

Les problématiques liées à la participation sociale et à l'appropriation du domicile : les identifier dans le cadre du relogement et d'un accompagnement en ergothérapie de personnes sans domicile fixe et en situation de handicap psychique.

Marjorie Sawadogo

► **To cite this version:**

Marjorie Sawadogo. Les problématiques liées à la participation sociale et à l'appropriation du domicile : les identifier dans le cadre du relogement et d'un accompagnement en ergothérapie de personnes sans domicile fixe et en situation de handicap psychique.. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01871221

HAL Id: dumas-01871221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01871221>

Submitted on 10 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Aix-Marseille
Faculté de Médecine
Institut de Formation d'Ergothérapie

**Institut de Formation en
Ergothérapie d'Aix*Marseille**



Marjorie SAWADOGO

**UE 6.5 S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche**

17 mai 2018

**Les problématiques liées à la participation sociale et à
l'appropriation du domicile : les identifier dans le cadre du
relogement et d'un accompagnement en ergothérapie de personnes
sans domicile fixe et en situation de handicap psychique.**

Sous la direction de : **BREMOND Myriam** et **BLANC Catheline**

Diplôme d'état d'ergothérapie

Remerciements

Merci à toutes les personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Myriam Brémond

Catheline Blanc

Dominique Maignal

Hélène Clavreul

Raphaël Bouloudnine et l'équipe H.A.S.

Géraldine Després

Julien Pavé

Claire Guidicelli et l'équipe de la bibliothèque de Nord

Sihame Taguemount et Béatrice Faure

Nadine et Etienne Sawadogo

David Caroff

Table des matières

1 Introduction.....	1
1.1 Contexte.....	1
1.2 Questionnement relevant de la pratique professionnelle.....	2
1.3 Une question socialement vive	2
1.4 Thème général.....	3
1.5 Problématique pratique.....	3
1.5.1 Méthodologie de l'état des lieux de la recherche.....	3
1.5.2 Revue de littérature : le point de vue des auteurs.....	5
1.5.3 Enquête exploratoire.....	12
1.5.4 Mise en problématisation pratique.....	15
1.6 Problématique théorique	15
1.6.1. Le concept de santé aujourd'hui et le lien avec l'ergothérapie.....	16
1.6.2 La participation en ergothérapie.....	19
1.6.3 Participation, adhésion et refus du soin dans le cadre de la maladie psychique.....	21
1.6.4 Modèles de l'évaluation.....	24
1.6.5. Le logement...ou quand habiter ne va pas de soi.....	25
1.7 Emergence de l'objet de recherche.....	27
2 Matériel et méthode	28
2.1 Choix de la méthode.....	28
2.2 Population.....	29
2.3 Construction de l'outil d'entretien.....	29
2.3.1 Théories convoquées.....	29
2.3.2 Matrice théorique et grille d'observation.....	29
2.2.3 Grilles d'entretiens par thème.....	35
2.4 Déroulement de l'enquête.....	36
2.5 Traitement des données et conventions.....	37
3 Résultats.....	37
3.1 Présentation des données récoltées en entretien et grille d'observation.....	37
3.1.1 Grille d'observation (Annexe 4).....	37
3.1.2 Eléments de l'entretien réinjectés dans la grille d'entretien.....	38
3.2 Analyse des données	42
3.2.1 L'appropriation du domicile.....	42
3.2.2 L'occupation à domicile	42
3.2.3 Gestion de la santé physique et mentale.....	43
3.2.4 Lien avec l'extérieur.....	44

3.2.5 Éléments hors cadre.....	44
4 Discussion des données.....	45
4.1 Interprétation.....	45
4.2 Le lien avec l'objet de recherche.....	46
4.3 Discussion autour des résultats et critique du dispositif de recherche.....	47
4.3.1 Discussion autour des résultats.....	47
4.3.2 Critique du dispositif.....	47
4.4 Conclusion et perspectives de recherche	48
BIBLIOGRAPHIE.....	49
ANNEXES.....	54
Annexe 1 : Sélection de la littérature scientifique par les bases de données.....	54
Annexe 2 : Réponse des ergothérapeutes à l'enquête exploratoire.....	55
Annexe 3 : Entretien N°1.....	57
Annexe 4 : Grille d'observation de l'entretien 1.....	65
Résumé.....	66

1 Introduction

1.1 Contexte

Lors de mon parcours à L'IFE, dans le cadre d'un devoir de cours, j'ai eu l'opportunité de réfléchir à l'ergothérapie dans le domaine de la santé communautaire. Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir auprès de populations très précaires par exemple ? Et c'est en explorant le sujet des personnes en situation de très grande précarité, celles qui n'ont pas de domicile fixe, que j'ai découvert un certain nombre de structures sur Marseille, travaillant à la ré-insertion de ces personnes.

Ces structures sont des collectifs, des associations, qui interviennent avec des équipes composées de médecins et de travailleurs sociaux. En effet dans la rue, les pathologies psychiques et physiques abondent.

Sur Marseille et dans quelques autres grandes villes françaises, les équipes mobiles de psychiatrie interviennent dans la rue afin de venir en aide aux personnes en grande précarité et atteintes de troubles de la santé mentale. D'autres vont chercher à les loger afin de pouvoir entamer une prise en charge visant à la ré-insertion.

Deux structures sur Marseille en particuliers, avec lesquelles j'ai pu interagir, m'ont interpellée :

-La structure **MARSS (Mouvement et action pour le rétablissement sanitaire)**, qui dépend de l'AP-HM, est doté d'une équipe mobile composée de travailleurs sociaux et de psychiatres qui effectuent des maraudes dans la ville de Marseille afin de repérer les personnes nécessitant des soins (1).

-L'**association HAS (Habitat Alternative Solidarité)** avec l'opération « un chez soi d'abord », intervient auprès des personnes, logées précaires ou sans domicile, qui souhaitent réintégrer un logement mais sont en grandes difficultés sociales, professionnelles, familiales, et ont très souvent des problèmes de santé psychique (2).

Les professionnels qui interviennent dans ces structures sont par ailleurs des travailleurs sociaux, des psychiatres, des infirmiers. En rencontrant ces professionnels et en discutant avec eux, j'ai pu constater l'absence de connaissance de l'ergothérapie.

Pourtant, une intervention de l'ergothérapeute dans ce domaine m'a semblé congruente avec les compétences de celui-ci. En effet l'ergothérapeute intervient au croisement des domaines sanitaire et du social. Sa vision holistique, avec notamment la prise en compte de l'environnement, des pathologies psychiques et physiques et des contraintes sociales semblerait être en adéquation avec une prise en soin de ces populations.

1.2 Questionnement relevant de la pratique professionnelle

L'ergothérapeute peut être amené, dans les services de soins en psychiatrie notamment, à rencontrer et prendre en soin des personnes sans domicile fixe. Face à ces personnes en situation de très grande précarité, et souvent porteurs d'une pathologie psychique lourde, les professionnels de santé peuvent être en difficultés à proposer une prise en soin adaptée et pérenne (3).

Des questions peuvent se poser concernant cette prise en soin. Sa maladie psychique l'empêche t'elle d'être tout à fait autonome ? Dois t'on lui imposer une façon de vivre socialement acceptable ? Comment avoir une pratique patient-centrée, dans le respect des désirs et des besoins de la personne, aussi différents de la norme soient ils ?

La prise en soin autour d'une personne très précaire nécessite l'intervention de professionnels du secteur social. Comment l'ergothérapeute se positionne t'il afin de rendre son intervention complémentaire à celle des travailleurs sociaux ?

Comment aborder la prise en soin d'une personne totalement désinsérée et ayant de grosses problématiques sociales dans un contexte multifactoriel, afin de la rendre pertinente et en l'inscrivant dans une intervention pluridisciplinaire ?

1.3 Une question socialement vive

La question des personnes sans domiciles fixes relève de questionnements sociaux mais aussi du domaine de la santé publique. La grande précarité amène une plus grande vulnérabilité des personnes et notamment sur les questions relatives à la santé. L'accès aux soins est plus complexe (pas de moyens financiers, pas de logement, une difficulté d'accès aux démarches administratives) et participe à creuser les inégalités de santé avec le reste de la population.

L'ARS (Agence régionale de Santé) a mis en place le **PRAPS** (Programme d'accès aux soins et à la prévention) en 2012 (4). Ce plan régional avait pour vocation à :

- réduire les inégalités en santé
- favoriser l'accès aux droits et aux soins des publics en situation de précarité
- promouvoir des actions de réductions des risques chez les public usagers de drogue.

Il permet de subventionner des projets à destination des publics cibles, ici les populations en situation de grande précarité. Parmi eux, les jeunes en errance, les migrants et les personnes sans abri.

Ce plan devrait être reconduit pour les quatre années suivantes (2018-2022), soutenu par la loi de modernisation de la santé (26 janvier 2016) et la notion de parcours de soin.

De plus, la ville de Marseille s'est dotée d'un Conseil D'Orientation en Santé Mentale (COSM)

en 2006, qui vise à créer un espace de réflexion et de partage sur les problématiques liées à la santé mentale et notamment à la ré-insertion des personnes atteintes de pathologies psychiques (5). Le COSM en 2017 préconise trois objectifs opérationnels, dont celui de « Favoriser l'inclusion dans la cité des personnes présentant un trouble psychique grave avec ou sans handicap. ». Pour répondre à cet objectif, il préconise de développer l'accompagnement des personnes dans l'emploi mais aussi au logement.

La question des personnes sans domicile fixe en situation de handicap psychique est largement abordée à Marseille et les recherches sur le sujet sont nombreuses.

1.4 Thème général

L'ergothérapeute commence sa prise en soin par une évaluation. Elle se décline en général sous la forme d'un entretien clinique puis de la passation de bilans. La synthèse des informations recueillies au cours de l'évaluation permettra de rédiger le diagnostic ergothérapeutique, qui permettra de fixer les objectifs de la prise en soin. Dans le cadre de la prise en soin d'une personnes sans domicile fixe, en situation de handicap psychique :

Comment fixer des objectifs de prise en soin pour une personne socialement désinsérée afin de la rendre la plus pertinente possible ?

Quels outils pour évaluer une personne en tenant compte de la situation de grande précarité afin de proposer la prise en soin la plus adaptée ?

Comment faire adhérer la personne marginalisée au soin proposé?

1.5 Problématique pratique

1.5.1 Méthodologie de l'état des lieux de la recherche

Afin de déterminer l'état de la pratique et de la recherche au sujet des interventions de ergothérapeutes dans le monde, auprès de personnes vivant sans domicile fixe et atteintes de pathologies psychiques, j'ai réalisé une revue de littérature avec les outils dont je dispose :

Lesbases de données de l'Université Aix-Marseille en accès libre

La recherche sur internet via **google scholar**

L'analyse des articles grâce au **Guide Francophone d'Analyse Systématique des Articles Scientifiques (GFASAS)** proposé en 2013 par Tétrault S, Sorita E. Ryan A. et al. (6)

- **Recherche par mots clés**

Afin de réaliser cette revue de littérature, j'ai tout d'abord fait une recherche des mots clés

pertinents sur le thème. La réalisation d'une carte mentale regroupant les paramètres de ma recherche m'a permis de relier toutes les idées que j'avais sur le sujet. De nombreux mots clés sont alors apparus :

En français	En anglais
Ergothérapie, développement du pouvoir d'agir, approche recovery, rétablissement, précarité, pathologies psychiques, travailleurs pairs/pair-aidants, SDF, crise psychique, inclusion sociale, santé communautaire, itinérance.	Occupational therapy, empowerment, recovery, mental health, community health, homeless persons, peer-helper, insecurity, crisis situation (mental / psychological crisis), precarious position, homelessness.

J'ai ensuite réalisé plusieurs essais afin de tester la pertinence des mots clés. Cela m'a aidé à me recentrer sur mon sujet. Il s'est avéré que les mots qui donnent les résultats les plus cohérents et fiables sont :

En français	En anglais
Ergothérap(*), santé mentale, et sans abri (ou itinérant, précarité) +/- justice occupationnelle	Occupational therap(*), mental health, and homelessness +/- occupationnal justice

- **Utilisation des bases de données, moteur de recherche et critères d'exclusion**

Les bases de données et moteurs de recherche que j'ai sélectionnés sont essentiellement accessibles par le site de la bibliothèque. Elles sont liées à la thématiques de la santé, mais aussi aux sciences humaines et sociales.

Portail de sciences humaines et sociales	Cairn.info
Moteur de recherche	Summon (des bibliothèques Universitaire de Aix-Marseille Université) Google Scholar
Base de données	BDSP Pub med Web of science

Les articles qui sont ressortis de cette recherche avec ces mots clés ne sont pas nombreux. J'ai donc choisi de ne pas mettre de critères d'exclusion trop sévères, sauf pour le moteur de recherche google scholar qui peut donner des milliers de résultats.

Le critères d'exclusion sont :

- les articles payants
- en langues autres que l'anglais et le français.
- Pour google scholar : les articles de plus de 5 ans et en langue autre que le français

Les articles sélectionnés grâce aux bases de recherche sont listés en Annexe 1.

- **Analyse des articles grâce au GFASAS en vue de déterminer leur valeur scientifique**

Au total, 12 articles ont retenu mon attention après lecture du résumé. Ces articles ont ensuite été analysés grâce aux critères du GFASAS. Cette méthode propose la méthode PQN (Précision Question à se poser Niveau d'intérêt) afin d'analyser des articles et de juger de l'utilité et de la qualité des informations fournies par l'auteur. J'ai retenu l'analyse commune à tous les articles afin de sélectionner la revue de littérature pertinente à mon sujet.

Après lecture de l'article et utilisation des critères du GFASA, j'ai retenu 9 articles, qui ont servi à la réalisation de la revue de littérature présentée dans le paragraphe suivant.

1.5.2 Revue de littérature : le point de vue des auteurs

L'origine de ces articles est principalement anglophone. Ce qui nous laisse à penser que le sujet de l'ergothérapie auprès des populations sans domicile fixe n'est pas encore une pratique très développée en France. Les articles, cependant, sont pour la plupart des revues de littératures (7) (8) (9) ou encore des articles sur des expérimentations ponctuelles (10) (11) . Les ergothérapeutes, dans certains cas sont en cours d'intégration dans des équipes déjà formées et intervenant auprès de cette population (12). Un autre article récent s'interroge sur le rôle potentiel de l'ergothérapeute aux urgences de l'hôpital auprès des populations sans abris (13).

Il semble donc que l'ergothérapie auprès de cette population soit en cours de développement au Canada, au Etats-Unis ou encore en Australie. En France, les ergothérapeutes ne se sont pas encore réellement aventurés sur ce terrain.

- ◆ **Qu'en est il des interventions et de leur orientation ?
Différentes pratiques effectives ou potentielles.**

La pratique d'une intervention client-centrée, et rendant la personne actrice de sa prise en charge est une constante dans les toutes les interventions retrouvées dans cette revue de

littérature.

Des activités signifiantes

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la recherche d'activité signifiante devrait être la base d'une prise en soin en ergothérapie dans le cas des personnes sans domicile fixe et atteints de pathologies psychiatrique.

Pour Illman et al. (2013), les ergothérapeutes sont confrontés à un manque de compréhension des activités signifiantes de ce public. Ce qui entraîne une difficulté à faciliter ces activités (14). Explorer les activités signifiantes de cette population pourraient aider les ergothérapeutes à mieux adapter les besoins de la population des sans abris, au niveau individuel et collectif, aux services qui leur sont proposés (14).

Pour Marshall et Rosenberg (2014), l'activité signifiante (dans le sens où elle développe le pouvoir d'agir : l'abus de substance est signifiant pour lutter contre l'ennui mais ne développe pas le pouvoir d'agir) serait un facteur primordial dans la prise en charge de la personne sans domicile en transition vers un relogement, car elle favoriserait la cohérence avec des tâches compréhensibles et qui ont du sens (7). Les activités ne sont pas les mêmes lorsque l'on vit dans la rue et lorsque l'on possède un logement. L'acquisition de compétences propres au logement (cuisine, tenue de la maison) devrait permettre aux personnes relogées de forger une nouvelle identité positive face au logement et à renforcer l'estime de soi. Selon ces auteurs, elle devrait être à la base de l'intervention de l'ergothérapeute (7). En effet, les personnes sans abri sont souvent discriminées et stigmatisées. Retrouver ou développer une nouvelle identité pourra être nécessaire dans le but de réussir une transition vers un nouveau logement, une nouvelle vie.

L'acquisition d'habiletés

Une revue de littérature fournie et récente, qui vise à exposer la pratique des ergothérapeutes dans le domaine montre un grand nombre de pratiques liées à l'acquisition d'habiletés occupationnelles (gestion financière, de la nourriture etc), l'enrichissement du répertoire occupationnel (créativité, sport), mais aussi des interventions pour la promotion de la réhabilitation physique avec des publics plus vieillissant (8). Dans les domaines concernant l'emploi, les relations personnelles, les loisirs, les finances, le logement mais aussi la spiritualité, une identification de besoins élevés a été relevée et donc un fort besoin de réadaptation par l'acquisition d'habiletés (15).

Du point de vue des connaissances à acquérir pour cette population, le besoin d'en savoir plus sur la maladie mentale, les addictions ainsi que les pathologies associées a été relevé par une étudiante intervenant dans un abri pour personnes sans domiciles (10).

L'acquisition d'habiletés pratiques de vie quotidienne, mais aussi une meilleure connaissance

de la maladie et des troubles associés serait donc une base bénéfique pour une intervention de l'ergothérapeute.

Des orientations de pratique plus spécifiques

Selon l'étude menée dans un refuge en Ontario, les bases d'une intervention réussie sont le travail dans un environnement chargé d'espoir, des relations interpersonnelles positives, et un engagement authentique du thérapeute (15). Celui-ci fera l'effort de se mettre à la place de la personne voire d'embrasser la culture de la personne, afin de mieux appréhender ses forces et ses faiblesses. En effet, les discriminations et stigmatisations vécues par cette population en marge de la société les amènent à être méfiants. Ils accordent plus difficilement leur confiance aux personnes qui ne font pas partie de leur pairs.

Un programme test mené en Australie auprès de personnes sans abri et atteintes de pathologies mentales a mis en avant le rôle bénéfique d'un atelier de création en peinture, suivi d'une exposition dans le quartier (11). Les personnes ayant participé, en ont retiré un grand bénéfice : sur le plan de l'estime de soi et de la reconstruction d'une identité positive, en termes de participation sociale, et en terme de lutte contre les addictions et les effets néfastes de la maladie mentale. En effet l'utilisation d'un médium d'expression libre a joué le rôle d'un distracteur de la routine quotidienne et de l'ennui, d'un médiateur avec les autres habitants du quartier et a permis aux participants de se rendre compte de leur capacités. Dans son expérience avec des personnes sans domicile fixe et atteintes de pathologies psychiatriques, Tsang A. (2013) cite aussi l'activité artistique comme signifiante et particulièrement bien acceptée par les personnes (10).

Une analyse spécifique de l'environnement et des habitudes qui y sont liées est discutée par Marshall et al. (2014). Par exemple, les personnes sans abri qui souhaiteraient utiliser un refuge temporaire se retrouvent souvent face à l'impossibilité de choisir leurs horaires de sortie, ou encore d'y amener leur animal et doivent se conformer au règlement de la structure qui les héberge. Cette restriction d'autonomie est vécue comme intolérable et les personnes qui refusent ces règles se retrouvent à errer à nouveau dans les rues. C'est l'environnement qui conditionnerait les activités des personnes sans abri et donc le manque de logement qui conditionnerait leurs activités (7). L'ergothérapeute doit donc analyser finement ces relations afin de répondre aux besoins de ses clients.

Pour résumer :

Les pratiques des ergothérapeutes, actuelles et potentielles avec les personnes sans domicile et atteintes de pathologies mentales sont donc tournées vers la recherche d'une activité signifiante, un contexte positif et de non jugement moral, la revalorisation et la construction d'une nouvelle identité. Les pratiques sont liées à l'acquisition d'habiletés selon les besoins de la personne, l'amélioration des connaissances sur la maladie et une meilleure

connaissance de l'environnement de la personne. L'activité artistique semble être une piste intéressante à intégrer à la prise en soin dans le cadre des pathologies psychiques.

Et comme le préconise Illman et al. (2013), mieux analyser la relation entre personne-environnement et occupation pourra aider à mieux intervenir auprès de cette population en ciblant les activités signifiantes (14).

◆ **Les difficultés de la prise en charge des personnes sans domicile et atteintes de pathologies mentales en ergothérapie**

Les outils traditionnels ne sont pas assez spécifiques

Pour Tryssenaar et al. (2000), les outils habituels de l'ergothérapeute ne sont pas adaptés à la situation des personnes sans domicile et atteintes de pathologies psychiatriques (15). Par exemple poser en entretien les questions habituelles sur la réalisation d'activités liées au logement, ou encore sur le travail pourraient être incongrues. L'entretien clinique lui-même ne semble pas adapté et pourrait, dès l'entrée en relation, mettre de la distance entre l'ergothérapeute et le client.

Ces auteurs ont expérimenté le modèle conceptuel OPPM (Occupational Performance Process Model) sur une population itinérante dans un refuge. Dans cette expérience, des stagiaires en ergothérapie avaient pour objectifs d'évaluer les personnes grâce notamment à la MCRO, les 7 étapes de l'OPPM et avec pour fondement les principes de Bachrach. Elles se sont rendues compte de l'impossibilité de réaliser des évaluations conventionnelles et ont choisi de se diriger vers les activités pour arriver à obtenir la coopération de la population.

Les personnes itinérantes et atteintes de pathologies psychiatriques requièrent un cadre, un timing d'intervention différent et des changements dans les priorités (15).

Les facteurs qui aggravent la situation des personnes sans abri

Le fait d'être atteint d'une pathologie mentale est un facteur qui impacte négativement les performances des personnes dans les soins personnels, les loisirs ou encore la productivité (7). Dans le cas de pathologies mentales graves comme les psychoses, la sécurité des personnes à domicile est souvent précaire voire impossible sans aide ou stratégies mise en place (16). En effet, comme l'ont constaté Desormeaux-moreau et al. (2015), à cause des troubles du comportement engendrés par la maladie (l'accumulation d'objets par exemple), les personnes se mettent en danger (16). Les problèmes de gestion financière ainsi que les problématiques sociales qui découlent de la maladie peuvent être responsable d'une éviction du logement.

Les problèmes de santé physique et mentale peuvent être à l'origine de la précarité ou à l'inverse, avoir été causés par la vie dans la rue.

Les facteurs sociaux, historique et culturels joueraient un rôle non négligeable dans la

situation des personnes sans domicile fixe. Gerlach en 2015 soutient que la prise en compte de l'intersectionnalité, c'est à dire de tous les facteurs défavorisants entrant en jeu, est primordiale afin d'aider ces personnes (9). Il préconise une vision de l'ergothérapie emprunte d'action sociale et de justice.

Le manque de soutien environnemental envers la population itinérante serait un facteur aggravant de la situation des SDF au Canada (15). Des ressources physiques et humaines seraient nécessaires afin d'aider ces personnes à une re inclusion dans la société.

En résumé :

Les difficultés des prises en charge vis à vis de ce public, en ergothérapie et en règle générale, sont liées au fait que :

- les outils traditionnels de l'ergothérapeute ne sont pas adaptés, dans le cadre du refuge
- la pathologie psychique complique la prise en charge et la réintégration dans un logement
- les facteurs sociaux, historiques et culturels peuvent complexifier la prise en soin s'ils ne sont pas pris en compte.
- le manque de soutien en général de cette population (gouvernemental, familial), et la stigmatisation dont elle est victime

La vision de l'ergothérapeute se doit donc d'être globale, afin de tenir compte de tous les paramètres qui sont entrés en jeu dans le mécanisme ayant amené à la très grande précarité des personnes. Ces paramètres sont non seulement liés à la maladie mais aussi au contexte social et culturel de la personne.

Une connaissance plus fine de ces facteurs devrait permettre une meilleure prise en charge. **Selon Marshall et al. (2014), les obstacles et les facilitateurs à la réintégration dans un logement sont mal connus et des recherches dans ce sens devraient être entreprises (7).**

◆ Les limites des articles recueillis au cours de la revue de littérature.

La plupart des articles sont des expérimentations, et donc sur une durée limitée. Nous n'avons pas de retour de programme en ergothérapie sur des durées de plus de 2 ou 3 ans.

Les programmes examinés au cours de cette revue de littérature sont canadiens, américains ainsi qu'australiens et donc adaptés, voire imprégnés de la culture anglo-saxonne. Si l'aspect culturel est déterminant pour la prise en charge, il faudrait nécessairement ajuster les interventions et donc les évaluations dans le contexte français.

◆ **Perspectives pour améliorer cette prise en soin en ergothérapie : qu'en est il des évaluations ?**

L'ergothérapeute commence sa prise en soin par un entretien et des évaluations. Dans les articles où elles sont décrites, les évaluations réalisées sont qualitatives, basées sur des entretiens cliniques (11) (14). Un des articles cite une échelle de mesure du rendement occupationnel (OPPM : Occupational Performance Process Model) basé sur le modèle conceptuel MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) qui n'a finalement pu être appliquée (15). Le modèle du rétablissement (recovery) est très souvent cité.

J'ai cherché à savoir s'il existait des articles plus spécifiques à l'évaluation dans le cas des personnes sans domicile fixe et atteintes de pathologies mentales. Les articles suivants ont été ajoutés en cherchant dans les mêmes bases de données que précédemment, avec les mots « **assessment** » et « **évaluation** ». Encore une fois, ce sont des articles anglo-saxons qui ont été recueillis.

◆ **Articles ajoutés en considérant l'évaluation**

La plupart des évaluations recensées se font lorsque les personnes sont en cours de relogement.

Lloyd and al. En 2017 ont cherché dans la littérature quel est actuellement le rôle de l'ergothérapeute aux urgences de l'hôpital, auprès du public des sans abri (16). Ils constatent que ce rôle se limite à des évaluation physiques, fonctionnelles, des soins personnels et des visites à domicile auprès des personnes âgées. Leur constat est que l'ergothérapeute n'a pas un rôle clair lorsque des personnes sans abri leur sont adressées dans le cadre des urgences.

Une collecte de données auprès des services des urgences du Queensland (Australie) les amène à proposer des compétences pour l'ergothérapeute :

-avoir un bagage en santé mentale

-être au courant des services proposés localement qui pourraient être utiles aux problématiques des sans abri (douche gratuite, repas gratuit, services sociaux, dons de vêtements, services médicaux sans avance de frais)

-pourvoir adresser vers des services d'aide à l'emploi, d'aide psychologique et des programmes de relogement.

L'ergothérapeute serait donc une personne ressource, ayant une connaissance approfondie du terrain et des ressources disponibles. Il est en mesure d'orienter la personne vers les professionnels répondant au ses problématiques.

Les auteurs d'un autre article ayant pour sujet l'évaluation des personnes sans domicile, atteintes de pathologies psychiques dans le cadre d'un programme d'apprentissage d'habiletés, ont déterminé que le stade « d'envisagement du changement » (readiness-to-change) de la

personne a une incidence sur la capacité d'apprentissage de ces habiletés (17). Ils utilisent pour cela le modèle Trans-théorique du changement qui catégorise les personnes selon qu'elles sont dans une phase de pré-contemplation (pas envie de changer) jusqu'à des phases d'action pour le changement (action-maintien). Plus les personnes sont engagées dans un changement, plus ce changement s'opère et se maintient sur la durée sur des activités précises. Ici, il s'agit d'acquisition d'habiletés dans la vie quotidienne (gestion de l'argent, du logement , des soins personnels, de la nourriture) dans un programme de relogement.

Certains éléments pouvant différer l'assiduité au programme, sont appelés priorités concurrentes. Il peut s'agir de besoins urgents de soins médicaux, de l'angoisse de transiter dans un nouvel environnement ou encore de l'augmentation des heures de travail lorsqu'il y en a un. Mais globalement, la motivation à entamer un changement est le moteur de la réussite dans ce type de programme.

Un autre article décrit l'expérimentation d'une évaluation à multiples entrées dans le cadre de l'évaluation des besoins de personnes dans un refuge pour sans abri (18). L'article précise qu'une grande partie de cette population souffre de pathologies psychiatriques chroniques (jusqu'à 30%) ou/et d'abus de drogues (70%). La construction de cette évaluation s'est constituée de 5 différentes entrées :

- une revue de littérature (sur les causes du sans abris, les problèmes spécifiques de cette communauté et l'attitude à adopter),
- un exploration des journaux locaux (identification des ressources de la communauté, culture locale et diversité de la population)
- Une observation des participants à l'expérimentation (pour connaître les habitudes de vie)
- 2 focus group (un pour l'équipe et un pour les participants du refuge) afin de connaître les besoins attentes et la perception de la situation de la part de l'équipe mais aussi des usagers.
- Le journal de bord des ergothérapeutes en cours de prise en charge .

Cette évaluation à multiples entrées est selon les auteurs pertinente dans le cadre de ce refuge car elle combine des informations venant de sources différentes et ré-orienté le processus de soins par la mise en commun d'informations pendant les réunions et une observation continue. L'ergothérapeute se retrouve alors au centre de la prise en soin, et se fait médiateur, avocat, éducateur et consultant.

Il semble donc qu'une évaluation pertinente soit non seulement basée sur une observation des besoins des personnes concernées mais aussi sur un échange entre les professionnels en cours d'intervention.

Comme vu précédemment dans l'article de Desormeaux-moreau et al. (2015), les personnes atteintes de pathologies psychiatriques lourdes (psychose) sont souvent menacées dans leur sécurité à domicile (10). Leur troubles les empêchent d'évaluer les dangers potentiels et de

résoudre les problèmes (négligence, financiers, réseau social). Une évaluation spécifique de ces risques pourrait être pertinente dans le cadre d'un relogement.

En résumé :

L'évaluation devrait se faire dans un contexte où la personne est actrice de sa prise en charge. La motivation au changement est en effet un puissant levier de la réussite en réinsertion. Elle doit inclure des échanges avec les autres professionnels concernés par la prise en charge et au fait des ressources disponibles (associations pour le logement, re-insertion professionnelle). Elle devrait tenir compte des besoins de la personne par l'observation des habitudes de vie et l'évaluation de la sécurité à domicile.

L'ergothérapeute, avec sa vision globale, pourrait être la personne ressource de la prise en soin.

◆ **Pour conclure**

Dans le cadre de cette recherche, nous allons confronter cette revue de littérature principalement anglophone aux propos de quelques ergothérapeutes exerçant en France et ayant pu prendre en soin le public auquel nous nous intéressons.

Ayant perçu les questionnements relatifs à l'évaluation des besoins de ce public, à la méconnaissance des éléments obstacles et facilitateurs au relogement et à la nécessité d'une pratique où le patient est acteur, il semble opportun de questionner les ergothérapeutes sur leur pratique et leur sentiment quant à ces questions.

1.5.3 Enquête exploratoire

Au cours de cette enquête, j'ai cherché à savoir comment les ergothérapeutes français prennent en soin les personnes SDF, et quelles sont leurs méthodes d'évaluation. J'ai choisi de m'adresser à des établissements de soin de santé mentale en priorité. Sur quatorze ergothérapeutes interrogés, sept ont répondu au questionnaire. Trois n'avaient jamais pris en soin des personnes sans domicile fixe. Les quatre autres ont répondu aux cinq questions du questionnaire. Il s'agit d'un ergothérapeute travaillant dans une clinique psychiatrique avec une prise en charge d'orientation psycho-dynamique, deux ergothérapeutes travaillant dans une structure pratiquant la réhabilitation psychosociale et un ergothérapeute travaillant dans un service de soin de suite (SSR).

◆ **Choix de l'instrument de diffusion : Google Form**

Il s'agit d'un outil qui permet de diffuser largement un questionnaire interactif et anonyme. L'avantage de cet outil est qu'en fonction des réponses, le répondant peut être dirigé vers telle ou telle autre question. Il est pratique car informatisé et la forme du questionnaire est attractive : il est possible d'y répondre rapidement ou de revenir en arrière.

Les limites constatées après retour des questionnaires sont la brièveté et parfois la mauvaise compréhension des questions. Il n'est alors pas possible de rediriger la personne, comme lors d'un entretien semi-dirigé.

A fin de pallier ces limites, j'ai proposé aux ergothérapeutes ayant répondu de me donner leur coordonnées dans la dernière question. J'ai ainsi pu faire préciser certaines réponses voire non-réponses par mail ou téléphone (qui sont indiqués en *italique* dans la synthèse des questionnaires de l'enquête exploratoire, en Annexe 2)

◆ **La construction du questionnaire**

La première question vise à trier les ergothérapeutes ayant travaillé avec des personnes en situation de grande précarité afin qu'ils répondent au questionnaire proposé.

Les deux questions suivantes de l'enquête exploratoire visent à avoir une meilleure connaissance de l'évaluation d'une personne sans domicile fixe réalisée par les ergothérapeutes, et d'appréhender les éventuelles difficultés ou insatisfactions ressenties par eux. Ensuite, la question vise à connaître les prises en soins proposées et les difficultés relevées par rapport à une prise en soin plus classique. La dernière question élargit sur des propositions pour une intervention idéale.

Les questions posées invitent à des réponses ouvertes, dans le but de récolter le maximum d'informations.

◆ **Synthèse et analyse des réponses à l'enquête exploratoire.**

La question de la prise en soin des personnes très précaires et en situation de handicap psychique est pertinente aux yeux des professionnels interrogés. Ceux-ci relèvent en effet des difficultés dans la prise en soin de ce public et des améliorations à réaliser lors de prise en soin spécifiques.

Difficultés relevées lors des évaluations des personnes sans domicile fixe atteintes de troubles psychiques

La participation en groupe est compliquée par manque de sociabilité

L'esprit de la personne n'est pas tourné vers la prise en soin mais est occupé par les problématiques de la personne. (l'esprit est ailleurs)

Les habitudes de vie sont difficiles à intégrer dans la prise en soin

Situations d'urgence (demande de logement pour être en sécurité agressions)

Spécificité des prise en charge et des objectifs

Les objectifs sont en lien avec en priorité le relogement de la personne et la stabilisation dans un lieu de vie.

Une mise en relation avec des associations spécialisées, des travailleurs sociaux et une prise en charge par l'équipe de réhabilitation psychosociale, par l'assistante sociale.

Le soin des troubles psychiatriques par des activités

Intervention idéale

L'accompagnement vers un lieu de vie autonome en partenariat avec des travailleurs sociaux

Trouver un projet de vie socialement acceptable

Une bonne évaluation des capacités pour bien cibler le projet de vie

Travailler sur des activités reproductibles.

La réintégration dans un logement est une priorité dans le cas des personnes SDF atteintes de pathologies psychiques, afin de les mettre en sécurité selon Ergo psy 2 ([Annexe 2](#)). Suite au traitement médical qui est souvent une stabilisation de la pathologie psychique par un traitement médicamenteux, l'intervention devrait donc se concentrer sur le logement. Les travailleurs sociaux sont spécialisés dans ce type d'intervention et connaissent les possibilités offertes par la ville.

L'ergothérapeute est quant à lui un spécialiste de l'activité. Dans le cadre de ce relogement, les besoins ainsi que les capacités de la personne seraient à évaluer, avec la participation active de celle-ci, afin de les estimer au plus juste. Le but serait de développer la meilleure autonomie possible, en s'appuyant sur le projet de vie de la personne.

De plus, si les habitudes de vie ne sont pas correctement évaluées, il y a un risque que la personne ne soit pas en capacité de garder leur logement suite à la réintégration, comme le souligne Desormeaux-moreau et al. (2015) dans l'article consacré à la sécurité à domicile des personnes en situation de handicap psychique. En effet, l'accumulation d'objets, le fait d'accueillir des personnes nuisibles ou encore de ne pas être en capacité de gérer un budget, peuvent être la cause d'une éviction de son logement. Les capacités à être autonome dans le logement devraient être prise en compte afin de mettre en place les moyens de compensation nécessaires autour de la personne et ainsi de prévenir les « rechutes ».

◆ Critique du dispositif

Le questionnaire envoyé par mail permet d'avoir rapidement des données, mais pas de les creuser en profondeur. A la relecture des réponses, d'autres questions se posent, les réponses peuvent être interprétées et des données concernant le public ciblé manquent. Des entretiens téléphoniques, construits à l'aide d'une grille, auraient permis d'avoir des données plus

précises et plus riches sur les questions de départ.

1.5.4 Mise en problématisation pratique

Les pratiques les plus pertinentes évoquées dans **la revue de littérature** sont tournées vers

-l'acquisition d'habiletés

-la recherche d'activités signifiantes

-la recherche d'une meilleure compréhension de l'environnement (pour comprendre l'interaction personne-activité-environnement)

De plus, un patient prêt à entamer un changement dans sa situation obtiendrait de meilleurs résultats aux tests sur les apprentissages des activités quotidiennes, et ce sur du long terme (17).

De **l'enquête exploratoire**, nous retenons que :

l'ergothérapeute interviendrait de manière plus pertinente dans le cadre d'un relogement, lorsque la personne n'est plus en danger et l'esprit préoccupé par la vie à la rue

qu'une bonne évaluation des besoins et des capacités de la personne serait nécessaire à réaliser

Nous allons alors nous demander comment être au plus prêt des besoins et désirs de la personne, dans le respect de ses choix lors de la prise en soin, et plus particulièrement dans le cadre du relogement.

Par quels moyens rendre la personne actrice de sa prise en soin afin d'améliorer l'adhésion et la participation au soin ?

Et finalement comment participer au maintien dans le logement, source d'échec dans beaucoup de cas (19).

L'ergothérapeute utilise des évaluations normées et basées sur des modèles conceptuels au début de la prise en soin. Ce qui m'amène à reformuler ma question de recherche :

En quoi l'évaluation de la situation de la personne sans domicile fixe exposée à un trouble psychique, par l'ergothérapeute, peut-elle participer à la réussite du relogement ?

1.6 Problématique théorique

Dans un premier temps, différents concepts permettant d'appréhender la notion de santé liée à la situation sociale, seront abordés. Cette partie nous amènera à examiner le concept de participation sociale.

Dans un second temps, les problématiques liées à l'engagement dans les soins seront examinées et le concept du rétablissement sera envisagé.

Par la suite nous effectuerons un examen des différents modèles de l'évaluation.

Et en fin, le logement et les concepts liés à l'appropriation notamment seront explorés.

1.6.1. Le concept de santé aujourd'hui et le lien avec l'ergothérapie

◆ Différentes modélisations du concept de santé

Les définitions de la santé se sont enrichies au cours du temps. Au début du 20^{ème} siècle, « la santé est la vie dans le silence des organes » (René Leriche, 1936), c'est à dire le bon fonctionnement du système biologique. Cette définition a évolué et la prise en compte de facteurs tels que l'environnement ou encore les facteurs liés au style de vie sont actuellement inhérents à la définition de la santé d'un individu ou d'une population. L'organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres auteurs se sont attelés à définir et à créer des modèles afin d'inclure ces paramètres, et notamment les paramètres sociaux, dans la détermination d'une situation de santé.

Selon l'OMS, santé physique (silence des organes), psychique (bien-être) et sociale (participation sociale satisfaisante) doivent être en équilibre pour que l'individu soit considéré en santé. Selon la définition de la charte d'Ottawa (1986) « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable des ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. ».

Les facteurs à l'oeuvre ne sont pas les mêmes lorsqu'il s'agit de diagnostiquer, traiter une maladie que s'il s'agit de mettre en place des situations porteuses de santé (20). Les déterminants sociaux de la santé (DSS) sont définis par l'OMS comme étant « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999). Les facteurs entrant en compte sont pour la plupart externes à l'individu. Le système médical classique est donc impuissant contre ces facteurs : sociaux, politiques, culturels, économiques et environnementaux qui déterminent les conditions de vie des personnes (21) . Pourtant, s'ils ne sont pas pris en compte, soigner la maladie n'améliorera pas de façon durable l'état de santé de la personne (22). La commission des déterminants de santé de l'OMS 2011a propose un schéma pour récapituler les DSS.

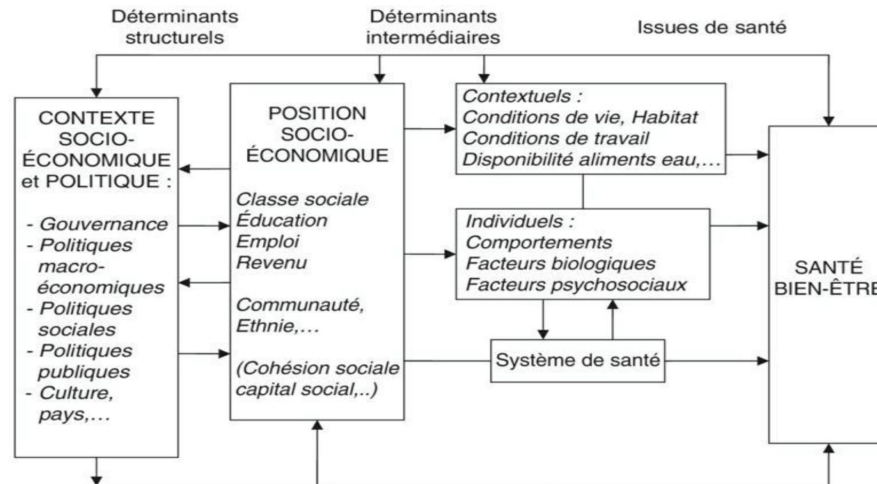


Figure n°1 : Les principaux déterminants sociaux et psychosociaux de la santé (OMS, 2011a)

On constate donc que les facteurs biologiques et psychosociaux entrent en compte, mais aussi les éléments dit contextuels, et notamment les conditions de vie avec l'habitat.

Un autre modèle, le **modèle de Dahlgren et Whitehead (2012)**, présente les déterminants de la santé en 4 niveaux :

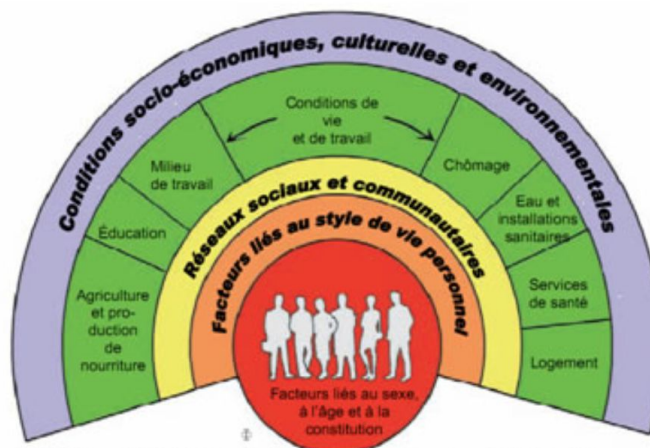


Figure n°2 : Modèle des déterminants de la santé (Dahlgren et Whitehead (2012))

Les facteurs intrinsèques de la personne (âge, sexe et constitution) sont les déterminants au cœur du modèle pour la santé de la personne. Les extrinsèques et donc susceptibles d'être modifiables, sont répartis sur trois autres niveaux : liés au style de vie, liés aux réseaux sociaux et communautaires et liés aux conditions socio-économiques, culturels et environnementaux. Encore une fois, les facteurs de santé ne sont donc pas seulement

imputables à l'individu et à sa constitution purement biologique mais aussi à la communauté, la catégorie socio-économiques dans laquelle il vit, son environnement physique et notamment son logement.

Constandriopoulos (2006) développe un concept de santé différent de celui de l'OMS (20).

Pour définir la santé, il détermine quatre « qualités fondamentales de l'être humain », qui devraient être en équilibre :

-l'être biologique . La santé biologique correspond au terme classique de la santé : « le silence des organes »

-l'être social, interactif et dépendant de son environnement. Il définit la santé sociale comme l'adaptation de l'homme aux environnements physiques, sociaux, symboliques dans lequel il est situé et sa capacité à mobiliser ses ressources.

-l'être réflexif, de connaissance et de rationalité.

-l'être d'émotions, de sensations, de désirs

La santé psychique est quant à elle relative au bien-être, à la notion de bonheur et de désir achevé (ou potentiellement atteignable). En fin, l'être réflexif doit être capable de réfléchir sur les composantes sociales, biologiques et d'émotions de sa santé de manière objective. Il doit pour cela disposer des connaissances nécessaires.

Les représentations qu'ont les personnes de la santé, qui peuvent être influencées par la culture, le niveau social et bien d'autres critères, jouent un rôle primordial dans la conduite sociale que va tenir la personne pour se soigner.

Les modèles cités précédemment servent de base dans les réflexions autour des notions de santé publique. Ils nous incitent à penser que la personne et sa santé doivent être considérés dans leur globalité, et d'autant plus lorsque les facteurs sociaux, psychiques et physiques sont intriqués.

◆ **Lien avec les modèles conceptuels utilisés par les ergothérapeutes**

Les ergothérapeutes sont au cœur de cette façon de penser la prise en soin, avec la vision holistique qui leur est propre. Ils disposent de plusieurs outils leur permettant de prendre en compte les facteurs environnementaux, sociaux ou culturels de la personne lors de l'évaluation.

Le Modèle conceptuel du Développement Humain et du Processus de Production du Handicap (**MDH-PPH**) développé par Fougeyrollas (1998 ;2010) prend en compte les facteurs environnementaux à égale importance avec les facteurs personnels et les habitudes de vie. Ce modèle conceptuel est un des modèles encadrant une prise en soin en ergothérapie, tout comme celui de la CIF (Classification Internationale du Handicap), tenant lui aussi

compte des habitudes de vie, et de l'environnement physique et sociale de la personne (23). Ces deux modèles permettent de mettre en exergue les situations de participation d'un individu, ainsi que les restrictions qui sont liés à la situation de handicap. Toutefois, les rôles sociaux sont plus présent dans le modèle MDH-PPH, et nous nous appuyerons dessus dans le cadre de cette recherche.

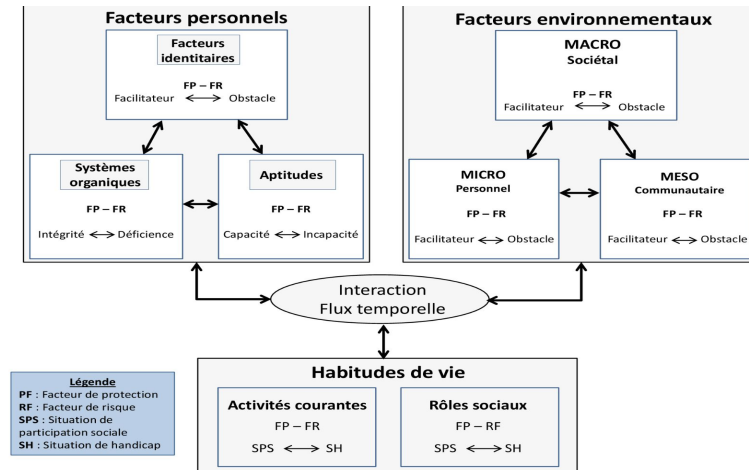


Figure n°3 : Modèle conceptuel du Développement Humain et du Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas, 2010)

Pour résumer: Les critères permettant de définir l'état de santé d'une personne se sont élargis au cours du temps. A l'heure actuelle, les aspects environnementaux physiques et sociaux sont primordiaux afin de pouvoir agir sur la situation de handicap. Des paramètres comme la capacité à nouer des relations, la gestion de sa santé et la réflexivité sa maladie sont inhérents à d'autres modèles.

Des modèles comme le MDH-PPH, dont se sert l'ergothérapeute, permettent de tenir compte des aspects extrinsèques à la personne à travers l'examen des situations de participation de la personne, et notamment les restrictions.

Nous nous placerons donc dans une approche qui tient compte de la participation de l'individu dans son contexte de vie, tout en tenant compte de l'être réflexif et l'être d'émotion évoqué par Constandriopoulos.

1.6.2 La participation en ergothérapie

La profession d'ergothérapeute s'est dotée d'un langage approprié afin de définir ses propres concepts. Afin de clarifier les terminologies employées, le groupe de recherche ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) s'est attelé à leur donner une définition, qui soit en accord avec les terminologies anglophones (24).

Le terme de **participation** est défini par ce groupe comme l'engagement de la personne dans des situations de vie sociale, familiale, communautaire mais aussi dans les activités liées aux soins personnels, loisirs ou au travail.

L'engagement fait quant à lui référence à l'énergie que met la personne à faire (24). Cette « **énergie du faire** » est primordiale quand il s'agit de santé mentale. L'engagement favoriserait la participation de la personne et permettrait de la maintenir (24). Il implique une performance physique mais aussi émotionnelle, car il exige un investissement en conscience de la personne. Celle-ci peut être engagée dans une activité et l'abandonner par manque d'intérêt à cause de tel ou tel événement. L'engagement est donc un concept important, surtout dans le soin en santé mentale, où il peut faire défaut à cause de la pathologie. Il est à souligner que l'engagement se fait envers une occupation mais aussi un tiers qui peut être le soignant.

La participation s'attache à l'aspect signifiant de l'activité. Elle n'implique pas forcément la pleine performance occupationnelle à savoir la mise en oeuvre de l'activité). Il est en effet possible d'être spectateur et pour autant de participer à une action (24).

Différentes déclinaisons du terme participation sont définies en ergothérapie. Les notions de participations sociales et occupationnelles sont apparues respectivement avec les modèles conceptuels de Fougeyrollas et Kielhofner (24).

La **participation occupationnelle** est associée au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (23). Elle est décrite comme étant l'engagement de la personne dans les trois grands domaines que sont les soins personnels, les activités productives et de loisirs. Elle implique une notion d'activités ayant une signification au niveau personnel et social. Cette notion est donc propre à chaque individu, influencées par ses composantes mais aussi par le contexte (25) .

La **participation sociale** est selon Fougeyrollas, dans un contexte de réadaptation, « une situation de participation sociale qui correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie résultant de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux » (Fougeyrollas, 1998/2010). L'outil qui y est rattaché est la MHAVIE. Elle a 12 composantes qui peuvent être auto-évaluées par la personne, et cotées en fonction de la satisfaction dans leur réalisation :

Activités courantes	Rôles sociaux
Communication	Travail
Soins Personnels	Éducation
Conditions corporelle	Responsabilités
Déplacements	Relations interpersonnelles
Habitation	Vie communautaire
Nutrition	Loisirs

Figure n°4 : Les douze catégories d'habitudes de vie (26)

Selon une étude en ergothérapie visant l'analyse du concept de participation sociale, cet outil se démarque des autres dans la mesure participation sociale, dans le cadre de la pratique en santé mentale (27). Il couvre les domaines d'activité pertinents en ce qui concerne les personnes présentant des troubles mentaux.

Il semble alors adéquat d'explorer la participation sociale à l'aide de la Mhavia. Cet outil permettra de construire une grille d'entretien pertinente dans le cadre de l'exploration de la participation sociale de personnes atteintes d'une pathologie mentale.

Pour résumer : La participation de la personne à des activités est liée à la notion d'engagement. L'engagement est donc une condition fondamentale pour s'impliquer dans des situations de vie quelle qu'elles soient. L'enjeu de la participation est de taille face à une population atteinte de troubles psychiques et notamment psychotiques. Cette recherche se place donc dans l'optique de comprendre sous quelle forme un accompagnement à la participation serait possible, face à une population souvent en manque de motivation et en difficulté à se projeter dans l'avenir.

1.6.3 Participation, adhésion et refus du soin dans le cadre de la maladie psychique

Les pathologies psychiques graves comme les psychoses rendent complexes voire impossible la gestion des émotions. Les mécanismes psychiques permettant le contrôle des émotions, la symbolisation, la mentalisation et la secondarisation sont alors défaillantes (28). De même, les fonctions de régulation et de transformation des pulsions font défauts. La personne psychotique a donc du mal à donner du sens aux événements qu'elle traverse. La réalité est alors difficile à appréhender de façon objective. La personne va exprimer sa conception subjective de la réalité, qui sera amplifiée et déformée par la maladie. Il s'agit du délire qui va permettre de donner du sens à cette réalité. La personne psychotique utilise aussi des mécanismes de défenses psychiques qui lui permettent de lutter contre ses angoisses :

- Le déni, fait de nier la réalité ainsi que la pathologie et de maintenir dans l'oubli les événements insupportables
- La projection, qui met hors de soi les affects gênants
- Le clivage du moi et le clivage de l'objet qui permettent à différents niveaux, de diviser en bon et mauvais les événements de la réalité.
- Le passage à l'acte, qui permet la décharge motrice des affects non supportés
- Le retrait apathique, qui isole la personne se repliant sur elle-même (28)

Ce sont les passages à l'acte et la réalisation d'actes hors normes, liés à cette incohérence

interne qui sont marquants pour le grand public. De ce fait les malades psychotiques sont souvent stigmatisés. Les accidents et agressions que certains ont pu commettre sont relayés dans les journaux et alimentent la peur du grand public. Ce qui n'est pas relayé, ce sont les agressions dont ils sont victimes (29) En cause les pathologies mentales lourdes de type psychose qui touchent une grande partie de la population SDF (3), et qui altèrent la perception de la réalité, rendant les relations sociales compliquées et provoquant des troubles importants du comportement (30).

Certaines personnes atteintes de pathologies psychiques ont parfois des griefs contre l'institution. Certaines ont vécu des hospitalisations sous contrainte, voire des pratiques de contention sur leur personne, qui les ont marqué de façon très négative (31). Une opposition importante au soin et une perte de confiance face à l'institution peuvent donc être constatés. De plus, une personne sans domicile fixe, en état de marginalisation avancée est souvent victime de stigmatisation (29). A cause de mauvaises expériences dans différents établissements, d'un syndrome d'exclusion sociale, ou encore d'une défiance par rapport à la société, la prise en soin peut s'annoncer complexe. Un lien doit être tissé avant d'entreprendre une relation thérapeutique (32). Ensuite, un suivi médicamenteux permettant de stabiliser les symptômes de la maladie pourra être mis en place, afin de diminuer les angoisses et la souffrance des personnes (28).

Les concepts de rétablissement et d'empowerment sont nés du constat de l'échec dans les sociétés occidentales de la ré-intégration des malades psychiques dans la société (33). Il s'agit d'un changement de paradigme par rapport à la notion plus classique du patient, qui subit son traitement. Il postule que la personne est en mesure pour aller mieux, de donner un nouveau sens à sa vie. « Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la pathologie mentale » (34). La personne est au centre de la pratique, dessine elle-même son projet de vie. La personne devient « l'utilisateur » et non plus le patient, car il devient acteur à part entière de la prise en charge.

Cette pratique a fait ses preuves auprès de personnes atteintes de maladies psychiques très invalidantes comme la schizophrénie. En effet, les personnes atteintes de cette pathologie sont les plus souvent considérées comme des « incurables à vie ». Il semblerait que l'approche du rétablissement ait permis à des usagers de la psychiatrie de « bien fonctionner dans la cité », alors qu'elles se sentaient abandonnées voire méprisées par le système de soin en santé mentale (35).

Le rétablissement permettrait aussi l'inclusion sociale de la personne dans la société, ce qui va au-delà de la réhabilitation et de même de l'intégration. La personne n'est pas alors seulement « admise » par la société, mais c'est la société qui doit lui réserver une place (36).

Le concept du rétablissement comprend les notions d'empowerment (développement du pouvoir d'agir : DPA), d'espoir, de soutien, de responsabilisation, et de plaider pour soi-même. Selon l'OMS (2010), « la clé de l'empowerment est l'élimination des obstacles formels ou informels et la transformation des relations de pouvoir entre l'individu, son contexte social et institutionnel ». L'empowerment est selon Y. Le Bossé, une manière pour les individus d'accéder à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est signifiant ou significatif pour eux. (37). Les notions d'ici et maintenant sont centrales. Le professionnel accompagnant une personne dans la voie de l'empowerment veillera à toujours considérer le moment présent. Il s'appuiera sur les ressources actuelles et concrètes de la personne afin de l'aider dans son cheminement.

L'ergothérapie sociale, concept expérimenté en premier lieu dans les pays en voie de développement, s'intéresse à ce développement du pouvoir d'agir de la personne (38). L'ergothérapeute pourrait participer à développer le droit des personnes à une occupation enrichissante et riche de sens. Les notions de **droits occupationnels** participant à **la justice occupationnelle** des personnes et des populations, sont par ailleurs clairement définies par la WFOT (World Federation of Occupational Therapist) qui décline quatre droits occupationnels (39) :

- le droit de vivre des occupations enrichissantes et qui font sens pour la personne
- le droit de participer à une gamme d'occupations contribuant à la santé et à l'inclusion sociale
- le droit d'exercer son autonomie et son pouvoir d'agir à travers ses choix occupationnels
- le droit d'avoir des privilèges égaux pour s'engager dans des occupations variées.

Développer une relation de confiance avec la personne, en lui proposant une approche issue du rétablissement afin qu'elle puisse être actrice de sa prise en soin, permettrait-il d'améliorer l'adhésion au soin ?

Pour résumer : Les personnes atteintes d'une pathologie psychique et sans domicile fixe sont souvent victimes de stigmatisation et peuvent être dans le refus de soin pour différentes raisons (dues à la pathologie/peur de l'institution). Il peut alors être complexe de proposer une prise en soin pertinente en institution qui serait suivie à la fin de l'hospitalisation. Le concept de rétablissement est né du constat de l'échec de l'inclusion des personnes souffrantes de troubles psychiques très invalidants dans la société. Ce concept place la personne au cœur de la prise en soin. Il redevient l'acteur principal de sa propre vie. Il comprend le principe d'empowerment (pouvoir d'agir en français), un de ses concepts majeurs, qui préconise la transformation des relations de pouvoir entre l'individu et son contexte extrinsèque (social, institutionnel). Développer le pouvoir d'agir des usagers de la psychiatrie

permettrait à ceux-ci de reprendre le contrôle de leur vie. Je placerais cette recherche dans l'esprit du rétablissement en recherchant au maximum les indices permettant le développement du pouvoir d'agir des personnes. Par ailleurs cette notion est déjà présente dans les paradigmes de l'ergothérapie et notamment grâce aux concepts de justice et de droits occupationnels.

1.6.4 Modèles de l'évaluation

L'évaluation est sujette à différents paradigmes selon l'objet qu'elle cherche à évaluer. C'est le but de l'évaluation qui va déterminer dans quelle logique elle se situe. Il existe trois modèles d'évaluation (40) :

si l'évaluation s'intéresse à un produit: un état final, un résultat ou encore une note. Elle s'intéresse alors à ce qui est mesuré. Il s'agit du modèle d'évaluation mesure.

si le but de l'évaluation est d'améliorer ou maîtriser une procédure. Elle s'intéresse alors à l'organisation, à la gestion des choses pour aboutir à un meilleur résultat. Le modèle d'évaluation est celui de la gestion.

si l'évaluation s'intéresse à ce qui se passe pour l'autre, au sens que l'on donne à l'acte de soin dans le but de favoriser le questionnement, on s'intéresse alors aux processus. Il s'agit de l'évaluation située

Ces trois modèles d'évaluation (mesure/gestion/située) se situent dans des paradigmes différents. Les deux premiers se situent dans le paradigme mécaniciste, de la maîtrise des choses et le dernier dans une logique d'accompagnement, basé sur des modèles biologiste et humaniste.

En ergothérapie, l'évaluation des activités de la vie quotidienne va généralement se passer dans le paradigme mécaniciste. La MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle) va par exemple coter les activités de la vie quotidienne réalisées par la personne en fonction de sa capacité à les réaliser. Le Test des Errances Multiples va évaluer la personne sur la réussite à l'atteinte d'objectifs et visera à améliorer les procédures. Une évaluation comme la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel), met la personne au cœur de son évaluation en lui permettant de définir ses objectifs. Elle est aussi une évaluation visant à maîtriser une procédure. L'ergothérapeute utilise donc des évaluations de type mesure et gestion.

L'évaluation située, quant à elle, vise à « rendre intelligible les situations, installer un débat de valeurs, faire l'examen critique de l'activité » (Vial, 2012). L'humain est au centre de ce type d'évaluation qui se place dans une logique d'accompagnement. Les situations de contradictions ne sont pas écartées et un choix n'est pas imposé car « ce qui n'est pas possible aujourd'hui le sera peut-être demain » (Vial, 2012). Dans ce paradigme biologiste, la

dialogique permet de distinguer deux objets et non de les séparer : un travail est alors possible dans la relation à ces deux objets. L'évaluation située n'est pas dans la guidance vers un objectif normé à atteindre. Elle est dans l'accompagnement vers une solution qui n'est jamais dictée. Elle se fixe sur les compétences des acteurs de la prise en soin (l'utilisateur) pour mener au changement.

En considérant les problématiques des personnes SDF et dans l'esprit du rétablissement, l'évaluation située pourrait répondre positivement à l'étude des besoins et des attentes des usagers en transition vers un changement.

Le cœur de ce type d'évaluation se situe dans la problématisation des situations. Il s'agit de mettre en relief des questionnements et d'explorer les pistes de réponses possibles. Ainsi les « problèmes » n'amènent pas de « solutions » à mettre en œuvre. Il s'agira plutôt pour l'évaluateur d'accompagner la réflexion de l'utilisateur acteur de sa prise en soin, autour d'objets contradictoires et de dialectiser ces objets afin de tendre plus vers l'un ou vers l'autre. Comme le précise Vial (2012), « c'est faire le lien avec mon faisable ». Il laisse ainsi la place à l'imaginaire, à la pensée magique qui nous construit culturellement (40).

L'évaluation située demande donc réflexivité et auto-évaluation. Les personnes atteintes de troubles psychiques graves comme les psychoses sont en difficultés avec ces deux savoir-être. En effet, les défaillances de l'insight et le déni sont parties intégrantes de la maladie. Est-il possible de concilier alors évaluation située et pathologie psychique ?

Pour résumer : L'évaluation dite « située », se plaçant dans une logique d'accompagnement, semblerait être le modèle approprié afin d'évaluer et de mener la démarche de soin auprès de personnes sans-logis, parfois réfractaires à une prise en charge trop directive. Il s'agira alors de trouver la bonne approche, tout en ayant conscience de la réflexivité nécessaire à ce type d'évaluation. Dans le cadre de cette recherche, je vais me placer dans une logique d'accompagnement qui amènerait la personne à pousser la réflexion sur sa situation et sur les moyens de la rendre plus conforme à ses besoins et attentes. Il s'agira d'évaluer la capacité des personnes à faire ses choix tout en mettant en exergue son faisable par rapport à sa situation du moment présent.

1.6.5. Le logement...ou quand habiter ne va pas de soi.

Pour la plupart des personnes, habiter un logement est une nécessité en termes de sécurité, de bien-être et de vie sociale. Pourtant, les personnes qui vivent depuis longtemps dans la rue peuvent ressentir un mal être dans ce nouvel environnement cloisonné et isolant (41) . Un sentiment d'enfermement peut venir submerger la personne (42).

Les habitudes de vies dans la rue amènent à un contact de proximité avec des pairs, sans cloisons, avec les bruits de la ville pour toile de fond sonore. Se retrouver seul entre quatre

murs, sans la proximité des pairs, est une épreuve pour certains. Un sentiment d'insécurité générant de l'anxiété et de la peur, ressenties dans les lieux d'hébergement d'urgence peuvent être toujours présents, même dans un logement personnel. (41). Il y a l'exemple de R., anciennement sans logis, dans la rue à cause de ses addictions, relogé par l'action de travailleurs sociaux, qui ne revenait dans son appartement qu'à contre cœur car « y mourant de solitude » (43).

L'arrivée dans un nouveau logement après la rue, parfois espace de transition avec un logement définitif, signe un nouveau départ, de nouvelles modalités d'envisager le futur (44). Selon Ratiu E. (2005), ces transitions (entre la rue et le logement de transition par exemple) sont cruciales et invitent la personne à la régression vers la recherche « d'un endroit d'origine familial »(44). La personne recherchera un mode de vie particulier au croisement entre sa culture, ses valeurs, ses références socio-culturelles et ses représentations sociales. La rupture qu'engendre l'investissement d'un nouvel environnement amène l'individu à vouloir le personnaliser afin de marquer sa singularité notamment en termes d'estime de soi et de distinctivité. Des années passées dans la rue ont souvent amené les personnes à masquer leur identité. Le manque d'intimité notamment et l'obligation de se dévoiler parfois physiquement dans son intimité dans la rue, ont pu provoquer cette dépersonnalisation. Elle peuvent alors, dans ce nouveau chez-soi, se trouver en grande difficulté, car face à elle-même (42).

Les logements (ou non-logements) précédents sont inscrits durablement dans l'histoire de la personne. Le « trajet résidentiel » est un élément à prendre en compte dans le cadre du relogement comme participant à « l'identité spatiale » de l'individu. Ratiu E. (2005) affirme que l'attachement aux résidences antérieures participe à l'élaboration des nouveaux lieux d'habitation (44). Par ailleurs, la notion de chez-soi est parfois rattachée à un lieu imaginaire ou spirituel, sans réalité physique, selon la trajectoire d'itinérance et le projet personnel de la personne. Ou encore, des endroits tels que des centres commerciaux, des parcs, des marchés, des cafés peuvent être plus signifiants pour une personne qu'un domicile acquis par le biais d'une institution. Pour Ratiu E. l'identité spatiale est donc marquée par les lieux liés à l'enfance et les lieux signifiants rencontrés au gré des expériences de la vie (44).

Habiter ne va donc pas de soi. Outre les ressources nécessaires (financières et matérielles), un esprit capable de créer un environnement sécurisant, personnalisé, adapté à soi et à son mode de vie est nécessaire. Comme le précisent Croizé et Adam (2017), il sera « une projection de soi dans un espace et dans le temps » permettant d'être en phase avec soi-même (45). Le domicile « bien habité » est alors un facilitateur à l'inclusion sociale et permettra une ouverture sur l'environnement proche (voisinage, quartier, ville).

Un habitat facilitateur est aussi celui qui permet les activités de la vie quotidienne (AVQ). Pouvoir se faire à manger, se laver dans un espace le permettant (pas d'encombrement, hygiène des locaux) améliore la qualité de vie des personnes. La sécurité est aussi en jeu avec

la diminution des risques de chutes dans le cas d'accumulation d'objets pathologique (16).

L'enjeu est donc de pouvoir agencer ses objets de façon à renvoyer une image valorisante mais aussi à faire vivre son logement grâce à des routines, des rituels. Selon Nadège Leroux (2008), « les objets sont au cœur d'enjeux de personnalisation » (42).

Au niveau social, un logement en bon état, valorisant pour la personne, permettra d'améliorer la confiance en soi et participera à une meilleure inclusion/intégration sociale. Cette possibilité de s'affirmer rendra la personne plus autonome. Des liens avec les pairs et avec le voisinage, favorisant l'inclusion sociale, sont à construire, tout en évitant les relations « nuisibles ». En ce sens, les habitats « collectifs », où des projets communs émergent des habitants, sont producteurs d'insertion et d'autonomisation des personnes. Le choix de réaliser des activités artistiques, sportives, culturelles ou autre est alors une volonté directe des habitants, avec pour seule contrainte de partager la vie de la maisonnée (46). Des alternatives aux modes de vies « socialement normés » s'ouvrent alors aux esprits de personnes parfois réfractaires aux idéaux sociaux classiques et permettent aux personnes de se projeter dans une vie hors de la rue. Cela concerne souvent les personnes sans domiciles les plus marginalisées (46).

Pour résumer : Habiter ne va pas de soi. Pour une personne ayant vécu dans la rue, réinvestir un logement va demander un travail psychique important. Le sentiment d'être chez-soi est en lien avec l'aspect signifiant de l'espace habité. Ce lieu est à l'interface entre espace privé, espace public et espace institutionnel parfois.

La capacité à s'appropriier son logement sera la clé permettant un relogement durable, et autorisant la personne à s'investir dans son environnement proche humain et physique. Cette appropriation repose sur les notions d'intimité retrouvée, de personnalisation de l'espace avec des objets signifiants, d'espaces facilitant les AVQ, de cohabitation réussie avec le voisinage, et de participation à la vie sociale.

L'ergothérapeute, spécialiste de l'analyse de l'activité en rapport avec les habitudes de vie, pourrait intervenir sur cet axe de prise en soin. Il apparaît pertinent de positionner cette recherche sur le versant de l'appropriation du domicile au travers des activités qui y sont liées et de la satisfaction à les réaliser.

1.7 Emergence de l'objet de recherche

Plusieurs questionnements émergent de la problématisation théorique.

Le rapport de la personne avec son logement est complexe. Une compréhension plus fine des mécanismes entrant en jeu permettrait il une meilleure appropriation du domicile pour des

personnes ayant vécu quelques temps dans la rue ?

L'ergothérapeute pourrait-il accompagner ce processus d'appropriation du domicile, grâce au concept de participation sociale et aux outils spécifiques qui y sont attachés ?

Et finalement comment favoriser cette participation ? Un accompagnement en ergothérapie, basé sur le concept de rétablissement à travers la notion d'empowerment, pourrait-il encourager celle-ci ?

Pour répondre à ces questionnements, il faudrait dans un premier temps explorer les problématiques liées à la participation sociale et à l'appropriation du domicile de ce public. En effet, un accompagnement approprié ne pourra se faire qu'en connaissance de cause. Ce qui m'amène à formuler l'**objet de recherche** suivant :

Les problématiques liées à la participation sociale et à l'appropriation du domicile : les identifier dans le cadre du relogement et d'un accompagnement en ergothérapie de personnes sans domicile fixe et en situation de handicap psychique.

2 Matériel et méthode

2.1 Choix de la méthode

La méthode clinique sera utilisée au cours de ce travail de recherche. Celle-ci est à visée exploratoire, ce qui est pertinent avec notre objet de recherche. La méthode clinique procède par l'interprétation des données recueillies auprès de quelques personnes afin de faire évoluer un point de vue et ouvrir à des perspectives nouvelles (47). Cette méthode semble la plus appropriée, dans le cadre de ce sujet de mémoire, en regard du peu de données présentes dans la littérature française.

Nous avons donc choisi de récolter des données grâce à des entretiens ouverts, avec une question inaugurale et un recentrage si nécessaire avec des questions ciblées. Nous ne nous plaçons pas dans le contexte de la vérification d'une hypothèse, mais dans l'exploration de possibilités, de concepts nouveaux. Il nous a alors semblé pertinent d'employer des techniques liées à l'entretien compréhensif de Kaufmann (48). Nous allons nous confronter à notre sujet sans chercher à guider l'entretien. Ainsi, le dialogue, plus que l'entretien, qui va s'instaurer permettra, nous l'espérons, des ouvertures, des pistes vers de nouvelles manières d'être, d'accompagner et de re-considérer l'ergothérapie dans le cadre de la prise en soin de personnes sans logis et atteintes de pathologies psychiques.

Une grille d'observation viendra compléter l'entretien afin d'objectiver les propos recueillis, en ce qui concerne les problématiques visibles.

2.2 Population

Elle concerne des personnes anciennement sans domicile personnel, usagères de la psychiatrie et relogées récemment. Ces personnes seront interrogées sur leur participation actuelle dans le logement et sur leur vécu de l'appropriation du domicile.

Les **critères d'inclusion** concernent toute personne qui n'avait pas de domicile personnel avant son arrivée dans le domicile proposé pour le relogement et qui se trouve suivie en psychiatrie.

Les **critères d'exclusion** concernent les personnes qui vivent dans ce domicile depuis plus d'un an. En effet, nous souhaitons recueillir les problématiques lorsqu'elles sont les plus saillantes. Les personnes migrantes sont aussi exclues car les problématiques liées à la migration engendrent des paramètres supplémentaires, complexes qui n'ont pas du tout été considérés lors de cette recherche.

2.3 Construction de l'outil d'entretien

2.3.1 Théories convoquées

L'appropriation du domicile

Afin de valider la notion d'appropriation du logement, il nous a semblé pertinent de nous appuyer sur des notions évoquées dans les articles consultés et notamment celui de Nadège Leroux (42) :

- Intimité** (mise à distance du monde social, choisir de montrer ou de cacher, réalisation d'actes intimes)
- Cohabitation** (Relations de voisinage/ respect des règles de vie en communauté)
- Personnalisation du domicile** (grâce notamment aux objets / ameublement)
- Ouvrir sur la vie sociale et les loisirs** (capacité à accueillir des personnes/ satisfaction quant à l'image de soi/occupations au domicile et à l'extérieur)
- Gestion domestique** (Hygiène/Propreté/sécurité etc..)

La participation sociale

Afin d'interroger la participation sociale, l'outil Mhavia (49) servira de base pour construire la grille d'entretien.

2.3.2 Matrice théorique et grille d'observation

La matrice théorique se fonde sur :

- Le concept de participation sociale au domicile
- Les théories liées à l'appropriation du domicile

Une grille d'observation sera réalisée concernant :

- Les espaces de circulation
- L'hygiène au domicile et corporelle
- La personnalisation du domicile

Celle-ci permettra d'une part d'objectiver les propos recueillis en entretien et d'autre part de juger de la capacité à s'auto-évaluer. L'échelle de Lickert sera utilisée afin de coter les variables.

Matrice théorique de la grille d'entretien

Question inaugurale : Pouvez vous me parler de votre arrivée dans ce nouveau domicile après des années de rue, et des événements qui se sont produits à cette période ?

Concept	Variables	Critères	Indicateurs/ champs lexical	Questions
Logement (Références: Leroux N, Désormeaux- moreaux, Clément S.)	Vécu de l'intimité	Vécu des moments seul chez soi	Bien-être Angoisse Isolement	Comment vous sentez vous dans ce logement ?
		Réalisation des soins corporels (Hygiène et habillement)	Fréquence des douches/bain Fréquences machine à laver, laverie	Comment réalisez vous les soins corporels et le lavage des effets personnels ?
		Satisfaction quant à l'appropriation des lieux	Bien-être Angoisse Fierté Peur	Que ressentez vous vis à vis de votre nouveau logement ?
	Personnalisation du domicile	Choix de la disposition des objets personnels	Réflexion, Choix des objets, disposition, lien avec le passé	Comment avez vous personnalisé votre domicile, en terme d'objets personnels ?
		Réalisation de l'ameublement	Réflexion, choix des meubles, disposition	Comment avez vous meublé votre domicile ?
		Satisfaction et fierté de son chez soi	Fierté, mal être, peur	Quel est votre ressenti lorsque des personnes entrent chez vous ?
	Gestion domestique	Propreté du domicile (Hygiène)	Observation Satisfaction Motivation à faire	Comment procédez vous pour la gestion des tâches ménagères ?

		Rangement du domicile et sécurité	Observation Satisfaction Chutes Blessures Motivation à faire	Quelles difficultés rencontrez vous à circuler à domicile ?
		Liberté des espaces de circulation	Observation	
		Gestion de la nourriture (courses + cuisine)	Budget Envie /pas envie Important /pas important Argent	Comment vous organisez vous concernant la gestion des courses et dans la préparation des plats ?
	Cohabitation	Respect des règles de vie en communauté	Respect, Désaccord, contrainte, consensus	Comment vivez vous les règles de vie de la communauté ?
		Relations sociales avec le voisinage	Entente /mésentente Con flit Isolement	Quels rapports avez vous avec vos voisins directs ?
		Communauté, loisirs,	Sorties, rencontres, amusement, jeux, etc ..	Quels sont les activités sociales que vous pratiquez ?
	Ouverture sur la vie sociale / inclusion	Accueillir de personnes à son domicile	Recevoir, invitation, visites, repas, soirées	Comment se passe l'accueil de personnes à votre domicile ?
		Relations sociales dans le quartier	Courses, dialogue, rencontre	Quelles sont les liens que vous avez dans le quartier proche ?
		Liens avec les équipes de soins / social	Con fiance, suivi, présence, gestion	Comment se passe les relations avec les travailleurs sociaux et de soins ?
Participation dans le contexte du domicile Références : Fougeryollas (PPH)) et la MHAVIE	Nutrition	Planification des repas	courses, stockage, argent, équilibre nutritionnel	Comment planifiez vous les repas ?
		Préparation des repas	Cuisiner, recettes, rapidité, difficulté, envie, goût, quantité, qualité	Comment vous y prenez vous concernant la préparation des repas ?
		Prise des repas	Horaires, dégoût, goût, convivialité,	Quelles sont vos routines concernant la prise des repas ?

Soins personnels	Sommeil	Nuit, jour, réveil, insomnies, angoisse	Quels sont vos rythmes de sommeil ?
	Hygiène corporelle	Douche, bain, fréquence, importance, estime de soi Observation	Comment se passe les soins liés au corps ?
	Soins de santé	Médicaments, assiduité, hôpital, psychiatre, addictions, présence de symptômes	Comment gérez vous votre santé psychique ? Et la santé en général ?
	Habillement	Lessive, propreté, laverie, vêtements	Comment vous organisez vous en ce qui concerne le soin porté aux vêtements ?
Loisirs	Activité culturelle	Accès, envie, finances, informations, cinéma, art, associations	Quelles sont vos activités culturelles ?
	Sport /Jeux	Accès, envie, finances, informations	Pratiquez vous des loisirs récréatifs à domiciles ou à l'extérieur ?
	Spirituelle	Religions, spiritualité, esprit, besoins, croyance	Quelles sont vos activités spirituelles et cultuelles ?
Déplacements	Circulation intérieure	Adapté/non adapté Observation	Comment est la circulation à l'intérieur du domicile ?
	Transports à l'extérieur	Adapté/non adapté/ finances, connaissance du réseau	Comment vous déplacez vous à l'extérieur du domicile ?
Communication	Télé/communications	Internet, téléphone, utilisation	Quels moyens de télécommunication utilisez vous et dans quels buts ?
	Orale/écrite	Exprimer ses besoins, comprendre les informations écrite	Par quels moyens recevez vous les informations ?
Habitation	Ameublement	Récupération d'objet, achat, échanges, recyclage Observation	Comment avez vous pu meubler votre domicile ?
	Adaptation	Handicap,	Que pensez vous de votre

			inaccessibilité,	domicile en termes d'accessibilité ?
		Entretien ménager	Observation Propreté, hygiène, entretien, accumulation, stockage	Comment réalisez vous l'entretien de votre domicile et rencontrez vous des difficultés ?
	Relations interpersonnelles	Activité sociale	Famille, amis, conjoint, lien, voisins, fêtes, relations, sorties	Quels sont vos liens avec les personnes qui vous sont les plus proches ?
		Activité sexuelle	Conjoint, partenaire, intimité,	Comment se passent les relations intimes ?
		Maintien des liens amicaux/familiaux	Relations amicales, familiales, correspondance, communication	Comment se passent les liens affectifs avec vos personnes proches ?
	Responsabilité	Gestion financière	Argent, assistant social, travail, administratif, banque, tutelle, rsa, aide sociale	Comment se passe la gestion de vos finances ?
		Familiale (si enfants /conjoint/ animaux	Enfants, école, argent, garde, visites, parents, éloignement, placement, animaux	Comment se passe vos relations familiales ?

Remarques :

- Le vocabulaire des questions sera adapté à la personne interrogée.
- Les questions sont des supports qui permettront de relancer la personne sur des sujets non abordés dans la conversation. Elles ne seront pas posées de façon systématique.

Les questions sont parfois redondantes car les concepts de logement et de participation possèdent quelques variables proches (soins personnels, gestion domestique). De plus, selon Kaufmann (2016), les questions de la grille d'entretien doivent être rangées par thème (48). Il précise toutefois que le ton de l'entretien compréhensif doit être proche de la conversation. Il recommande donc de parfois abandonner la grille a fin d'aller chercher plus en profondeur une information importante.

GRILLE D'OBSERVATION

Variable	Critères	Echelles de Lickert
Espaces de circulation	<p>Encombrement (les sols sont encombrés d'objets, sacs etc)</p> <p>Largeur de passage suffisante (possibilité de circuler sans difficultés, encombrement des portes, couloirs)</p> <p>Rangement effectué (objets rangés à leur place : vêtements, vaisselle etc))</p>	<p>Non dégagé Dégagé</p> <p>_____</p>
Hygiène au domicile	<p>Propreté (restes de nourriture, odeur, présence d'insectes)</p> <p>Entretien réalisé (vaisselle effectuée, objets divers rangés, propreté des sols)</p>	<p>Mauvaise Bonne</p> <p>_____</p>
Hygiène corporelle	<p>Aspect (vestimentaire, physique entretenue etc ..)</p>	<p>Dégradée Bonne</p> <p>_____</p>
Personnalisation du domicile	<p>Décoration de l'appartement (présence d'objets de personnalisation : poster, photos, dessins, tableaux, plantes, objets suspendus, meubles ...)</p> <p>Objets signifiants (selon ce que nous dit la personne ...)</p>	<p>Invisible Visible</p> <p>_____</p>

L'observateur sera juge de la cotation des variables sur l'échelle de Lickert. Celle-ci sera donc soumise à sa subjectivité.

2.2.3 Grilles d'entretiens par thème

Question inaugurale :

Pouvez vous me parler de votre arrivée dans ce nouveau domicile après des années de rue, et des événements qui se sont produits à cette période ?

Questions de relance par thèmes :

Appropriation du domicile	
Questions	Objectif
<p>Comment vous sentez vous dans votre nouveau logement ?</p> <p>Que ressentez vous à vous retrouver seul dans ce logement ?</p> <p>Comment avez vous pu meubler et décorer votre domicile ?</p> <p>Quel est votre ressenti lorsque des personnes entrent chez vous ?</p> <p>Que pensez vous de votre domicile en termes d'accessibilité ?</p>	<p>Si c'est le cas, comprendre pourquoi la personne ne sent pas bien chez elle, ce qui fait sens pour elle dans un « chez soi ».</p> <p>But : Identifier les besoins de la personne afin d'envisager le cadre d'un accompagnement en ergothérapie.</p>

Occupation à domicile :	
Questions	Objectifs
<p>Comment réalisez vous les soins corporels et le lavage des effets personnels ?</p> <p>Comment procédez vous pour la gestion des tâches ménagères ?</p> <p>Comment vous organisez vous concernant la gestion des courses et dans la préparation des plats ?</p> <p>Comment se passe l'accueil de personnes à votre domicile ?</p> <p>Comment se passe la gestion de vos finances ?</p> <p>Quelles sont vos activités récréatives (de loisirs) à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile ?</p>	<p>Appréhender les difficultés de la vie à domicile pour une personne ayant vécu dans la rue.</p> <p>Identifier l'impact de la pathologie mentale sur les activités réalisées à domicile.</p> <p>Comprendre les besoins de la personne et ses attentes vis à vis de la vie à domicile.</p>

Gestion de la santé mentale et physique:	
Questions	Objectifs
Quels sont vos rythmes de sommeil ? Comment gérez vous votre santé physique ? Comment gérez vous votre santé psychique ?	Comprendre comment la personne gère sa santé.

Relation avec l'extérieur :	
Questions	Objectifs
Quels sont les activités sociales que vous pratiquez ? Comment vivez vous les règles de vie de la communauté ? Comment se passe les relations avec les travailleurs sociaux ? Comment se passe vos relations familiales ? Comment se passent les relations intimes ? Quels sont vos liens avec les personnes qui vous sont les plus proches ? Quelles sont les liens que vous avez dans le quartier proche ? Comment vous déplacez vous à l'extérieur du domicile ?	Savoir si la personne a pu construire un réseau à l'extérieur. Comprendre comment se passe sa vie en communauté et si les règles qui s'y appliquent sont contraignantes pour la personne. Savoir si les relations avec les proches sont soutenantes. Identifier les relations ou le réseau soutenant pour la personne.

2.4 Déroulement de l'enquête

A fin de réaliser ces entretiens, j'ai contacté une association qui propose de reloger des personnes en situation de handicap psychique et qui n'avaient pas de logement personnel. Cette association marseillaise constituée d'une équipe santé (psychiatre, infirmier) et une équipe sociale (assistante sociale, éducateurs spécialisés) a bien voulu me mettre en relation avec des personnes nouvellement relogées et voulant bien me faire partager leur témoignage. Dans l'idéal, le contact avec trois personnes anciennement sans logis, en situation de handicap psychique et relogées il y a moins de un an a été demandé.

Les entretiens, d'une durée de 30 minutes environ, se déroulent au domicile de la personne. Ils sont enregistrés sur téléphone portable, avec l'accord de celle-ci. Des notes sont prises pendant l'entretien, a fin de consigner les éléments susceptibles de compléter le témoignage, comme les différentes observations du lieu.

Dans la première partie de l'entretien, l'enquêteur se présente et décrit le cadre de son projet. Il informe succinctement la personne du contenu de sa recherche. Puis il décrit le déroulement de l'entretien avant d'enclencher l'enregistreur et de poser la question inaugurale. Par la suite, des questions de relance seront posées si la personne interrogée n'aborde pas d'elle-même certaines thématiques. Cependant, selon les réactions de la personne à certaines questions pouvant heurter l'intimité, l'enquêteur agira avec diplomatie et jugera ou non de poser certaines questions. Ces réactions seront des indices précieux quant au traitement des données.

2.5 Traitement des données et conventions

Les données sont retranscrites grâce au logiciel de traitement de textes Open Office.

Afin de catégoriser les phrases des entretiens le texte de l'entretien est numéroté ligne par ligne. La ligne 12 de l'entretien n°1 avec Mme M. est noté M 12. Ces phrases sont ensuite réinjectées dans la grille d'entretien.

J'ai choisi de m'appuyer sur la méthode de l'entretien compréhensif de Kaufmann (2016) pour analyser les données (48). Les soupirs, hésitations, emphases particulières, grands moments de silence sont donc annotés ou signalés pendant l'interprétation.

Les entretiens sont analysés grâce au tri à plat, et à l'analyse thématique (Annexe 3). Il s'agira de lire les entretiens, de repérer les thèmes exprimés par la personne grâce au champs lexical employé mais aussi à une interprétation réalisée par le chercheur, du langage verbal et du langage non-verbal (timbre de voix, silences, ponctuations et hésitations, redondances). Ces thèmes seront mis en lien avec les concepts de la grille d'entretien. De nouvelles catégories peuvent alors être mise à jour, laissant la place à la singularité du sujet.

Le logiciel Open Office servira aussi à l'analyse des données et notamment grâce à la fonction « recherche », qui permettra de compter le nombre d'occurrence de certains mots. Ces mots sont choisis par le chercheur pour leur aspect signifiant et redondant.

3 Résultats

3.1 Présentation des données récoltées en entretien et grille d'observation

Un seul entretien a pu être conduit. Les données présentées sont liées à celui-ci.

3.1.1 Grille d'observation (Annexe 4)

Les **espaces de circulation** sont relativement encombrés. La circulation est possible mais de nombreux sacs et objets sont au sol et demandent à être évités.

L'**hygiène du domicile** est assez dégradée. Cependant, pas de présence d'odeur ou de nuisibles.

L'**hygiène corporelle** de la personne est correcte.

La **personnalisation du domicile** est pauvre. Peu d'ameublement, pas de photos, de tableaux ou d'objets personnels visibles.

3.1.2 Eléments de l'entretien réinjectés dans la grille d'entretien

Appropriation du domicile	
Variables	Verbatim
Vécu de l'intimité	<p>M125 <i>En réponse à vous ne recevez pas trop de personnes chez vous ?</i> Non</p> <p>M127 Y a le vol, et y a tout ça aussi, je fais attention quoi</p> <p>M129 Ca dépend quelle personne vient chez moi (...) je suis pas folle quand même y a des vols et tout ça, ça peut disparaître, le portable peut disparaître, dire que c'est pas moi</p>
Personnalisation du domicile	<p>M25 C'est mes meubles à moi</p> <p>M28 J'ai eu le FSL »(Aide pour se loger)</p> <p>M180 Là je veux acheter un paravent là</p> <p>M183 pour faire beau quoi</p> <p>M247 j'ai envie de trier, de voir finalement parce que ; on me laisse comme ça finalement aussi euh..</p> <p>M258 j'ai un tableau, la « Joconde », au moins que je mette un tableau quoi.</p> <p>M262 Si des photos, si mais je les mets où les photos ?</p>
Vécu à domicile	<p>M157 J'ai envie de partir moi, à Paris quoi, je sais pas</p> <p>M160 <i>A la question : vous ne voulez pas rester ici ?</i> l'appartement il est bien hein / c'est vrai j'ai de la chance pour mon appartement et tout ça quoi. J'ai la machine à laver, je me lave des draps, je mets les draps propres, ça sent bon quand je dors et tout ça</p> <p>M250 Ouais les sacs par terre qui devraient pas être par terre</p> <p>M251 Ca serait bien quand même que on puisse les plier et les mettre dans un, dans un meuble, ou alors je vais demander qu'on me commande un autre meuble, c'est mieux quoi</p>

Occupation à domicile	
Variables	Verbatim
Gestion domestique (ménage)	<p>M12 Je sais faire mon ménage</p> <p>M13 ils m'aident (...)pour ranger</p> <p>M16 Pour le ménage j'ai beaucoup de soucis</p>
Gestion domestique (rangement)	<p>M183 Puis là essayer de trier les affaires. Je vais essayer de chercher dans un truc pour voir si il y a une personne que je peux payer quoi</p> <p>M186 (<i>en réponse à la question pourquoi payer quelqu'un?</i>) pour essayer de (..) je sais pas, de trier mes affaires.</p> <p>M189 J'arrive pas</p> <p>M196 J'arrive pas à trier mes affaires quoi. Pour que ça soit bien propre</p> <p>M199 (<i>A la question de savoir si les armoires sont bien rangées</i>) Pas encore, non mais là c'est bien là, c'est bien rangé</p>
Soins personnels	Pas de verbatim récoltés
Alimentation	<p>M33 Je vais au colis alimentaire</p> <p>M73 ils m'aident (...) pour manger (...)</p>
Loisirs	<p>M149 Déjà c'est sale ; un petit chien qu'est ce qui va se retrouver dans cet appartement (...) C'est pas euh (...) c'est triste pour lui quoi. Il faut un jardin, un truc comme ça quoi</p> <p>M154 Non , moi j'ai pas envie de le promener, déjà que pour moi j'y vais pas, alors pour le chien ...</p> <p>M235 je regarde la télé / euh je fais rien ...</p> <p>M238 j'aime bien regarder les films, les trucs comme ça</p> <p>M2421 je regarde le bouquet, ce que j'ai enregistré et sinon il s'enregistre des films. Puis moi je regarde les films qu'il y a</p>
Gestion financière	<p>M5 Le plus difficile c'est l'argent</p> <p>M6 Voilà la fin du mois, c'est sûr que j'attends samedi</p> <p>M215 Ben le problème c'est que je dépense trop au début, je crois</p> <p>M220 (<i>En réponse à : les travailleurs sociaux, ils vous aident ?</i>) ils donnent pas de conseils, non mais . C'est ça, quand vous avez de l'argent, vous dépensez, c'est ça (...) Pour les fringues, pour tout ça quoi, c'est obligé.</p>
Responsabilité	<p>M147 Je pouvais pas avoir d'animaux à Saint-Louis. J'ai été obligé de la mettre à la SPA. Mon chien de trois ans. Ca fait de la peine quand même, c'est triste ouais</p> <p>M148 Je veux plus de chien, je veux plus d'animaux</p> <p>M149 Déjà c'est sale ; un petit chien qu'est ce qui va se retrouver dans</p>

	cet appartement (...) C'est pas euh (...) c'est triste pour lui quoi. Il faut un jardin, un truc comme ça quoi
--	--

Gestion de la santé physique et mentale	
Variables	Verbatim
Sommeil	M232 Oh ça va, je dors huit heures par jours
Santé physique	M17 J'ai un gros ventre, j'suis lourde quoi
	M19 Ce lit (..) il est pas, il est pas super quoi parce que (..)
	M21 J'ai mal au dos.
	M76 j'ai un médecin, un médecin général pour faire (...) les prises de sang
	M225 Ouais, j'ai mal au dos moi .. J'ai mal là (elle montre le bas du dos)
Santé psychique	M76 <i>à la question , c'est un psychologue qui vous suit ?</i> Ouais, un psychologue ouais
	M80 dépression oui(réponse peu fiable)
	M86 un infirmier qui vient me voir tous les soirs pour me donner mon cachet

Relations avec l'extérieur	
Variables	Verbatim
Cohabitation	M135 <i>A propos des voisins</i> Je les connais pas (...) Ils sont des fantômes pour moi / je préfère pas connaître les voisins. (...) C'est un sac à embrouille ça les voisins
Ouverture sur la vie sociale Inclusion	M39 <i>En réponse à vous n'allez pas faire vos courses dans le quartier :</i> Non
	M43 Je n'ai pas beaucoup de relations
	M46 Ben avec qui vous voulez que j'ai des relations
	M47 j'ai des rendez-vous et tout ça mais après je reste chez moi
	M50 Sortir un peu, mais j'ai pas de sous
	M56 J'ai des visites quand même
	M63 J'ai pas gardé de contact avec Saint-Louis » (<i>où elle était avant</i>)
M107 J'en ai marre de Marseille	

	<p>M122 Demain je vais peut-être voir un déjeuner à un autre regard (..) Voilà (...) Mais bon comme j'ai pas de sous (..)</p> <p>M162 Puis Marseille ça m'a pas tout le temps, ça porte pas bonheur quoi. Ca m'amène que de la merde.</p>
Déplacements	M117 <i>En réponse à , vous descendez prendre le bus ?</i> Des fois je sors pas, je reste chez moi
Relations avec les proches	<p>M93 J'ai de la famille quand même</p> <p>M95 J'ai de bonnes relations avec ma mère</p> <p>M97 elle doit venir me voir mes bon après qu'elle est en Algérie</p>
Relations avec les professionnels	<p>M46 J'ai des relations avec mon assistante sociale</p> <p>M71 ben ils me gèrent bien quoi</p> <p>M73 ils m'aident pour faire le ménage, ils m'aident pour manger</p> <p>M248 (<i>A propos du rangement de l'appartement</i>) on me laisse comme ça finalement aussi euh..</p>
Relations intimes	M163 la vie à Marseille, c'est pas ça quoi . On rencontre pas les bonnes personnes, les mecs y cherchent qu'à, quelque chose , voilà

Eléments hors grilles	
Variables	Verbatim
Entraide	M60 Ouais elle vient me voir ouais. C'est une fille qu'est à Saint-Louis. Et comme elle a pas de valise, j'en ai une de valise, je vais lui donner
Méfiance vis à vis d'autrui	<p>M129 y a des vols et tout ça, ça peut disparaître, le portable peut disparaître, dire que c'est pas moi (...)</p> <p>M136 je préfère pas connaître les voisins. (...) C'est un sac à embrouille ça les voisins</p> <p>M162 la vie à Marseille, c'est pas ça quoi . On rencontre pas les bonnes personnes</p>
Expression des besoins et attentes	M140 Je demande pas quand j'ai besoin moi / Je suis pas une personne qui demande aux gens /J'ai mes sous, j'ai mes clopes, c'est bon quoi,
Expression de situations traumatiques	<p>M143 Avant j'avais plus d'argent. Je vivais dans un hôtel. La patronne elle me faisait du chantage pour que je paye plus et (...) elle faisait du chantage pour mon chien. (...) J'avais un chihuahua ; et j'ai été obligé de le placer (..) à la SPA.</p> <p>M266 Ouais, il y a mon chien qu'est mort, il s'est fait écraser. Le premier.</p>

Occurrences	Nombre d'apparitions durant l'entretien
Ménage	4
Chien/ Animaux/Chihuahua	4 et 1 et 1
Je sais pas, j'arrive pas	4 et 3
Trier	4
Vol	2
Je demande pas	3
Oui, non (contradiction)	3

3.2 Analyse des données

3.2.1 L'appropriation du domicile

Mme M, installée depuis deux mois, nous indique dans un premier temps qu'elle aimerait partir « à Paris » (M157) mais dans un deuxième temps que son logement est bien et qu'elle a de la chance (M160). La phrase n'a pas été induite et a été dite rapidement, spontanément après la question posée par l'enquêteur. La fiabilité de la réponse peut être considérée comme haute. Mme M. est donc bien chez elle et demande par ailleurs que sa qualité de vie à domicile soit améliorée : « les sacs par terre qui ne devraient pas être par terre » et « ça serait bien quand même que on puisse les plier »(M251).

Mme M. voudrait améliorer la **personnalisation de son domicile** mais ne sait pas comment s'y prendre « mais je les mets où les photos ? » (M262). Elle est en demande d'aide pour réaliser les actions de personnalisation « on me laisse comme ça » (M247) « je vais demander qu'on me commande un autre meuble » (M252). Elle a des idées sur la façon d'améliorer son intérieur : « j'ai un tableau, la « Joconde », au moins que je mette un tableau quoi. » (M258) « Là je veux acheter un paravent là » (M180) « Pour faire beau quoi » (M183).

Mme M. cristallise sa peur d'introduire des personnes chez elle sur le vol : je suis pas folle quand même y a des vols et tout ça, ça peut disparaître, le portable peut disparaître, dire que c'est pas moi » (M129).

L'observation directe indique une pauvreté de personnalisation de l'appartement : pas de photos, pas de poster, peu de meubles, peu d'objets.

3.2.2 L'occupation à domicile

Le **manque d'argent** est une préoccupation constante de Mme M (M5). Sa gestion lui pose problème « Ben le problème c'est que je dépense trop au début, je crois. »(M215). Cependant,

la fiabilité de cette affirmation est faible car induite par la question et ponctuée par le « je crois ».

Les **loisirs à domicile** sont principalement liées à la télévision « je regarde le bouquet, ce que j'ai enregistré et sinon il s'enregistre des films. Puis moi je regarde les films qu'il y a » (M242). La télévision a été évoquée relativement longuement. Mme M. évoque un chien qu'elle a eu auparavant, mais n'a pas envie de s'engager dans une nouvelle relation car cela lui demanderait beaucoup d'effort et notamment de sortir du domicile « Non, moi j'ai pas envie de le promener, déjà que pour moi j'y vais pas, alors pour le chien ... »(M154). Les animaux ont été évoqués souvent et Mme M. avait du plaisir à en avoir (M147) « Mon chien de trois ans. Ça fait de la peine quand même, c'est triste ouais. ». Le nombre d'occurrence des mots se rapportant à « chien » est de cinq, montrant l'importance de l'animal dans le discours.

Les principales difficultés exprimées concernant les **activités liées au domicile** pour Mme M concernent le **ménage** : « Pour le ménage j'ai beaucoup de soucis » (M16). Les nombreuses occurrences concernant le mot « ménage » indiquent une préoccupation importante. Elle est aussi préoccupée par le rangement des affaires : le mot trier apparaît 4 fois.

Mme M. exprime régulièrement ses incapacités à : « Je sais pas, j'arrive pas : x3 ».

L'**alimentation** n'a pas été grandement évoquée, mis à part la provenance des denrées (colis alimentaire) et le fait qu'elle soit aidée pour manger « ils m'aident (...) pour manger (...) » (M73).

Les **soins personnels** n'ont pas été évoqués.

Les observations indiquent un niveau d'hygiène corporel et vestimentaire correct.

L'encombrement des sols laisse la circulation possible dans l'appartement. Celui-ci reste fonctionnel. Cependant, beaucoup de sacs et de vêtements sont au sol. L'appartement est relativement sale, sans présence de nuisibles ou d'odeurs.

3.2.3 Gestion de la santé physique et mentale

Mme M. explique être suivie par un médecin généraliste et pas un infirmier qui vient lui donner un cachet le soir. Elle n'est pas particulièrement loquace quant à la maladie et le traitement. Elle dit être dépressive. Cette réponse est peu fiable car induite par la question « I : Si c'est pas indiscret, qu'est ce que vous avez ? En Psy ? La dépression . ? » « Oui, c'est la dépression, (...) Ouais du coup je suis (..) dépression ouais. » (M80)

Beaucoup d'hésitations ponctuent les questions autour de la maladie psychique.

Elle parle cependant volontiers des douleurs physiques qui la limite dans ses activités : « j'ai mal au dos moi » (M21) et « J'ai un gros ventre, j'suis lourde quoi » (M17)

L'observation nous révèle la présence de nombreuses boites de médicaments disséminées dans le salon. Le discours n'est pas fluide et ponctué de beaucoup d'hésitations. Mme M. souffre effectivement d'embonpoint. Son lit est bas.

3.2.4 Lien avec l'extérieur

Le manque d'argent limite ses liens avec l'extérieur, comme aller rejoindre un déjeuner dans une association : « Demain je vais peut-être voir un déjeuner à un autre regard (..) Voilà (...) Mais bon comme j'ai pas de sous (..)(M122),« Sortir un peu, mais j'ai pas de sous » (M50).

Elle explique aussi ne pas aimer la ville qui lui amène des ennuis « J'en ai marre de Marseille » (M107) « Puis Marseille ça m'a pas tout le temps, ça porte pas bonheur quoi. Ca m'amène que de la merde. » (M162). Globalement, Mme M passe beaucoup de temps chez elle « j'ai des rendez-vous et tout ça mais après je reste chez moi » (M47)« Des fois je sors pas, je reste chez moi »(M117).

Elle dit ne pas avoir de relations : « Ben avec qui vous voulez que j'ai des relations ? » (M46). Elle ne sort pas dans le quartier (M39). Elle ne fréquente pas ses voisins : « je préfère pas connaître les voisins. (...) » (M135).

Les personnes fréquentées par Mme M. sont les professionnels. Elle a de bons rapports avec eux et apprécie leur aide qui lui semble nécessaire : « ben ils me gèrent bien quoi » (M71) ; « ils m'aident pour faire le ménage, ils m'aident pour manger » (M73). Cependant, l'aide n'est pas suffisante. Ce grief revient dans le discours : « on me laisse comme ça finalement aussi euh.. »(M248).

Lorsque les relations avec la famille sont abordées, les hésitations sont nombreuses, les soupirs aussi (M93/M102). Des contradictions ponctuent le discours.

3.2.5 Éléments hors cadre

Ces éléments ne rentrent pas dans la grille théorique.

Mme M. exprime de la méfiance vis à vis d'autrui. Le peu de relations avec des personnes autres que les professionnels, est du à cette méfiance (M129/136/162).

Elle exprime des situations traumatisantes passées, en lien avec des animaux de compagnie (M138).

Concernant ses besoins et attentes, Mme affirme de rien demander : « Je suis pas une personne qui demande aux gens » (M134).

4 Discussion des données

4.1 Interprétation

Les données récoltées en l'état actuel de la recherche, ne sont pas exploitables, car il n'y a pas saturation de celles-ci. La quantité insuffisante de matière analysable ne permet pas de tirer des conclusions à partir de la singularité de chaque individu, de dresser le « cas inclassable » qui amènera les régulations de la théorie (50).

Quelques commentaires peuvent cependant être faits, à partir de l'entretien de Mme M. et mis en lien avec la revue de littérature, l'enquête exploratoire ou les concepts explorés :

-Nous constatons que **la participation sociale** à domicile est restreinte. Il semble que certaines habiletés comme organiser le rangement et faire le ménage soient complexes pour la personne.

La revue de littérature consultée dans le cadre de cette recherche mettait l'accent sur une pratique des ergothérapeutes liées à l'acquisition d'habiletés à domicile. En effet, la personne qui ne dispose pas de logement personnel pendant un certain temps, peut perdre ses capacités de gestion domestique entre autre.

-L'**appropriation du domicile** dans son aspect aménagement et décoration présente de l'importance pour Mme M. Elle dispose de presque tous les éléments matériels à sa réalisation (Le tableau, les photos) mais présente cependant des difficultés dans le passage à l'action. Cette situation fait écho à la maxime « habiter ne va pas de soi ». La personne se retrouve face à elle-même dans ce nouvel environnement et ressent le besoin de le personnaliser afin d'affirmer sa singularité mais n'y parvient pas à coup sûr.

-L'environnement physique n'est pas adapté au problème de **santé physique** de Mme M. qui se retrouve en situation de handicap (mal de dos).

Les modèles théoriques comme celui de Constandriopoulos (2006), indiquent l'intrication des problématiques physiques, sociales et psychiques. Agir sur l'une des composantes (physique) pourrait contribuer à améliorer la santé globalement.

- **L'ouverture sur la communauté** est restreinte. Les personnes reçues au domicile sont majoritairement des professionnels. Un sentiment d'insécurité, un manque de moyen ainsi qu'une rupture avec l'entourage familial semble expliquer cet absence de lien avec les personnes extérieures.

Interprétés sous l'angle du modèle MDH-PPH, les facteurs environnementaux (sociétaux/personnel/communautaires) seraient un obstacle à la participation sociale : le manque de moyens pour se déplacer, l'absence de relations aidantes, l'autre vécu comme inamical et potentiellement nuisible. La pathologie psychique ainsi que le vécu de situations antérieures traumatisantes peuvent favoriser un vécu de persécution et le repli de la personne chez elle.

Le lien avec le concept de **l'empowerment** peut être ici réalisé. Il s'agirait comme le précise Y Le Bossé, de transformer les relations de pouvoir entre l'individu et son contexte (37). Dans ce cas présent, Mme M. a une perte de confiance en autrui due à des situations traumatiques antérieures (perte de son chien, des vols). Cette perte de confiance ne favorise pas la perception d'avoir un pouvoir d'action.

4.2 Le lien avec l'objet de recherche

Objet de recherche : Les problématiques liées à la participation sociale et à l'appropriation du domicile : les identifier dans le cadre du relogement et d'un accompagnement en ergothérapie de personnes sans domicile fixe et en situation de handicap psychique.

La recherche n'étant pas complète, les liens avec l'objet de recherche ne seront pas établis. Toutefois, quelques remarques peuvent être faites.

L'ergothérapeute est en capacité d'analyser les interactions entre la personne en situation de handicap, ses activités et son environnement. En effet, selon son référentiel d'activité, « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. » (51).

Dans le cadre de cette recherche, les problématiques liées à la participation sociale d'une personne en situation de handicap psychique et anciennement sans logement personnel ont été analysées. Cette analyse a permis de mettre en évidence des situations, sur lesquelles l'ergothérapeute pourrait agir grâce à son expertise des interactions entrant en jeu :

- Agir sur la santé physique de Mme M. en améliorant son environnement
- Accompagner Mme M. dans l'aménagement de son domicile afin d'en compléter l'appropriation

-Faciliter l'ouverture sur la communauté

-Et globalement développer le pouvoir d'agir de Mme M. en l'accompagnant dans l'analyse de ses besoins et dans la recherche de solutions. L'analyse des situations traumatiques antérieures pourrait donner des éléments au professionnel de santé afin d'aider la personne à développer son pouvoir d'agir.

4.3 Discussion autour des résultats et critique du dispositif de recherche.

4.3.1 Discussion autour des résultats

Un entretien unique ne permet pas de conduire cette recherche. Il aura toutefois permis de prendre un premier contact avec une association permettant de réaliser une recherche sur ce thème et de tester la validité du dispositif.

4.3.2 Critique du dispositif

Premier dispositif envisagé

Afin d'évaluer la faisabilité de la notion d'accompagnement qui développerait le sens de l'auto-évaluation de la personne, des entretiens avec des travailleurs pairs¹ ont été dans un premier temps envisagés. Ces entretiens auraient permis d'appréhender cet accompagnement d'une autre manière, en ayant le point de vue d'une personne qui a vécu la même situation. La question inaugurale de l'entretien était :

« Pouvez vous me parler des obstacles liés à la maladie psychique dans le cadre d'un relogement après les années passées à la rue ? »

Un second angle de vue s'ouvrirait alors pour cette recherche mais pour des questions d'organisation et de temps, ces entretiens n'ont pu être réalisés .

Sur le dispositif actuel

L'échantillon finalement réduit au minimum (une personne) ne permet pas réellement une construction de connaissance. Toutefois, en recherche clinique, c'est la singularité du sujet social qui est étudiée (50). Chaque témoignage apporte donc des éléments de réponses.

En recherche clinique, la qualité des échanges est liées aux éléments contenus dans ceux-ci. Le chercheur devra les analyser afin de construire le cas clinique. Rencontrer la personne une seule fois permet difficilement de créer un lien suffisant à la récolte de certaines données. Comme préconisé par Eymard et al. (2007), les entretiens devraient être proposés en plusieurs séances avec des personnes ou des groupes de personnes (50). En effet, rencontrer la même

¹Personnes qui ont une expérience de vie et de maladie similaire à celles des personnes avec qui elles travaillent

personne plusieurs fois permet d'avoir une relation de plus grande qualité et de pouvoir avoir une meilleure visibilité sur la fiabilité des données récoltées. Le dispositif actuel est donc à améliorer.

4.4 Conclusion et perspectives de recherche

La question du maintien dans un logement de personnes sorties d'hospitalisation est une difficulté majeure relevée par l'ARH (Agence régionale d'hospitalisation) (19). Et concernant les personnes anciennement sans logis, la problématique est double : il faut alors s'approprier un nouvel environnement, et renouer avec les normes sociétales. Il apparaîtrait alors intéressant de poursuivre cette recherche en vue de récolter des éléments nouveaux, induisant eux-mêmes de nouvelles problématiques et enrichissant la connaissance de la participation sociale des personnes relogées en situation de handicap psychique. Cette connaissance permettra alors de dessiner un peu mieux les contours d'un accompagnement pertinent en ergothérapie dans ce cadre précis.

La question de l'accompagnement en ergothérapie, dans l'esprit du rétablissement pourra se poser comme une autre piste de recherche. De nombreuses recherches sont entreprises sur le sujet dans les pays comme le Canada et les Etats Unis. Les mémoires et thèses foisonnent sur le sujet. A ce propos, des questions autour de l'agir, lorsque l'on est au prise avec la maladie psychique pourront être plus approfondies. En effet, la capacité à vouloir, à faire peuvent être très altérée. On peut se demander si « le faire est une juste réponse à la psychose »(Laurent Bergès, 2018). Et comme le précisent Sutton, Hocking et Smith (2012) dans une étude visant à montrer le lien entre participation et rétablissement, la pleine participation à des occupations n'est pas obligatoirement liée au rétablissement (52). Des personnes se sont rétablies en se mettant en retrait de la vie « normale ». Selon cette étude, il s'agit de la signification qui est posée sur ce retrait qui compte et non le retrait lui-même.

En fin, pour élargir encore les points de vue, on pourrait se demander comment agir non pas au niveau individuel, mais au niveau communautaire. En effet, l'ergothérapie en santé communautaire est en plein développement et des pistes d'action plus globales pourraient être envisagées.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) MARSS. Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social. **(En ligne)**. <http://www.marssmarseille.eu/qui-sommes-nous/marss-en-quelques-mots>. Consulté le 14 mai 2018
- (2) HAS. Habitat Alternative Santé : Droit au logement, Droit à la dignité, Dignités des personnes fragilisées. **(En ligne)**. <http://www.has.asso.fr/details-1+chez+soi+d+abord+marseille+housing+first-32.html>. Consulté le 14 mai 2018
- (3) Laporte A, Chauvin P. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social. 2010 ; 227p. **(En ligne)**. <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00471925/document>. Consulté le 2 mai 2018
- (4) ARS. Programme d'accès aux soins et à la prévention. **(En ligne)**. <https://www.paca.ars.sante.fr/programme-dacces-aux-soins-et-la-prevention>. Consulté le 3 mai 2018 : Plan Régional d'accès à la Prévention et au Soins des personnes les plus démunies (2012-2017)
- (5) ARS. Conférence régionale de concertation en santé mentale. **(En ligne)**. https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-06/CRCSM_juin2017_cite.pdf. Consulté le 02 avril 2018
- (6) Tétrault S, Sorita E, Ryan A. et al. Guide Francophone d'Analyse Systématique des Articles Scientifiques. 2013. **(En ligne)**. Consulté le 6 juin 2017
- (7) Marshall CA, Rosenberg MW. Occupation and the process of transition from homelessness. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2014 ; 81(5) : 330-8
- (8) Roy L, Vallée C, Kirsh BH, Marshall CA, Marval R, Low A. Occupation-based practices and homelessness: A scoping review. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2017 ; 84(2) : 98-110
- (9) Gerlach AJ. Sharpening our critical edge: Occupational therapy in the context of marginalized populations. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2015 ; 82(4) : 245-53

- (10) Tsang A, Davis JA, Polatajko HJ. On the edge of the possible: Considering homelessness / Aux limites du possible : Envisager le rôle de l'ergothérapie face à l'itinérance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2013 ; 80(4) : 200-2
- (11) Thomas Y, Gray M, McGinty S, Ebringer S. Homeless adults engagement in art: first steps towards identity, recovery and social inclusion. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2011 ; 58(6) : 429-36
- (12) Lloyd C, Bassett H. The role of occupational therapy in working with the homeless population: An assertive outreach approach. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 2012 ; 59(1) : 18-23
- (13) Lloyd C, Hilder J, Williams PL. Emergency department presentations of people who are homeless: The role of occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*. 2017 ; 80(9) : 533-8
- (14) Illman SC, Spence S, O'Campo PJ, Kirsh BH. Exploring the occupations of homeless adults living with mental illnesses in Toronto / Explorer les occupations d'adultes sans-abri atteints de maladies mentales vivant à Toronto. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2013 ; 80(4) : 215-23
- (15) Tryssenaar J, Wilkinson S, Bailey c. Itinérance, santé mentale et ergothérapie : une expérience qui confirme d'étonnantes possibilités. *Santé Mentale Au Québec* . 2000 ; 25(2) : 109-31.
- (16) Désormeaux-Moreau M, Dumont C, Larivière GA et N. Sécurité à domicile et troubles mentaux graves : élaboration d'un outil d'évaluation: Home safety and severe mental disorders: Developing an evaluation tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2015 ; 82(2) : 129-40.
- (17) Helfrich CA, Chan DV, Simpson EK, Sabol P. Readiness-to-change cluster profiles among adults with mental illness who were homeless participating in a life skills intervention. *Community Mental Health Journal* . 2012 ; 48(6) : 673-81.
- (18) Finlayson M, Baker M, Rodman L, Herzberg G. The Process and Outcomes of a Multimethod Needs Assessment at a Homeless Shelter. *American Journal of Occupational Therapy*. 2002 ; 56(3) : 313-21.

- (19) Pettre P. L'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique ou présentant des troubles psychiques. Mémoire de l'école des Haute étude en Santé Publique. Université de Rennes ; 2013, 140p
- (20) Constandriopoulos A-P. Eléments pour une topographie du concept de santé. Ruptures. 2006 ; volume 11(1) : 86-99
- (21) Bruchon-Schweitzer M, Boujut E. Les facteurs environnementaux et sociaux de la santé. In : Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles. 2ème édition. Paris : Dunod; 2014, 83-193
- (22) Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Rapport de l'IGAS. 2011. 124p. (En ligne). <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>. Consulté le 4 mai 2018
- (23) Morel-Bracq M-C, Hernandez H. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. 2ème édition. Bruxelles : Solal ; 2009, 174 p. (Collection Ergothérapies)
- (24) Meyer S. De l'activité à la participation. Bruxelles : De Boeck Solal ; 2013, 274p
- (25) Mignet G. Evaluer la participation autrement : Le Mohost. Ergothérapies. 2016 ; 61:17-25p
- (26) RIPPH. Qu'est ce que la MHAVIE. 2018. (En ligne). <http://mhavie.ca/boutique/fr/la-mhavie/qu-est-ce-que-la-mhavie-c79c92/>. Consulté le 15 mai 2018
- (27) Larivière N. Analyse du concept de participation sociale : définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. Revue canadienne d'ergothérapie. 2008 ; 75(2) : 114-127
- (28) Merklings J. Le soin en santé mentale : fondements d'une attitude soignante et situations cliniques. Paris : Seli Arslan ; 2014, 185
- (29) Mercuel A. Souffrance psychique des sans abri. Paris : Odile Jacob ; 2012, 221p.
- (30) Delourme G. Bulzacka. Validation d'une évaluation écologique des fonctions exécutives

auprès de personnes souffrant de schizophrénie : le test des errances multiples (TEM) : démarche de recherche dans le cadre d'un programme hospitalier en recherche infirmière et paramédicale. In : Izard M.-H. Expériences en ergothérapie (30ème série). Montpellier : Sauramps médical ; 2017, 461-467

(31) Delourme G. Bulzacka. Validation d'une évaluation écologique des fonctions exécutives auprès de personnes souffrant de schizophrénie : le test des errances multiples (TEM) : démarche de recherche dans le cadre d'un programme hospitalier en recherche infirmière et paramédicale. In : Izard M.-H. Expériences en ergothérapie (30ème série). Montpellier : Sauramps médical ; 2017, 461-467

(32) Martin JP, Morcellet P. Soins psychiques aux précaires. Santé mentale. 2013 ; 181 : 16-22 p

(33) Greacen T. Jouet E. Rétablissement, inclusion sociale et empowerment en santé mentale. In : Jouet E, Greacen T, Dausse C et al. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Toulouse: Erès; 2012, 7-19

(34) Anthony W.A. « Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s », Psychosocial Rehabilitation Journal. 1993 ; 16(4) : 11-23

(35) Surber RW. Le rétablissement des professionnels qui stigmatisent leur patient. In : Jouet E, Greacen T, Dausse C et al. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Toulouse: Erès; 2012, 7-19

(36) Davidson L, Flanagan E. Styron T. Des politiques en faveur de l'inclusion sociale. In : Jouet E, Greacen T, Dausse C et al. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. Toulouse: Erès; 2012, 133-151

(37) Petit C., Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) en ergothérapie : une pratique innovante avec les personnes vulnérables en santé. Ergothérapies. 2016 ; 63 :p5-11

(38) Monin M, Desrosier J-J. Pratiques émergentes en ergothérapie sociale. In : Izard M.-H. Expériences en ergothérapie (30ème série). Montpellier : Sauramps médical ; 2017, 78-82

(39) WFOT. Human rights CM2006 (Prise de position sur les droits de l'homme). 2007. (**En ligne**). <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>. Consulté le 15 mai 2018

- (40) Vial M. Se repérer dans les modèles de l'évaluation. Bruxelles: De Boeck; 2012. 448 p. (Pédagogies en développement)
- (41) Tartar Goddet E. Le « toit » et ses représentations. 2014. Proteste (139) ; p 10:11
- (42) Leroux N. Qu'est ce qu'habiter ? Les enjeux de l'Habiter pour la réinsertion. Vie sociale et traitements. 2008 ; 97 : 14:25
- (43) Devert B. La rue ou dire non à l'inacceptable ! 2014. Proteste (139) ; p13
- (44) Ratiu E. Logement temporaire. Dynamique des rapports à l'habiter. In : Robin M. Ratiu E. Transitions et rapports à l'espace. Paris : L'Harmattan ; 2005, 103-128 p.
- (45) Croizé N., Adam I. Panser le domicile pour soigner l'habitant. Expériences en ergothérapie. Montpellier. 30ème série. Sauramps médical. 2017 ; 468_477
- (46) Clément S, Drulhe M, Mantovani F. Quand les sans logis habitent ensemble : modes de résidence et formes de lien social. Espaces et sociétés. 2004;(1) : p175-188
- (47) Eymard-Simonian C, Moncet M-C. Initiation à la recherche en soins et santé. Reuil-Malmaison: Lamarre ; 2003, 243 p. (Fonction cadre de santé
- (48) Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 4ème édition. Paris :Armand Colin. 2016, 126p
- (49) Noreau L, Fougeyrollas P, Beaulieu M. La mesure des habitudes de vie. Edition révisée. Québec : RIPPH ; 2014, 80 p.
- (50) Eymard C, Thuilier O, Vial M. Le travail de fin d'études : s'initier à la recherche en soins et santé. Reuil-Malmaison : Lamarre ; 2007, 151p
- (51) Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute. **(En ligne)**. http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf . Consulté le 2 mai 2017
- (52) Sutton DJ, Hocking CS, Smythe LA. A Phenomenological Study of Occupational Engagement in Recovery from Mental Illness. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2012 ; 79(3) :142-50

ANNEXES

Annexe 1 : Sélection de la littérature scientifique par les bases de données

Nombre total d'articles obtenus par les bases de données	Filtres	Moteurs de recherche	Sélection par le titre	Sélection par le résumé	Sélection finale (avant sélection par le GFASAS)
576	Langue	PubMed	3	1	12
		Google Scholar	11	8	
	Date	BDSP	1	1	
		Cairn.info	2	1	
	Sujet	Web of science	1	1	
		Summon	4	2	
	Total		22	14	



12 articles	Testés grâce au GFASAS	9 articles retenus
--------------------	-------------------------------	---------------------------

Annexe 2 : Réponse des ergothérapeutes à l'enquête exploratoire

Question 1 : Comment réalisez vous l'évaluation d'un patient en général en début de prise en charge ?

Ergot SSR : Oui. *J'utilise les évaluations de la neurologie centrale classique soit l'évaluations des fonctions supérieures.*

Ergot PSY 1 : Par un questionnaire pour connaître les points importants sur lesquels je devrai faire attention soit en lien avec problème somatique incompatible avec une activité particulière soit avec un problème psychique ou psychiatrique incompatible avec d'autres activités puis pour connaître la personne pour tenir compte de son écologie en vue d'un projet adéquat et pour tenir compte de ses priorités

Ergo PSY 2 : par un entretien durant lequel nous abordons tout les domaines de vie de la personne (outil POPS) , pour définir avec elle ses objectifs et le type d'aide dont elle a besoin

Ergo PSY 3 : Par un entretien afin de définir avec le patient ses difficultés ses besoins ses objectifs de soin

Question 2 : Dans quelle mesure cette évaluation est elle adaptée (ou non) aux problématiques des usagers en situation de très grande précarité comme les personnes sans domicile fixe ?

Ergot SSR : Prise en compte difficile des habitudes de vie

Ergot PSY 1 : Les personnes SDF ont souvent envie d'une écoute et / ou ont envie que l'on prenne en compte leurs soucis et ont du mal à s'intéresser aux activités et à la prise en soin chez nous qd leur esprit est occupé ailleurs

Ergo PSY 2 : on est plus dans l'urgence du coup il faut adapter l'outil en fonction des priorités qui sont essentiellement se mettre en sécurité ou hors de danger.

Mais les personnes sont déjà dans une démarche de stabilisation dans un lieu donc volontaire pour accepter des évaluations. *Ces personnes se font souvent voler ou agresser dans la rue. Elles arrivent par le biais des urgences puis de l'hôpital qui leur propose la prise en charge en CMP.. La priorité est donc de trouver un logement.*

Ergo PSY 3 : Elle permet d'être à l'écoute de leur souffrance et leurs besoins mais parfois ils peuvent être centré sur la demande de logement et occulter leurs besoins concernant le soin

Question 3 : Quel type de prise en charge avez vous proposé à ces usagers ?

Ergot SSR : Rééducation suite avc. Relais vers As pour le logement

Ergot PSY 1 : Je travaille ds un usr (unité de soins en réadaptation) en psychiatrie où nous

proposons aux patients de faire une activité le matin et une l'après midi. Nos patients sont stabilisés par le traitement.

Ergo PSY 2 : accompagnement vers l'accès au logement et les associations caritatives .
Equipe réhabilitation psychosociale avec partenariat (educ de l'armée du salut, assoc "un chez soi d'abord" ...)

Ergo PSY 3 : Clinique psychiatrique sans distinction de prise en soin dite ordinaire

Question 4 : Quelles sont pour vous les différences dans les objectifs de la PEC ergothérapique de ces usagers, par rapport à d'autres n'ayant pas de grosses difficultés sociales ?

Ergot SSR : Les habitudes de vie. Déficit occupationnel. Troubles psy. Soins de soi.

Ergot PSY 1 : Ce sont des personnes qui seront difficiles à prendre en soin tellement les difficultés sont nombreuses qd aux aptitudes à travailler en groupe et à se conformer à des règles d'une vie socialement adaptée en sachant aussi qu'un gros travail administratif auprès de l'assistante sociale imposera aux patients de s'absenter des ateliers

Ergo PSY 2 : Pour les 3 situations! que nous avons l'objectif est de stabiliser la personne dans un lieu sécurisé, de l'accompagner dans son bien-être dans ce lieu, d'y développer des habiletés basiques, et un travail sur "j'invite qui?" ...ont été priorisées par rapport à d'autres

Ergo PSY 3 : Il faut tenir compte de leur difficultés liées à leur précarité mais pour moi il n'y a pas de différences significatives

Question 5 : Quelles seraient les bases d'une intervention pertinente en ergothérapie avec ces usagers très précaires ?

Ergot SSR : Travail coopératif avec les travailleurs sociaux

Ergot PSY 1 : La réhabilitation et réadaptation en lien avec un projet de vie sociale le plus acceptable et optimal possible avec notamment des ateliers de groupes de la remédiation cognitive de la réinsertion professionnelle de l'etp des ateliers en lien avec des activités reproductibles ds la vie de tous les jours...

Ergo PSY 2 : accompagnement à une vie autonome dans un logement ...travail qui ne peut franchement pas se faire seule ...les médiateurs de santé nous aide beaucoup car sont disponibles ++...médecin , partenariat avec des assoc

Ergo PSY 3 : Une bonne évaluation des capacités afin de bien cibler le projet de vie (logement foyer de vie Fam foc)

Annexe 3 : Entretien N°1

Remarques générales : L'enregistrement de l'entretien a été retranscrit avec la plus grande fidélité possible. Si quelques mots ont été ajoutés ou soustraits, c'est dans le but de faciliter la lecture. Les silences et les hésitations sont signalés par (...). Les écarts de l'entretien hors du sujet sont signalés par le mot « aparté ».

Contexte de l'entretien : Mme M est relogée depuis 2 mois dans un petit T1 situé au pied de Notre-Dame-De-La-Garde. Elle vivait auparavant en foyer d'accueil d'urgence.

Durée : 24 minutes

Lieu : Chez le répondant.

Date : 30 avril 2018

I : Interviewer

R : Répondant

Convention des couleurs pour l'analyse thématique :

Appropriation du domicile

Relation avec l'extérieur

Occupation à domicile

Santé

Eléments d'intérêt hors catégories

Retranscription de l'entretien n°1 :

- 1 **I :** Est ce que vous pouvez me parler des événements qui se sont produits quand vous êtes
- 2 arrivée ici, savoir un peu comment (..) , car là c'est chez vous, il a fallu peut-être meubler,
- 3 s'approprier le logement, le quartier, savoir un peu ce qui a été difficile quand vous êtes
- 4 arrivée dans ce logement ?
- 5 **R :** Ben, ce qui a été le plus difficile c'est l'argent. C'est à dire que je n'ai pas de cigarettes, tout
- 6 ça quoi. Voilà. Le plus difficile c'est ça quoi, voilà la fin du mois, c'est sûr que j'attends
- 7 samedi quoi, on touche samedi (...), mais sinon, bon c'est l'argent quoi (...) qu'est le plus
- 8 difficile quoi.
- 9 **I :** Il y a l'argent(..) Après vous êtes suivi par une équipe, l'équipe HAS ?
- 10 **R :** HAS, ouais.
- 11 **I :** Ca vous aide quand même, ils font des trucs pour vous ?
- 12 **R :** Ouais, ça va, il m'aide hein, ils m'aident pour le ménage, bon j'sais faire mon ménage mais

- 13 sinon ils m'aident pour un peu plus (..) un peu plus ranger chez moi, ils m'aident par rapport à
 14 ça quoi .
- 15 I: (...) D'accord. Et parce que pour le ménage vous avez des soucis à vous organiser ?
- 16 R: Pour le ménage j'ai beaucoup de soucis, ouais j'ai beaucoup de soucis car des fois je
 17 m'assois et j'ai (...), comme j'ai un gros ventre, j'suis lourde quoi, c'est le ventre.
- 18 I: Vous avez mal au dos du coup ?
- 19 R: Ouais. Ben c'est le lit. Comme ça. Ce lit (..) il est pas, il est pas super quoi parce que (..)
- 20 I: Il est bas, il est bas déjà.
- 21 R: J'ai mal au dos.
- 22 I: Il est bas, pour se relever c'est compliqué
- 23 R: C'est dur ouais.
- 24 I: Quand vous êtes arrivée, il y avait déjà des meubles, ou il n'y avait rien ?
- 25 R: (...) Non, c'est mes meubles à moi.
- 26 I: Ah c'est vos meubles, à vous, de votre ancien logement, de Saint Louis ?
- 27 R: Non, c'est pas Saint-Louis, c'est de l'appartement que j'avais à Chateaubriand. (..) Voilà
 28 quoi, ils m'ont aidée car j'ai eu le FSL (...) C'est un structure qui vous aide à , vous avez 1200
 29 euros par pour vous acheter tout ce que vous (...) pour acheter quoi. Ca c'est FSL, c'est l'aide
 30 au droit (..)
- 31 I: D'accord. C'est une aide que donne l'état pour pouvoir se meubler (...).
- 32 I: (...) Et pour tout ce qui est faire les courses ?
- 33 R: Ben je vais au colis alimentaire.
- 34 I: Colis alimentaire ?
- 35 R: Oui (...)
- 36 I: Ca se passe comment ? C'est la CAF qui donne les colis alimentaires ?
- 37 R: Non, c'est pas la CAF c'est (...) dans le (..) c'est un truc quoi (...) Pour les démunis quoi.
- 38 I: Du coup vous n'avez pas besoin d'aller dans le quartier faire vos courses ?
- 39 R: Non.
- 40 I: Vous ne sortez pas du tout dans le quartier ?
- 41 R: Non
- 42 I: Vous n'avez pas de relation ici, avec le quartier ?
- 43 R: Ben non, j'ai pas beaucoup de relations
- 44 I: Ca ne fait que deux mois (..) Ca ne vous manque pas, de ne pas avoir de relation avec
 45 l'environnement ?
- 46 R: Ben avec qui vous voulez que j'ai des relations ? Moi j'ai des relations avec mon assistante
 47 sociale et tout ça quoi. Je vais la voir et tout ça. J'ai des rendez vous et tout ça, mais après je
 48 reste chez moi, quoi.
- 49 I: Ca vous manque pas de pas avoir une vie de quartier, de sortir un petit peu ?
- 50 R: Ben ouais, sortir un petit peu mais j'ai pas de sous.

- 51 I: C'est l'argent vraiment le problème quoi .
- 52 R : Ouais
- 53 I : D'accord (..) Du coup vous n'avez pas des occupations (...) Moi j'aime bien aller me
- 54 promener mais tout le monde n'aime pas ça, rendre visite à des amis (..) Il y a des gens qui
- 55 viennent vous voir, régulièrement ou pas ? Des visites ? (...)
- 56 R Ouais, j'ai des visites quand même.
- 57 I : Ouais ?
- 58 R: Ouais.
- 59 I : L'amie que vous aviez au téléphone, elle vient vous voir où
- 60 R Ouais elle vient me voir ouais. C'est une fille qu'est à Saint-Louis. Et comme elle a pas de
- 61 valise, j'en ai une de valise, je vais lui donner
- 62 I : Ok . Vous avez gardé des contacts avec vos amis de ..
- 63 R : Non, j'ai pas gardé de contacts avec Saint-Louis, c'est elle qu'est allée par hasard, parce
- 64 qu'elle était à l'hôpital psychiatrique pour pas être à la rue et là elle s'est mis à l'école Saint-
- 65 Louis et voilà quoi.
- 66 I : D'accord, ok (...) Comment ça se passe avec les travailleurs sociaux, vous avez beaucoup
- 67 de lien avec eux, c'est eux que vous voyez principalement ?
- 68 R : Ouais
- 69 I : Et comment ça se passe avec eux, ça se passe bien, ils vous aident beaucoup, comment ça
- 70 se passe ?
- 71 R : Ben ils me gèrent bien quoi. Mais (...) non non ça va, très bien.
- 72 I : Qu'est ce qu'ils gèrent du coup pour vous ?
- 73 R : Ben (...) ils m'aident à faire le ménage, ils m'aident (...) pour manger (...)
- 74 I : Ok (...) Et pour tout ce qui est de l'ordre de la santé, du coup, est ce que c'est eux qui vous
- 75 aident ?
- 76 R : La santé, ouais, j'ai un médecin, j'ai un médecin général pour faire les (...) prises de sang ;
- 77 I : D'accord (...)Mais du coup vous avez un suivi en psy aussi ?
- 78 R : J'ai un suivi (..) psychologique ouais ?
- 79 I : C'est un psychologue qui vous suis ?
- 80 R : Ouais, un psychologue, ouais.
- 81 I : Ca va, vous avez de bonnes relations avec lui
- 82 R: Ouais ça va ouais (...)
- 83 I : Si c'est pas indiscret, qu'est ce que vous avez ? En Psy ? La dépression . ?
- 84 R : Oui, c'est la dépression, (grosse hésitation...) Ouais du coup je suis (..) dépression ouais.
- 85 I : Et du coup vous prenez des cachets peut-être quand même, pour ça ?
- 86 R : Ouais, non, je prends des cachets mais j'ai un médecin qui vient me voir (...) Non, un
- 87 infirmier qui vient me voir tous les soirs pour me donner mon cachet.
- 88 I : D'accord. C'est l'infirmier qui passe. Du coup vous voyez des assistants sociaux, l'infirmier,

- 89 vous allez voir votre médecin généraliste ?
- 90 **R** : Ouais, mon médecin généraliste
- 91 **I** : Ok (...) Sinon par rapport au lien avec les gens, est ce que vous avez de la famille qui vous
- 92 reste, des relations familiales qui restent un peu ?
- 93 **R** : euh soupir (..) J'ai quand même, j'ai de la famille quand même
- 94 **I** : Et ça se passe comment les relations avec eux ?
- 95 **R** : ben , les relations avec eux sont bien quoi, ça va. J'ai de bonnes relations avec ma mère
- 96 **I** : Elle donne des coups de mains ?
- 97 **R** : Ouais elle dois venir me voir mais bon après que elle est en Algérie, dans sa grande
- 98 maison et voilà quoi, elle va venir m'aider, tout ça (...)
- 99 **I** : Vous avez hâte de la voir ?
- 100 **R** : Ouais
- 101 **I** : Ok . Vous avez des frères et sœurs ?
- 102 **R** : Euh soupir (..) J'ai des frères et sœurs ? Euh non, ouais, j'ai un frère et sœur et non j'ai , on
- 103 est cinq dans la famille je suis la cinquième.
- 104 **I** : Ils ne vivent pas ici à Marseille ?
- 105 **R** : Non, ils vivent à Arles
- 106 **I** : A ouais, Arles ? Vous étiez là aussi avant alors ?
- 107 **R** : Ouais ouais (...) Marseille j'en ai, j'en ai marre de Marseille.
- 108 **I** : C'est vrai que c'est très différent. Arles c'est plus petit déjà. Les gens se connaissent peut-
- 109 être plus. Ici c'est grand donc (..) C'est peut-être plus difficile d'avoir des relations ici avec les
- 110 gens que sur une ville comme Arles .(...)
- 111 **I** : Donc vous vous aimeriez retourner là-bas ?
- 112 **R** : Ben je sais pas
- 113 **I** : D'accord.(...) Quand vous devez sortir pour aller voir le médecin traitant par exemple,
- 114 comment vous sortez d'ici, parce que les bus c'est loin, il faut marcher ?
- 115 **R** : Ben c'est ça le truc, c'est les bus hein .
- 116 **I** : Mais vous descendez prendre le bus ?
- 117 **R** : Non des fois je sors pas, je reste chez moi
- 118 **I** : A cause des transports ?
- 119 **R** : Ben ouais, des transports ; si je prends les transports mais (...) de là à aller chez moi, on
- 120 est mardi aujourd'hui non ?
- 121 **I** : On est mardi, euh non on est lundi aujourd'hui.
- 122 **R** : Lundi (..) Demain je vais peut-être voir un déjeuner à un autre regard (..) Voilà (...) Mais
- 123 bon comme j'ai pas de sous (..)
- 124 **I** : (.....) Vous m'avez dis que vous ne receviez pas trop de personne ici ?
- 125 **R** : Non
- 126 **I** : Parce que vous n'invitez pas les gens à venir ?





- 127 **R** : Ben ça dépend, y a le vol, et y a tout ça aussi, je fais attention quoi (...)
- 128 **I** : Vous avez mis un peu un frein (...)
- 129 **R** : Ca dépend quelle personne vient chez moi, je (...) j'suis pas folle quand même (...) y a
- 130 des vols et tout ça, ça peut disparaître, le portable peut disparaître, dire que c'est pas moi (...)
- 131 **I** : D'accord vous faites attention. C'est pour la sécurité (...) Ca va c'est assez sécurisant le
- 132 quartier ?
- 133 **R** : Ouais il est sécurisant
- 134 **I** : Et les voisins ? C'est qui ? Vous les connaissez ?
- 135 **R** : Je les connais pas (...) Ils sont des fantômes pour moi (..) Hier soir, quelqu'un s'est disputé
- 136 en bas là , mais ça m'intéresse pas. Si c'est pour (..) je préfère pas connaître les voisins. (...)
- 137 C'est un sac à embrouille ça les voisins.
- 138 **I** : Même celui ou celle qui est juste à côté ? Des fois on a besoin d'un carré de sucre ?
- 139 **R** : Non je veux pas. Je demande pas quand j'ai besoin moi. J'attends mes sous (...) Je suis pas
- 140 une personne qui demande aux gens (..) Je demande pas aux gens quoi. J'ai mes sous, j'ai mes
- 141 clopes, c'est bon quoi, (..) J'étais dans la misère, quoi, pendant un an, (..) Voilà (..)
- 142 **I** : Vous avez pas envie de demander quoi. Je comprends.
- 143 **R** : Avant j'avais plus d'argent. Je vivais dans un hôtel. La patronne elle me faisait du
- 144 chantage pour que je paye plus et (...) elle faisait du chantage pour mon chien. (...) J'avais un
- 145 chihuahua ; et j'ai été obligé de le placer (..) à la SPA.
- 146 **I** : Par rapport à ici, vous ne pouviez pas avoir d'animaux ?
- 147 **R** : Je pouvais pas avoir d'animaux à Saint-Louis. J'ai été obligé de la mettre à la SPA. Mon
- 148 chien de trois ans. Ca fait de la peine quand même, c'est triste ouais. Non moi, je veux plus de
- 149 chien, je veux plus d'animaux. Déjà c'est sale ; un petit chien qu'est ce qui va se retrouver dans
- 150 cet appartement (...) C'est pas euh (...) c'est triste pour lui quoi. Il faut un jardin, un truc
- 151 comme ça quoi .
- 152 **I** : C'est sûr. Après si vous pouvez aller le promener régulièrement, ça va . Les petits chiens ça
- 153 s'adapte ..
- 154 **R** : Non , moi j'ai pas envie de le promener, déjà que pour moi j'y vais pas, alors pour le chien
- 155 ...
- 156 (Rires) Non c'est vrai. C'est mieux pas d'animaux, ni de poissons, ni d'oiseaux...ni ..Sinon je
- 157 partirais pas (..) J'ai envie de partir moi, à Paris quoi, je sais pas ; je vois pas pourquoi je
- 158 reviendrais, j'avais rien quoi .
- 159 **I** : Vous ne voulez pas rester ici ?
- 160 **R** : (Long silence) Je sais pas, l'appartement il est bien hein . Mais euh ; c'est vrai j'ai de la
- 161 chance pour mon appartement et tout ça quoi. J'ai la machine à laver, je me lave des draps, je
- 162 mets les draps propres, ça sent bon quand je dors et tout ça (..) mais la vie à Marseille, c'est
- 163 pas ça quoi . On rencontre pas les bonnes personnes, les mecs y cherchent qu'à, quelque chose
- 164 , voilà. C'est malheureux quand même je trouve. Voilà. Puis Marseille ça m'a pas tout le

- 165 temps, ça porte pas bonheur quoi. Ca m'amène que de la merde.
- 166 **I** : C'est pas évident les grandes villes comme ça...
- 167 **R** : Non pas du tout hein, franchement c'est pas évident du tout, franchement (..) D'aller ou
- 168 j'ai envie d'y aller, de rester où je veux aller, mais c'est pas évident Marseille.
- 169 **I** : Mais ça fait que deux mois que vous êtes ici du coup ? A Marseille ?
- 170 **R** : Ben , ça fait combien de temps que je suis à Marseille ? Ca fait, euh depuis 2001.
- 171 **I** : Ah oui, ça fait un moment. Vous connaissiez bien, vous avez fait le tour quand même.
- 172 **R** : Ouais j'ai fait le tour (..) J'aime pas Marseille.
- 173 **I** : Y a rien qui vous attirerez à rester ici
- 174 **R** : Non non, même pas non(...)
- 175 **I** : A part l'appartement, peut-être qui est pas mal.
- 176 **R** : Ouais, c'est ça, l'appartement qui est bien.
- 177 **I** : Vous avez réussi à vous sentir bien ici, même si ça ne fait que deux mois ?
- 178 **R** : Ouais
- 179 **I** : Parce que vous avez pu meubler comme vous vouliez ?
- 180 **R** : Ouais. Là je veux acheter un paravent là. (Elle montre des étagères encastrées dans le
- 181 mur)
- 182 **I** : Pour mettre ici ?
- 183 **R** : Ouais ici pour faire beau quoi (..) Puis là essayer de trier les affaires. Je vais essayer de
- 184 chercher dans un truc pour voir si il y a une personne que je peux payer quoi ..
- 185 **I** : Pour faire quoi ?
- 186 **R** : Pour euh, (...) en fait pour essayer de (..) je sais pas, de trier mes affaires.
- 187 **I** : Pourquoi vous voulez payer quelqu'un ? Ca vous semble trop ... Vous n'arrivez pas à le
- 188 faire ?
- 189 **R** : J'arrive pas non .
- 190 **I** : Vous faites un blocage avec ça ?
- 191 **R** : Ouais ...
- 192 **I** : C'est dû à quoi le blocage ?
- 193 **R** : Je sais pas.
- 194 (Aparté)
- 195 **I** : Vous avez un blocage avec l'agencement ?
- 196 **R** : J'arrive pas à trier mes affaires quoi. Pour que ça soit bien propre
- 197 **I** : Je comprends ...Et là dans les armoires (je montre les armoires), vous avez réussi à
- 198 ranger ?
- 199 **R** : Pas encore, non mais là c'est bien là, c'est bien rangé. Non y a que là (l'étagère)
- 200 **I** : Et pour le reste de l'appartement, ça va ? Vous avez réussi à vous en sortir ? La cuisine ?
- 201 Parce que par exemple pour faire à manger, tout ça, ça va ?
- 202 **R** : Oui ça va . J'ai ce qu'il faut.

- 203 I : Et le colis alimentaire ça suffit pour faire à manger pour ...
- 204 R : Ben du coup faut que j'aïlle demain
- 205 I : Du coup vous allez le chercher vous même ? C'est pas trop loin ?
- 206 R : Oui, c'est à l'autre bout de la ville.
- 207 I : Du coup vous prenez le bus pour y aller ?
- 208 R : Le bus oui
- 209 I : Et ça c'est compliqué quoi. Surtout quand on a pas d'argent. Vous recevez quand l'argent ,
- 210 R : Samedi normalement, c'est le 4 (...) (...) (...)
- 211 I : Et pour gérer l'argent ça va ? Quand vous recevez l'argent, vous arrivez à faire tout le
- 212 mois ?
- 213 R : Ben non. Non, non.
- 214 I : Parce qu'il n'y a pas assez ou vous pensez que vous dépensez trop au début et après ...
- 215 R : (...) Ben le problème c'est que je dépense trop au début, je crois.
- 216 I : C'est normal quand on a pas eu beaucoup d'argent aussi à la fin du mois, on a envie de
- 217 dépenser plus au début.
- 218 R : C'est normal ouais. (...)
- 219 I : Qu'est ce qu'ils en pensent les travailleurs sociaux, de ça ? Ils vous donnent des conseils ?
- 220 R : Ben ils donnent des conseils ? Non, ils donnent pas de conseils, non mais . C'est ça, quand
- 221 vous avez de l'argent, vous dépensez, c'est ça (...) Pour les fringues, pour tout ça quoi, c'est
- 222 obligé.
- 223 I : Et vous m'aviez dit que pour dormir, vous aviez des problèmes avec le lit ? Qu'il était trop
- 224 bas et un peu dur pour le dos ?
- 225 R : Ouais, j'ai mal au dos moi .. J'ai mal là (elle montre le bas du dos)
- 226 I : C'est pas évident, il est mou et il est bas. Et du coup, vous arrivez à dormir quand même
- 227 suffisamment ou c'est difficile ?
- 228 R : Ouais, j'arrive à dormir.
- 229 I : Vous avez des cernes.
- 230 R : J'ai des cernes ouais.
- 231 I : Combien d'heures par jour vous arrivez à dormir.
- 232 R : Oh ça va, je dors huit heures par jours (...)
- 233 I : D'accord. (...) Quand vous êtes ici chez vous, vous passez beaucoup de temps chez vous du
- 234 coup, vous faites quoi comme activité ? Comment vous vous occupez ?
- 235 R : Ben je regarde la télé. Et euh (...) , voilà quoi, je regarde la télé (...), et euh je fais rien ...
- 236 I : Ok. Vous regardez la télé quoi. Il y a des choses qui vous plaisent, des émissions que vous
- 237 suivez un peu ?
- 238 R : Ouais, j'aime bien regarder les films, les trucs comme ça, ou quoi, voilà quoi .
- 239 I : Plutôt le soir alors du coup
- 240 R : Le soir ouais.

- 241 I : Et vous avez des amis à qui vous téléphonez (...)
- 242 R : ouais le soir je regarde un film , je regarde le bouquet, ce que j'ai enregistré et sinon il
- 243 s'enregistre des films. Puis moi je regarde les films qu'il y a .
- 244 (Aparté : Lors du stage que je vais réaliser à HAS, je pourrais venir l'aider)
- 245 I : Si vous voulez je pourrais vous aider (...) Si il y a des choses que vous voulez agencer un
- 246 peu mieux ?
- 247 R : Ouais, ça serait les sacs qu'il y a là, tout ça là, j'ai envie de trier, de voir finalement parce
- 248 que (...) ; on me laisse comme ça finalement aussi euh..
- 249 I : Tous les sacs par terre ?
- 250 R : Ouais les sacs par terre qui devraient pas être par terre. Ca serait bien quand même que on
- 251 puisse les plier et les mettre dans un, dans un meuble, ou alors je vais demander qu'on me
- 252 commande un autre meuble, c'est mieux quoi .
- 253 I : Oui parce que là c'est un peu encombré quoi.
- 254 R : Oui (..) C'est juste juste
- 255 I : On a juste la place pour passer
- 256 R : Voilà quoi et juste faire de la place, tout ça, et voilà quoi. (Aparté)
- 257 I : (...) Vous n'avez pas envie de décorer les murs ?
- 258 R : Si, j'ai un tableau, la « Joconde », au moins que je mette un tableau quoi.
- 259 I : Qu'est ce qui vous manque ? Des clous et un marteau ?
- 260 R : Et un marteau ouais ?
- 261 I : Et des photos ? Vous n'avez pas de photos de la vie d'avant ?
- 262 R : Si des photos, si mais je les mets où les photos ?
- 263 I : Ben il faudrait des cadres, des choses comme ça. Mais vous pouvez aussi les mettre aux
- 264 murs si ça vous fait plaisir. Même sur l'armoire. C'est pour vous après les photos, si ça vous
- 265 rappelle des bonnes choses.
- 266 R : Ouais, il y a mon chien qu'est mort, il s'est fait écraser. Le premier.
- 267 I : Ben ça peut être mis dans un cadre, qui peut même être fabriqué pourquoi pas ...
- 268 I : Merci beaucoup Myriam

Annexe 4 : Grille d'observation de l'entretien 1

Variable	Critères	Echelles de Lickert
Espaces de circulation	<p>Encombrement (les sols sont encombrés d'objets, sacs etc)</p> <p>Largeur de passage suffisante (possibilité de circuler sans difficultés, encombrement des portes, couloirs)</p> <p>Rangement effectué (objets rangés à leur place : vêtements, vaisselle etc))</p>	<p>Non dégagé Dégagé</p> 
Hygiène au domicile	<p>Propreté (restes de nourriture, odeur, présence d'insectes)</p> <p>Entretien réalisé (vaisselle effectuée, objets divers rangés, propreté des sols)</p>	<p>Mauvaise Bonne</p> 
Hygiène corporelle	<p>Aspect (vestimentaire, physique entretenue etc ..)</p>	<p>Dégradée Bonne</p> 
Personnalisation du domicile	<p>Décoration de l'appartement (présence d'objets de personnalisation : poster, photos, dessins, tableaux, plantes, objets suspendus, meubles ...)</p> <p>Objets signifiants (selon ce que nous dit la personne ...)</p>	<p>Invisible Visible</p> 

Résumé

Comment les ergothérapeutes interviennent-ils auprès des personnes en situation de handicap psychique et sans domicile fixe ? Les pratiques décrites sont en cours d'expérimentation ou de développement dans les pays anglo saxons (Canada, Australie, Etats Unis) et très peu documentées en France. Cette recherche, menée grâce à la méthode clinique, a pour objectif d'identifier les problématiques de ce public dans un contexte où les ergothérapeutes pourraient intervenir ; celui du relogement. L'exploration de la participation sociale et de l'appropriation du domicile, grâce à un entretien soumis à une personne relogée récemment, permet de mettre en relief les problématiques faisant obstacle au relogement. Cette recherche donne des arguments quant au rôle de l'ergothérapeute dans les équipes intervenant dans le cadre du relogement et du maintien de ce public dans le nouveau domicile.

Mots clés : Ergothérapie, sans domicile fixe, relogement, santé mentale.

Abstract

How do the occupational therapists intervene with homeless people living with mental illnesses? Depicted practices are either being experimented, or developed in such Anglo-Saxon countries as Canada, Australia and the United-States, but very little documented in France. This research, carried out thanks to the clinical method, aims at identifying the set of problems met by this public in a context in which the occupational therapists might intervene : the re-housing. The exploration of the social participation and the house appropriation evoked in the interview of a recently rehoused person, highlights the issues encountered by the location plan. This research makes a positive contribution to the occupational therapist's function within a location team and to maintaining this public in its new home.

Keywords : Occupational therapy, homeless people, rehousing, mental health