pas de normalisé en fait mais on attend pas la fin de l'accompagnement pour intégrer la famille, pour moi c'est un petit bout de temps. (1153)</p>	<p>En général on essaie de sintéresser à la famille et plutôt d'être sur une action d'information auprès de la famille pour que ça passe vite. Si il y a des changement, être accepté plus facilement et aussi pour que la famille puisse aider si nécessaire. (1155-1158)</p>	<p>Il n'y a pas de normalisé en fait mais on attend pas la fin de l'accompagnement pour intégrer la famille, pour moi c'est un petit bout de temps. (1153)</p>	<p>En général on essaie de sintéresser à la famille et plutôt d'être sur une action d'information auprès de la famille pour que ça passe vite. Si il y a des changement, être accepté plus facilement et aussi pour que la famille puisse aider si nécessaire. (1155-1158)</p>

Mais souvent, les familles demandent... Vu qu'ils ne sont pas sensibilisées à l'hôpital, à la rééducation, ils veulent souvent que les patients rentrent à domicile pour faire plutôt des soins traditionnels. Ici, je vois beaucoup de massage, de substance avec les plasters. Il y a beaucoup de croyances sur le handicap. (1105-109)

Il y a quand même la posture de quand on est blanc. Ils volont vraiment, les blancs vont travailler à l'hôpital et du coup, pour eux, c'est un peu une pression (1155-156)

Mais après, dès qu'on parle en shmissoré, du coup, ça crée directement un lien. Ils se disent, ah, on peut se comprendre. Elle vient nous parler. Du coup, ils sont contents, ils apprécient aussi la posture. (1173-175)

Même au niveau des croyances, de la religion, c'est hyper présent aussi. A l'hôpital, je parlais du coup des soins traditionnels. Du coup, on essaie un peu d'allier traditions et la médecine. Du coup, on autorise les week-ends, ils peuvent faire venir des soignants traditionnels à l'hôpital, les familles. Du coup, ils font des massages. Des fois, ils font des trucs particuliers. Ils font ce qu'on appelle des saignées. C'est qu'ils vont faire des coupures dans le bras pour enlever le sang, être pur et tout. Donc, des fois, il faut un peu poser des limites. Mais du coup, c'est un peu l'alternative qu'on a trouvée pour allier leurs dimensions culturelles et les soins... (1178-188)

Même sur les pratiques, on va dire dans les activités de la vie tous les jours. Par exemple, pour aller au WC, eux, ils se rincent avec de l'eau. Souvent, c'est des bouteilles qui sont couplées et ils prennent de l'eau et ils se rincent. Ce n'est pas des toilettes ou des douchettes. (1164-197)

Souvent, on repère aussi où c'est la mosquée la plus proche, parce qu'on sait qu'il faut mettre un objectif pour aller à la mosquée. Pour les hommes, c'est important d'aller à la mosquée. Les femmes prient à la maison, et les hommes vont à la mosquée. Souvent, c'est les familles nombreuses, ils ont des enfants en bas âge, souvent, il y a beaucoup de mise en situations de porridge, du porridge de l'enfant, des choses comme ça. (247-251)

à Mayotte, si la patiente est assez âgée, maintenant c'est bon, toute sa vie elle s'est occupée des enfants, elle est âgée, elle ne va plus rien faire, on s'occupe d'elle. Sauf que nous dans notre travail c'est pas bon, parce qu'au niveau autonomie, on leur donne à manger, on leur fait manger, on les lave, du coup, la patiente, elle n'a rien à faire, donc il y a aussi cette sensibilisation à laisser faire au maximum le patient et pas la famille. (127-127)

ici, il n'y a pas d'EHPAD, c'est encore une culture où, une fois qu'on est âgé, c'est les enfants qui s'occupent de nous, donc c'est pour ça que c'est important d'intégrer au maximum les enfants et la famille. (275-280)

parfois il peut y avoir un manque de connaissance, de sur l'ergothérapie ou même sur la globalité de ce qu'est la santé, comment ça fonctionne, qui peut impacter l'accompagnement aussi. Il peut y avoir une non compréhension face à certaines notions qui sont abordées. Il y a l'aspects éducatifs qui rentre en compte donc ça peut impacter aussi ce côté là. (38-40)

à la Réunion il y a le créole donc forcément en fait mais c'est pas lié à la précocité, c'est culturel. Tout le monde parle créole, sauf ceux qui ne sont pas originaires d'ici. Donc ça c'est pas lié à la Réunion, il y a le créole donc forcément en fait mais c'est pas lié à la précocité, c'est culturel. Tout le monde parle créole, (98-99)

je suis bouloussaine. Forcément ça a eu un impact pour moi parce que les personnes qui avaient un statut social et économique qui était plutôt aisés en général savait parler français, par contre ceux qui ont une certaine précarité pour beaucoup ne parlaient pas français ou mal français et ça amène des difficultés d'accompagnement. Mais ça c'est propre à moi parce que je suis métropolitaine. (103-108)

Parfois le tutotlement, mais c'est un peu propre à la réunion. Ils se tuotent beaucoup. (1103)

en fonction des profils il m'est arrivé de choisir de tutoyer plutôt que de vouvoyer car en terme culturel ok mais en terme d'habitude de vie de chez la personne c'était le tutotlement et ça passait mieux. Il y avait plus un équilibre qui ne faisait plus facilement ils étaient plus à laise. Des fois ça arrive. Et un vocabulaire parfois un petit peu plus simple. Mais pour autant certaines personnes sont en précarité mais le vocabulaire passe très bien aussi des fois. (1108-114)

Il va y avoir un 2^e problème entre guillanéens, on va dire le problème de la langue. Souvent, ce sont des patients qui vont arriver qui vont parler le créole haïtien. Alors c'est vrai que bon moi de toute façon je ne suis pas guadeloupéenne, initialement déjà le créole même si au bout de 7 ans on va dire que je le comprend beaucoup mieux, mais je ne suis toujours pas très à l'aise pour m'exprimer en créole. Mais alors le créole haïtien c'est encore un autre. Mais c'est assez culturel aussi. Dans certains culturel y a à des patients qui vont dire un mass mot maintenant je suis handicapé ma femme sera la, c'est des hommes souvent qui disent ça "je suis handicapé, c'est ma femme qui fera" et ça leur va très bien de dire ça. Donc dans les objets ils n'ont pas trop envie de travailler parce qu'à la maison ils vont rien faire donc les objectifs vont être assez limité en termes d'autonomie.

Des fois ça va lori, je sais quoi qu'il y a un morseur qui me dit essuyer quand je vais au toilette, ça va loin dans les perceptions du. Et du coup la femme dit "oui, je vais m'occuper de lui et tout ça". Donc culturellement il y a des choses.

Culturellement aussi c'est des familles qui ne peuvent pas envisager l'institution quand les situations sont trop compliquées c'est inenvisageable alors que nous en france on se situe un peu plus ouvert à cette proposition de placer nos aînés par exemple.

Il y a des cultures qui ne sont pas du tout dans cette optique là et évidemment vont reprendre leurs proches dans n'impose quelle condition. (123-144)



<p>ça veut dire ramener un monsieur dans cette maison seule en sachant que voilà il pourra plus sortir, ça impose des choses à un thérapeute à accepter aussi quoi. (1112-114)</p> <p>on a des durées de séjours qui sont de 3 mois à peu près 1/2 3 mois à peu près en moyenne et donc on a très peu de temps pour s'orienter sur la reprise professionnelle quoi vraiment c'est pas trop la notion que nous on va traiter à l'hôpital (1139-141)</p>	<p>on ne peut rien dissocier quoi! Et nous on dépend de ça. C'est vrai que des fois on à des séjours ultra long qui sont resté pendant des mois à l'hôpital parce qu'on avait pas envie de faire 1 an et demi parce qu'on ne sait pas et des fois des séjours ultra rapides parce que situations trop compliquées (109-127)</p> <p>Personnellement je me sentirais mal de me dire c'est des choses nécessaires ou évidemment mais vraiment il faut que le cahier des charge soit bien défini pour qu'on aille au plus près et qu'on aille pas dans des choses qui sont un peu plus secondaire et dans lesquelles on pourrait essayer de faire autrement en tout cas. (1212-215)</p> <p>Nous l'hôpital préfère à la fin payer plutôt que de perdre de l'argent. Il faut savoir que l'hôpital perd de l'argent quand les séjours sont trop longs. (524)</p> <p>Contraintes et défis de la pratique ergothérapique</p>	<p>Après j'ai peut être plusieurs exemple mais des patients qui sont resté pendant des mois à l'hôpital parce qu'on avait pas envie de solution pour eux, de solution de sortie et qui au final, au bout de quasiment des fois ça dure 1 an, 2 ans... On à parfois des patients qui restent bloqués à l'hôpital parce qu'il y a pas de solution et qu'on ne peut pas les mettre dehors (1183-187)</p> <p>Le problème c'est que nous en SMR dernière on ne sait pas ce qu'il se passe. L'ergo qui travaille en SMR, la suite ce n'est pas eux qui s'en occupaient. Donc nous on à cette vision de fin d'accompagnement en SMR de oui ou non est ce que les objectifs ont été atteint. Est ce qu'il voulait retourner au domicile où il y est rentré. Mais dans le fond le résultat de ce, enfin il faudrait venir interroger les bénéficiaires qui on là accompagné. Au final moi, c'est vrai que nous, dans les services comme ça à réduction, derrière on ne sait pas en fait. On espère que ça a bien fonctionné mais si la réussite de ça, moi personnellement je ne pourrais jamais vous dire que je la garantie quoi. (1180-188)</p>	<p>Je dirais que quand il y a des sorties contre avis médical c'est un peu l'échec parce qu'on sait qu'ils vont revenir. (1226)</p> <p>En fait, on savait qu'il conduisait une voiture par exemple, alors que c'était hyper dangereux. (2232)</p> <p>Le patient va se mettre en danger en rentrant chez lui et nous on ne peut rien faire. (2235)</p>	<p>Je dirais que pour ces patients, il faut, il y a jamais de réel réussite (2253)</p> <p>Il faut venir au CHU avec son oreiller parce qu'il n'y a pas d'oreiller. C'est un peu préférable quand même aussi déjà le CHU pour certains aspects (308)</p>	<p>Les séjour rapporte de l'argent quand ils durent 2,3,4,5 ...aller on va dire 6 mois, 3 mois ça va. Passer 2 mois, plus ça va plus cher. Il y a un moment donné on a bout d'un an et demi l'hôpital perd clairement de l'argent. Le séjour ne rapporte plus rien du tout. Donc l'hôpital préfère parfois payer et du coup permettre de libérer un lit quoi. (529-532)</p>	<p>Parce qu'il y a aussi ça, finalement on ne va pas se mentir il y a aussi tout aspect financier. On accepte tout le monde à l'hôpital mais à un moment donne il y a aspect financier de l'hôpital qui est déjà en deficit immense. Du coup parfois on est obligé de faire sortir parce qu'il fait perdre de l'argent. C'est vrai que ça conditionne aussi tout ce qui va être duré de séjour.</p>	<p>Parfois nous on dit "oh mais il progresse", mais là non on fait sortir parce qu'on perd de l'argent. C'est frustrant, mais là réalité à l'heure actuelle est comme ça. (530-542)</p>	<p>voilà faut trouver une solution (1118)</p>	<p>on arrive à trouver des solutions avec les revendeurs (1123)</p>

Annexe 11 : Tableau de présentation des participantes

	E1	E2	E3	E4
Fonction en SMR	Ergothérapeute du service MPR	Ergothérapeute du service MPR du CHU	Ergothérapeute clinique de SMR	Ergothérapeute du service MPR du CHU
Lieu	Seine-Saint-Denis	Guadeloupe	Réunion	Mayotte
Années de pratiques en SMR	13 ans	7 ans	8 ans	1,5 ans
Années d'obtention du diplôme d'état	2011	2013	2013	Non renseigné
Expériences autres	Non renseigné	- Remplacement dans divers structures	- SMR, FAM/MAS, EHPAD, libéral	- ONG, EHPAD, Foyer d'accueil, IME, SESSAD, centre de rééducation fonctionnel
Autres formations	Non renseigné	- licence Handicap et autonomie - Master spécialité handicap sensoriel et cognitif - formation à l'enseignement au yoga - Formation à la fasciathérapie	Non renseigné	Non renseigné
Travaillant actuellement en SMR	Oui	Oui	Non	Oui

Tableau de présentation des participantes

RÉSUMÉ : Précarité et handicap moteur, les facteurs favorisant la réinsertion communautaire dans l'accompagnement ergothérapeutique en SSR.”

Introduction : Handicap et précarité s'aggravent mutuellement, représentant un défi majeur de santé publique. Bien que la rééducation en structure soit réalisée, les disparités socio-économiques et le handicap moteur compliquent la réinsertion communautaire de ces personnes. Dans ce contexte, l'ergothérapie, centrée sur l'occupation et la participation, peut jouer un rôle clé. **Objectifs :** Cette recherche vise à comprendre comment les ergothérapeutes favorisent la réinsertion communautaire de ces sujets sortant des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). **Méthodologie :** A travers quatre entretiens semi-directifs, auprès d'ergothérapeutes exerçant en SMR dans les territoires français où cette population est la plus présente, une méthode qualitative par analyse thématique a été menée. **Résultats :** Plusieurs leviers favorisant la réinsertion communautaire de ces sujets sont identifiés. Cependant, les ergothérapeutes rencontrent des limites liées à l'environnement, aux structures, aux ressources, aux croyances, aux cultures et à la durée des suivis. **Conclusion :** L'accompagnement ergothérapeutique permet la transition vers la réinsertion communautaire plus accessible grâce à une approche holistique et collaborative. Cependant, l'absence de relais, les limites structurelles du système de santé et l'absence de participation des patients dans cette étude limitent l'évaluation de l'impact à long terme. Ces constats plaident pour une reconnaissance du rôle de l'ergothérapeute dans la lutte contre les inégalités de santé et pour des politiques publiques mieux adaptées aux enjeux de précarité et de handicap.

Mots clés : précarité - handicap moteur - réinsertion communautaire - ergothérapeute - SMR - MCPO - collaboration

ABSTRACT : “Precariousness and Motor Disability-Factors Promoting Community Reintegration in Occupational Therapy Support in Rehabilitation Care”

Introduction : Disability and precariousness exacerbate each other, representing a major public health challenge. Although rehabilitation is carried out in specialized facilities, socio-economic disparities and motor disabilities complicate the community reintegration of these individuals. In this context, occupational therapy, focused on occupation and participation, can play a key role. **Objectives :** This research aims to understand how occupational therapists facilitate the community reintegration of individuals leaving Medical and Rehabilitation Care (MRC). **Methodology :** Through four semi-structured interviews with occupational therapists working in MRC in French regions where this population is most prevalent, a qualitative method using thematic analysis was conducted. **Results :** Several levers promoting the community reintegration of these individuals were identified. However, occupational therapists encounter limitations related to the environment, structures, resources, beliefs, cultures, and the duration of follow-up. **Conclusion :** Occupational therapy support enables a more accessible transition to community reintegration through a holistic and collaborative approach. However, the lack of follow-up, structural limitations of the healthcare system, and the absence of patient participation in this study limit the assessment of long-term impact. These findings argue for greater recognition of the occupational therapist's role in addressing health inequalities and for public policies better adapted to the challenges of precariousness and disability.

Keywords : precariousness – motor disability – community reintegration – occupational therapist – MRC – MCPO – collaboration