



HAL
open science

L'ergothérapie auprès des personnes sans domicile : une nouvelle perspective pour l'ergothérapie

Océane Phanatzis

► **To cite this version:**

Océane Phanatzis. L'ergothérapie auprès des personnes sans domicile : une nouvelle perspective pour l'ergothérapie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03066809

HAL Id: dumas-03066809

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03066809>

Submitted on 15 Dec 2020

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.



**UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES**
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes 

**UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN
ERGOTHERAPIE**

Océane PHANATZIS

Mémoire pour le Diplôme
d'Etat en Ergothérapie

**L'ergothérapie auprès des personnes sans domicile :
une nouvelle perspective pour l'ergothérapie**

Directrice de mémoire : Marie VANZETTI
(ergothérapeute)

« Fais de ta vie un rêve, et de ton rêve une réalité. »

Antoine de Saint-Exupéry

Remerciements et dédicaces

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au soutien de plusieurs personnes à qui je souhaite exprimer ma gratitude et dédier ce mémoire.

Je tiens avant tout à exprimer toute ma reconnaissance à la directrice de ce mémoire, Marie Vanzetti, pour son soutien, sa patience, sa disponibilité et surtout ses précieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je souhaite remercier toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Clermont-Ferrand, et tout particulièrement Céline Dausat, pour sa confiance et son soutien inestimable au cours de mes études universitaires, ainsi que son suivi pendant la réalisation de ce mémoire.

Je remercie toutes les personnes rencontrées durant le temps de ces études, professionnels ou non, qui m'ont aidé à fortifier ma pratique et mon identité de futur professionnel de santé.

Je remercie également tous les dispositifs d'aide, pour m'avoir mise en contact avec les travailleurs pairs et pour la curiosité exprimée vis-à-vis de mon travail de recherche.

J'aimerais exprimer ma gratitude à tous les ergothérapeutes et les travailleurs pairs, qui ont pris de leur temps pour répondre à mes questions. Chacun de ces échanges m'a beaucoup apporté et m'a aidé à faire avancer mon analyse.

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille qui a toujours été là pour moi et à mes amis pour leur soutien inestimable.

Enfin, un grand merci à tous mes camarades de promotion pour ces trois années passées ensemble. Je leur souhaite de s'épanouir dans cette nouvelle étape de nos vies qui commence et de pouvoir aboutir à leurs projets.

Sommaire

Liste des abréviations	4
Introduction.....	6
1. Contexte et justification de l'étude	7
1.1 Connaissances sur le sujet	7
1.1.1 La population sans domicile.....	7
1.1.1.1 Qui sont les personnes sans domicile ?.....	7
1.1.1.2 Notions de précarité et d'exclusion sociale	9
1.1.1.3 Les Inégalités Sociales de Santé	9
1.1.1.4 Les besoins de santé de la population sans domicile	10
1.1.2 Des dispositifs mis en place pour lutter contre la précarité et l'exclusion sociale.....	12
1.1.3 L'ergothérapie et les sciences de l'occupation	16
1.1.3.1 Qu'est-ce que l'ergothérapie ?.....	16
1.1.3.2 Les sciences de l'occupation : une source de l'ergothérapie.....	17
1.1.3.3 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	19
1.1.3.4 Le concept de justice occupationnelle	22
1.1.3.5 L'émergence d'une approche communautaire et sociale en ergothérapie.....	23
1.1.4 Etat des lieux sur les études ergothérapeutiques auprès des personnes sans domicile	25
1.1.4.1 Les études sur les occupations des personnes sans domicile	25
1.1.4.2 Les études sur l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile	27
1.2 Enquête exploratoire	28
1.3 Question de recherche	30
1.3.1 Elaboration de la question de recherche	30
1.3.2 Résultats attendus.....	31
1.4 Cadre éthique	31
2. Méthodologie de recherche.....	32
2.1 Choix de la méthodologie	32
2.2 Choix, justification et recrutement des populations.....	32
2.3 Choix et justification de l'outil.....	33
2.4 Déroulement des entretiens	34
2.5 Méthode d'analyse des données	34
3. Analyse des données et principaux résultats	35

3.1 Une population variée à la situation de vie complexe.....	35
3.2 La participation occupationnelle des personnes sans domicile	36
3.2.1 La volition.....	36
3.2.2 L’habituatation.....	39
3.2.3 La capacité de performance.....	42
3.2.4 Le contexte environnemental	42
3.3 Une adaptation pour faire face au changement tout au long du parcours.....	44
3.3.1 L’adaptation après la perte de logement	44
3.3.2 L’adaptation aux imprévus quotidiens.....	45
3.3.3 L’adaptation au nouveau logement.....	45
3.4 Les pratiques ergothérapeutiques auprès des personnes sans domicile en France.....	47
3.4.1 Une connaissance limitée de l’ergothérapie	47
3.4.2 La prise en charge actuelle en ergothérapie des personnes sans domicile encore en expérimentation	47
3.4.3 Les perspectives d’évolution de prise en charge en ergothérapie des personnes sans domicile	49
4. Discussion	50
4.1 Les conséquences sur le quotidien des personnes sans domicile	50
4.1.1 Une participation occupationnelle limitée	50
4.1.2 Une population victime d’injustice occupationnelle.....	53
4.2 Les implications pour la pratique de l’ergothérapie.....	54
4.2.1 Des approches axées sur le rétablissement et les forces de la personne	54
4.2.2 Une approche communautaire en promotion de la santé	55
4.2.3 Des rôles émergents associés aux rôles traditionnels de l’ergothérapeute.....	56
4.3 Un ergothérapeute intégré dans une équipe pluridisciplinaire	58
4.3.1 Un travail pluridisciplinaire indispensable	58
4.3.2 La plus-value d’un ergothérapeute au sein de cette équipe pluridisciplinaire	58
4.4 Une ergothérapie qui tend vers un développement susceptible d’être freiné.....	59
4.4.1 Des obstacles au développement de l’ergothérapie sociale.....	59
4.4.2 Mais l’ergothérapie progresse tout doucement	60
4.5 Les forces et les limites de l’étude.....	60
4.6 Les futures recherches	61
Conclusion.....	62
Bibliographie	64

Annexes	76
Annexe I : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Kielhofner, 2008).....	76
Annexe II : Pyramide des besoins selon Maslow (Maslow, 1954)	77
Annexe III : Fiche d'information et de non opposition.....	78
Annexe IV : Fiche de renseignement sur le participant travailleur pair	79
Annexe V : Fiche de renseignement sur le participant ergothérapeute.....	80
Annexe VI : Grille d'entretien adressée aux travailleurs pairs et idées recherchées	81
Annexe VII : Grille d'entretien adressée aux ergothérapeutes et idées recherchées	83
Annexe VIII : Répertoire créé pour contacter les participants et planifier les entretiens.....	85
Annexe IX : Tableau avec les caractéristiques des participants travailleurs pairs lors de la perte de logement.....	86
Annexe X : Tableau avec les caractéristiques des participants ergothérapeutes.....	87
Annexe XI : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP1	88
Annexe XII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP2.....	91
Annexe XIII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP3	94
Annexe XIV : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP4	96
Annexe XV : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP5	98
Annexe XVI : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP6	99
Annexe XVII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP7.....	102
Annexe XVIII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP8	104
Annexe XIX : Analyse longitudinale de l'entretien avec E1	106
Annexe XX : Analyse longitudinale de l'entretien avec E2.....	110
Annexe XXI : Analyse longitudinale de l'entretien avec E3	113
Annexe XXII : Analyse longitudinale de l'entretien avec E4.....	117

Liste des abréviations

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

ACT : Appartement de Coordination Thérapeutique

AMPS : Assessment of Motor and Process Skills

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ANSA : Agence Nouvelle des Solidarités Actives

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues

CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNLE : Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

FNARS : Fédération Nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

HUDA : Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISS : Inégalités Sociales de Santé

LAM : Lit d'Accueil Médicalisé

LHSS : Lit Halte Soins Santé

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

OCAIRS: Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

OPHI-II : Occupational Performance History Interview-II

PASS : Permanence d'Accès à la Santé et aux Soins

PPR : Plaisir Productivité Ressourcement

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

SAO : Service d'Accueil d'Orientation

SEPSAC : Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

WFOT : World Federation of Occupational Therapy

Introduction

Lors des Assises Nationales de l'Ergothérapie de 2019 « Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive », l'émergence d'une ergothérapie dite « sociale » a été abordée. Durant notre formation, une ergothérapie tournée vers la rééducation et la réadaptation nous est enseignée. L'ergothérapie sociale, dont l'apparition est récente en France, est peu abordée dans notre cursus de formation et éveille la curiosité. Il fait partie de notre devoir de nous tenir informés sur les nouvelles pratiques et l'avancée des connaissances de notre profession. Le référentiel de formation de 2010 décrit la veille professionnelle comme une activité indispensable de l'ergothérapeute. C'est pourquoi, dans ce mémoire, il a été décidé d'explorer cette thématique.

L'ergothérapie sociale cible notamment les personnes défavorisées, telles les personnes sans domicile. La découverte de cette approche de l'ergothérapie conduit à une volonté d'approfondir les recherches. Un premier intérêt a été porté aux rôles de l'ergothérapeute auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale. En effet, au cours des stages, il est fréquent de prendre en charge des personnes aux conditions de vie précaires. Parmi elles, la population sans domicile qui, selon Damon (2012), « provoque depuis une vingtaine d'années des réactions dans la population (généralement compatissantes, mais parfois hostiles), un intérêt médiatique et scientifique et un investissement institutionnel (déploiement de programmes ponctuels et de politiques de long terme) ».

Ainsi, la question d'étude est soulevée : **En quoi l'intervention de l'ergothérapeute peut-elle répondre aux besoins de santé des personnes sans domicile ?**

Dans un premier temps, à partir de recherches bibliographiques, un état des lieux sera établi. Ainsi, la population sans domicile sera définie et ses besoins de santé seront énoncés. Les dispositifs mis en place pour lutter contre la précarité et l'exclusion sociale seront précisés. L'ergothérapie et ses concepts seront présentés. Un état des lieux des études réalisées jusqu'à aujourd'hui sera effectué. Ensuite, l'enquête exploratoire, menée auprès de professionnels afin de recueillir des informations sur les problématiques de terrain et des conseils sur la méthodologie de recherche, sera résumée. Puis, la question de recherche sera établie et justifiée ; celle-ci guidera ce travail d'initiation à la recherche. Le cadre éthique de cette étude sera également précisé. Dans un second temps, la question de recherche sera traitée à l'aide d'une méthode qualitative. Celle-ci sera décrite, ainsi que les participants recrutés, l'outil utilisé et la méthode d'analyse des données. Dans un troisième temps, les résultats seront présentés et, dans un quatrième temps, ils seront mis en lien avec la théorie au cours de la discussion.

1. Contexte et justification de l'étude

1.1 Connaissances sur le sujet

1.1.1 La population sans domicile

1.1.1.1 Qui sont les personnes sans domicile ?

L'absence de domicile est un phénomène social qui se développe et qui concerne aussi bien les pays développés (Etats-Unis, Canada, Australie, Royaume-Uni, Europe de l'Ouest, etc.) que les pays en voie de développement (Toro, 2007). La population concernée par l'absence de domicile est difficile à définir. En effet, les termes utilisés pour dénommer cette population (sans abri, itinérant, sans domicile) sont aussi nombreux que les définitions qui lui sont attribuées (Damon, 2002 ; Pichon, 2009). Afin de définir cette population, plusieurs tentatives de catégorisation ont eu lieu dans le monde entier (Damon, 2012 ; Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 ; Ministère de la santé et des services sociaux, 2008 ; ONU, 2009 ; Thomas, Gray & McGinty, 2011). La définition internationale a été donnée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 2009 sous la forme de deux catégories. La première catégorie (*primary homelessness*) comprend « les personnes qui vivent dans la rue ou qui n'ont pas de lieu d'hébergement » et la deuxième catégorie (*secondary homelessness*) comprend « les personnes sans lieu d'habitation qui se déplacent régulièrement entre différents lieux d'hébergement (dont les foyers, les refuges et les institutions pour les personnes sans domicile) » (ONU, 2009). En France, la définition la plus courante vient de l'Enquête Sans Domicile de 2012 réalisée par l'INSEE et l'INED. Dans cette enquête, une personne est qualifiée comme « sans domicile » si « la nuit précédente, elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ». Marpsat (2007) ajoute à cette définition deux critères pour caractériser la situation : un critère morphologique, le type d'habitat (maison, appartement, chambre d'hôtel, caravane, centre d'hébergement, abri de fortune, rue, etc.), et un critère juridique, le statut d'occupation (logé moyennant une faible contribution, logé gratuitement, hébergé par un tiers, résident, occupant sans accord du propriétaire, etc.).

Il s'agit d'une population hétérogène dont les contours variés sont également difficiles à définir. En effet, le terme « sans domicile » concerne des personnes de tout âge vivant dans des conditions très différentes allant de celles d'un homme célibataire vivant dans la rue depuis longtemps à celles de familles récemment expulsées de leur logement (Damon, 2003). Les circonstances de perte de logement sont nombreuses. Il est souvent dit que « cela peut arriver à tout le monde ». Mais en réalité, la plupart des personnes sans domicile provient de milieux socio-économiques défavorisés (Damon, 2003). D'après l'Enquête Sans Domicile de 2012, les

causes de perte de logement peuvent être dues à un bouleversement dans la cellule familiale (séparation, décès, etc.), à des difficultés financières (chômage, licenciement, revenu insuffisant, expulsion), à la mobilité géographique (migration), à la sortie d'une institution (hôpital, foyer, prison) ou encore aux situations de handicap (Centre d'Observation de la Société, 2017 ; Cha, 2013).

De plus, cette population est difficilement quantifiable. Cela peut être dû à son évolutivité, c'est-à-dire qu'elle « n'est pas constituée d'un stock humain figé, mais faite d'entrées et de sorties » (Damon, 2012). Néanmoins, l'Enquête Sans Domicile de 2012 permet de décrire davantage la population sans domicile et de mieux connaître ses conditions de vie. Le nombre de personnes sans domicile a augmenté de 50% entre 2001 et 2012. En 2012, leur nombre est estimé à 141 500 personnes en France. Parmi elles, on compte environ 30 000 enfants. Les hommes sont plus nombreux que les femmes (62% contre 38%). Malgré tout, la population se féminise. Plus de la moitié des personnes sans domicile est née à l'étranger (55%). La majorité des personnes sans domicile vit seule. Concernant leur lieu d'hébergement, 33% vivent dans des hébergements collectifs où il est possible de rester durant la journée, 29% vivent dans un logement fourni par un dispositif d'aide, 16% dorment dans des hôtels, 12% dorment dans des centres d'hébergement où il est impossible de rester durant la journée et 10% sont sans abri, c'est-à-dire qu'ils dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation. Les personnes sans abri ne souhaitent pas toujours se rendre dans les centres d'hébergement à cause du manque de sécurité et d'hygiène. Concernant leur situation de travail, 39% sont au chômage, 24% ont un emploi et 37% sont inactifs (retraités, demandeurs d'asile, etc.) (CNLE, 2015 ; INED, 2012 ; INSEE, 2012).

Enfin, les individus sans domicile présentent des parcours de vie difficiles. La plupart d'entre eux a vécu un événement douloureux durant l'enfance tel que la violence, le décès, la maladie d'un proche, etc. (INED, 2012 ; INSEE, 2012). De plus, leur parcours est ponctué de ruptures professionnelles, sociales, familiales et sanitaires. Ils ont moins de relations sociales que le reste de la population (Centre d'Observation de la Société, 2017). Une étude menée auprès d'individus sans domicile en France et au Brésil montre que ceux-ci peuvent être difficiles à approcher et à interroger (Marques & Malfitano, 2009). Néanmoins, Damon (2012) affirme que leur vie quotidienne est rythmée par des routines et qu'elle est facilitée par une certaine capacité d'adaptation qualifiée de « bricolage », de « débrouillardise ».

1.1.1.2 Notions de précarité et d'exclusion sociale

Les personnes sans domicile sont confrontées à la précarité et à l'exclusion sociale. D'après Wresinski (1987), la précarité est « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Elle touche 20% de la population française (Micheletti, 2017). La précarité a un caractère instable et évolutif, elle n'est pas figée. En effet, certaines personnes peuvent se retrouver en situation de précarité pendant un certain temps, puis en sortir (Cambois, 2003).

Plusieurs facteurs peuvent entraîner la précarité, comme la pauvreté, un manque de qualification professionnelle, un faible niveau d'étude, des ruptures professionnelles, sociales et affectives, des difficultés d'accès ou de maintien dans un logement durable (Cambois, 2003). La précarité peut également être la conséquence de situations médicales et/ou médico-sociales (troubles de santé physique et mentale, dépendance liée au vieillissement, etc.) et socio-économiques (perte de revenu, chômage, migration) (Spira *et al.*, 2017).

La précarité provoque la vulnérabilité, l'insécurité, l'inquiétude et la perte de dignité des personnes. Lorsqu'elle persiste dans le temps, elle peut conduire à l'exclusion sociale (Spira *et al.*, 2017). L'exclusion sociale est « un phénomène de relégation ou de marginalisation sociale de personnes ne correspondant pas au modèle dominant de la société. Elle se caractérise par un processus plus ou moins brutal de rupture de liens sociaux, généralement non choisi et mal perçu socialement » (Guichard & Potvin, 2010).

Avec les bouleversements socio-économiques, les inégalités sociales déjà existantes persistent, et d'autres apparaissent (Micheletti, 2017). Les populations en situation de précarité et d'exclusion sociale sont des populations dont la situation professionnelle, matérielle, sociale ou familiale est difficile. Parmi elles, on peut compter les personnes aux logements instables, les personnes avec des revenus insuffisants, les chômeurs de longue durée, les personnes peu diplômées ou peu qualifiées, les personnes souffrant de troubles addictifs, la population carcérale (Cambois, 2003), les familles monoparentales, les jeunes non qualifiés (Vandecasteele & Lefebvre, 2006).

1.1.1.3 Les Inégalités Sociales de Santé

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1946), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion,

ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». L'état de santé d'une personne ou d'une population est influencé par des déterminants individuels (sexe, âge, facteurs génétiques, comportements individuels) et sociaux (éducation, statut social, situation professionnelle, revenu, accès aux soins, ressources disponibles dans l'environnement, culture, expérience de discrimination, de racisme ou d'un traumatisme passé, etc.) (Agence de la santé publique du Canada, 2007 ; Liévin, 2019). D'après le modèle de Dahlgren & Whitehead (1991), les déterminants sociaux agissent sur la santé d'une personne ou d'une population dès son plus jeune âge et durant toute sa vie, modifiant tout autant sa qualité que sa durée.

Face aux changements socio-économiques, les inégalités sociales entre des groupes de la population française se développent (Van Bruggen, 2019). Ainsi, au-delà des pathologies, la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale retentissent sur la santé des individus et des communautés. Ces déterminants sociaux sont une des causes principales des Inégalités Sociales de Santé (ISS) (Albuquerque, 2019). Les ISS sont « des différences au plan de la santé qui ne sont pas seulement inutiles ou évitables, mais qui sont également considérées comme injustes et inéquitables » (Whitehead & Dahlgren, 2006). Ainsi, en France, les personnes vulnérables en situation de précarité et d'exclusion sociale manifestent plus de problèmes de santé que la population générale (Cha, 2013). En effet, selon Micheletti (2017), « si des personnes sont dans l'impossibilité d'avoir des conditions de vie considérées comme acceptables dans le pays où elles vivent, on peut tout à fait imaginer que leur état de santé sera plus fragile et plus précaire que d'autres groupes sociaux » (De La Rochère, 2003).

Or, ces ISS ne cessent de croître (SEPSAC, 2010). Pour lutter contre ces disparités, les stratégies nationales, européennes et internationales de santé publique encouragent le développement des soins primaires, la prévention et la promotion de la santé, dans les lieux de vie des citoyens, dans la communauté et dans la société (Albuquerque, 2019).

Les personnes sans domicile, appartenant majoritairement aux catégories socio-économiques populaires, sont confrontées aux ISS (De La Rochère, 2003).

1.1.1.4 Les besoins de santé de la population sans domicile

Chez les personnes sans domicile, la santé physique, mentale et sociale perçue est moins bonne que dans la population générale. En effet, à âge et sexe comparables, les personnes sans domicile déclarent souffrir deux fois plus souvent d'une maladie, d'une affection ou d'un traumatisme (De La Rochère, 2003). Lors de l'Enquête Sans Domicile de l'INSEE (2001), 65% des usagers interrogés estiment avoir un problème de santé. Ce niveau de santé perçue est le reflet d'une santé dégradée (Moisy, 2015). A cause des contraintes de l'environnement, des

comportements à risque, d'une mauvaise alimentation ou encore du stress vécu quotidiennement, cette population est plus fragile, même lorsqu'elle dispose d'un hébergement ou d'un logement géré par un dispositif d'aide (De La Rochère, 2003).

Il n'existe pas de pathologie spécifique aux personnes sans domicile. En revanche, la prévalence de pathologies est plus élevée que dans la population générale (Cha, 2013). Cela peut s'expliquer par le fait que l'état de santé et de bien-être se dégrade proportionnellement au temps passé dans la rue. Des troubles, notamment de santé mentale, peuvent être à l'origine de la perte de logement et des conditions précaires de vie des personnes sans domicile (De La Rochère, 2003). L'itinérance peut également être source d'aggravation et de complication de troubles préexistants. Aussi, des troubles de santé peuvent résulter de l'itinérance. Ainsi, les personnes sans domicile présentent une altération de leur état de santé psychique, physique et sociale. Ces derniers correspondent aux trois domaines de la santé définis par l'OMS en 1946. Concernant la santé mentale, un tiers des personnes sans domicile souffre d'un trouble psychique (Cha, 2013 ; Laporte & Chauvin, 2010), un cinquième présente au moins une addiction à une substance (Cha, 2013). Par ailleurs, vivre dans la rue entraîne fréquemment une souffrance psychologique importante (De La Rochère, 2003), des troubles de l'humeur et des troubles anxieux (Cha, 2013). Les troubles du sommeil, liés aux conditions de vie dans la rue ou dans les centres d'hébergement (insécurité, froid, etc.) et aux circonstances douloureuses de perte de logement, sont fréquents. Concernant la santé physique, la migraine est le trouble le plus souvent évoqué. On retrouve également des troubles respiratoires (broncho-pneumopathie chronique obstructive, asthme, tuberculose), des troubles digestifs, des troubles hépatiques, des pathologies dermatologiques, des troubles métaboliques (diabète, hypertension), des séquelles de traumatismes physiques suite à une agression ou à un accident, des atteintes du système nerveux (De La Rochère, 2003), des brûlures, des infections de plaies non traitées (Cha, 2013). Des troubles dentaires sont fréquemment diagnostiqués chez les personnes sans domicile (Centre d'Observation de la Société, 2015). Les infections virales, telles que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC), sont plus fréquentes que dans la population générale à cause des modes de consommation de drogues et des comportements sexuels à risque. Par ailleurs, les comorbidités sont fréquentes (Cha, 2013), que les pathologies soient psychiques ou physiques. Concernant la santé sociale, les personnes sans domicile sont souvent marginalisées et isolées du reste de la population (Cambois, 2003).

De plus, d'après Cha (2013), l'espérance de vie des personnes sans domicile est réduite de 30 à 35 ans par rapport à l'ensemble de la population. L'étude menée en 2015 par

l'association *Le Collectif Les Morts de la Rue* apporte des précisions à propos des causes de décès. Les plus fréquentes sont les agressions, les accidents et les maladies. Les décès sont également plus souvent liés à l'alcool que dans la population générale.

Malgré le désir d'améliorer la santé de cette population, la mise en place d'interventions est difficile. En effet, il est tout d'abord complexe de traiter cette population à cause des comorbidités souvent associées à des conditions de vie difficiles. De plus, la prévention, essentielle en matière de santé, est difficile à mettre en place auprès de cette population (Centre d'Observation de la Société, 2015).

1.1.2 Des dispositifs mis en place pour lutter contre la précarité et l'exclusion sociale

En France, de nombreux dispositifs ont été mis en place pour répondre aux besoins des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, dont les personnes sans domicile. Les dispositifs énoncés ici ne sont pas exhaustifs, seuls les principaux dispositifs existants sont cités et explicités.

- **Les dispositifs de veille sociale**

Les dispositifs de veille sociale permettent l'accueil, l'information et l'orientation des personnes sans domicile. Parmi les dispositifs de veille sociale (CNLE, 2015), les **services d'écoute téléphonique du 115** sont accessibles à toute heure de la journée. Ils peuvent être sollicités par des personnes à la recherche d'un hébergement, d'un centre de distribution de repas, d'un lieu de soin, mais également pour signaler une personne en difficulté (FNARS, 2010). Les **Services d'Accueil d'Orientation** (SAO) et les **Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation** (SIAO) reçoivent les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale pour évaluer leurs besoins médicaux, psychiques et sociaux, pour identifier la nature des réponses à proposer et pour orienter les personnes vers des lieux de soins et/ou d'hébergement adaptés à leurs besoins (ANSA, 2016 ; FNARS 2010). Cette démarche de coordination a pour objectif de simplifier les démarches d'accès à l'hébergement et au logement pour les personnes sans domicile (CNLE, 2015). Les **équipes mobiles**, également appelées **maraudes**, effectuent des tournées dans la rue pour aller à la rencontre des personnes sans abri restant dans la rue et n'exprimant aucune demande. Selon la personne, elles répondent à des besoins différents tels que l'écoute, l'information, l'accompagnement, l'orientation vers des lieux de soins et/ou d'hébergement (FNARS, 2010). En France, les équipes mobiles les plus connues sont les Samu sociaux qui ont été développés en 1993 par Xavier Emmanuelli, médecin et homme politique français (Spira *et al.*, 2017). Les **accueils de jour** proposent des aides matérielles répondant aux

besoins physiologiques (restauration, douche, vestiaire, élimination, etc.) des personnes sans domicile (CNLE, 2015 ; FNARS, 2010).

- Les dispositifs de prévention et de dépistage

Les centres de prévention et de dépistage accueillent et proposent gratuitement des informations, des bilans de santé, des dépistages et des vaccinations. Ils peuvent également proposer des suivis médicaux réguliers en cas de besoin. Parmi eux, les **centres d'information, de dépistage et de diagnostic** qui permettent le dépistage précoce des infections sexuellement transmissibles, les **centres de lutte contre la tuberculose** qui assurent des soins gratuits pour les personnes atteintes de la tuberculose (FNARS, 2010), les **centres de vaccination** qui assurent la vaccination gratuite des personnes en situation de précarité (Spira *et al.*, 2017).

- Les dispositifs dédiés aux personnes avec des troubles psychiques et/ou physiques

Certains dispositifs, qui ne sont pas uniquement adressés à la population sans domicile, sont chargés de l'accueil, de l'accompagnement et de l'orientation des personnes présentant des troubles psychiques et/ou physiques. Comme mentionné précédemment, les personnes sans domicile ont une moins bonne perception de leur état de santé que la population générale et près d'un tiers des personnes sans domicile est atteint de troubles psychiques (Cha, 2013). Les **Permanences d'Accès à la Santé et aux Soins (PASS)** ont été créées par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Ce sont des plateformes de prise en charge médico-sociale au sein desquelles travaillent des professionnels de santé et des professionnels du social. Elles sont mises en place au sein d'établissements de santé (ANSA, 2016). Elles accompagnent les personnes en situation de précarité, ayant des ressources peu élevées et/ou n'ayant pas encore de protection maladie, dans l'accès au système de santé et dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les PASS peuvent également organiser la prise en charge des consultations, des examens et des médicaments (FNARS, 2010). Les **Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)** ont été créées par la circulaire du 23 novembre 2005. Les EMPP constituent un dispositif complémentaire intersectoriel situé à l'interface du dispositif de soins psychiatriques et du dispositif d'accompagnement social (Spira *et al.*, 2017). Regroupant une équipe pluridisciplinaire, elles sont réparties sur l'ensemble du territoire national, notamment dans les zones les plus concernées par la précarité. Les EMPP s'adressent aux personnes en situation de précarité souffrant d'une pathologie psychiatrique. Elles ont pour rôle d'aller au contact des personnes concernées et d'apporter un soutien aux équipes médico-sociales travaillant auprès de ces personnes (ANSA, 2016). Les **Centres Médico-Psychologiques (CMP)** sont des unités couvrant un secteur géographique déterminé.

Ils assurent des consultations pour les personnes en souffrance psychique et organise leur orientation vers d'autres dispositifs adaptés (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, hôpital de jour, etc.), il organise également des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Les **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues** (CAARUD) ont été mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à politique de santé publique. Les **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie** (CSAPA) ont été créés par le décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ces deux centres sont des dispositifs de prise en charge des addictions. Grâce à une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique, sociale, éducative ainsi qu'à des actions de prévention et d'accompagnement (FNARS, 2010), leur objectif est de réduire les risques dans la consommation de drogues. Ils portent une attention particulière aux usagers en situation de précarité (ANSA, 2016 ; FNARS, 2010).

- Les dispositifs d'hébergement et de logement adapté à orientation sociale et/ou médico-sociale

Des dispositifs associent l'hébergement et l'accompagnement médico-social et/ou social. Parmi ces dispositifs, les **Centres d'Hébergement d'Urgence** (CHU) permettent de répondre à l'urgence de la situation. Pour ce faire, ils proposent des prestations de première nécessité (hébergement, restauration, hygiène), ils apportent une première évaluation médicale et sociale, puis ils orientent vers une structure d'insertion adaptée ou vers un logement (FNARS, 2010). Les **Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale** (CHRS) sont des structures accueillant des personnes ou des familles connaissant des difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion (FNARS, 2010). Les **Lits Halte Soins Santé** (LHSS) sont des structures médico-sociales destinées aux personnes sans domicile dont l'état de santé physique ou psychique ne nécessite pas forcément une hospitalisation mais est incompatible avec la vie dans la rue. Ils offrent une prise en charge médico-sociale, un accompagnement social, une éducation à la santé, un hébergement à la personne afin que celle-ci puisse récupérer (ANSA, 2016 ; CNLE, 2015 ; FNARS, 2010). Les **Lits d'Accueil Médicalisé** (LAM) ont été conçus pour les personnes atteintes de pathologies chroniques, ne possédant pas de domicile et ne bénéficiant pas de prise en charge adaptée, afin qu'elles puissent recevoir un hébergement, un suivi médical régulier ainsi qu'un accompagnement social (CNLE, 2015 ; FNARS, 2010). Les **Appartements de Coordination Thérapeutique** (ACT) étaient, à l'origine, uniquement destinés aux personnes touchées par le Syndrome de

l'Immunodéficience Acquisée (SIDA). Ils ne ciblent plus uniquement ces personnes, mais permettent également de loger temporairement les personnes vulnérables, touchées par une pathologie chronique (SIDA, VHB, VHC, sclérose en plaques, troubles psychiatriques, etc.), et d'assurer un accompagnement médical, psychologique et social régulier. Ce dispositif d'hébergement accueille de nombreuses personnes sans domicile (ANSA, 2019), notamment dans le cadre du programme « **Un chez soi d'abord** ». Ce dernier permet aux personnes sans domicile, notamment celles qui souffrent de troubles psychiques, d'accéder directement à un logement ordinaire et d'être ainsi accompagnées vers la réinsertion et le maintien au sein de ce logement. Le logement est un outil, et non une finalité, du parcours de réinsertion. La personne se voit être sous-locataire d'un logement dont le dispositif est locataire. L'objectif est de restaurer le pouvoir d'agir ; il ne s'agit plus de faire à la place de la personne, mais de travailler avec elle, en lui donnant les clés pour agir et pour devenir autonome, afin qu'à long terme, elle devienne locataire de ce logement. Pour ce faire, les intervenants sociaux effectuent régulièrement des rencontres et des visites à domicile (Gilliot & Sorba, 2020 ; Laval & Estecahandy, 2019). Les personnes sans logement peuvent également être logées à titre temporaire dans des **logements** ou dans des **chambres** (hôtels, foyers, résidences sociales) financés par des associations ou des organismes (FNARS, 2010). Les **centres maternels** sont des structures spécialisées dans l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement, l'insertion sociale et professionnelle des femmes enceintes sans domicile et des mères isolées dont les enfants ont moins de trois ans (FNARS, 2010). Les **Hébergements d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA)** et les **Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA)** sont des dispositifs d'hébergement dédiés aux réfugiés et aux demandeurs d'asile (FNARS, 2010).

- L'évolution des actions au sein de ces dispositifs

Depuis quelques années, les dispositifs adressés aux personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale ont vu se développer de nouvelles actions dont le travail pair (Chambon, Traverso & Zeroug-Vial, 2020). A l'origine, le travail pair naît dans le champ de la santé mentale, surtout dans la démarche d'éducation thérapeutique. Mais ses bénéfices lui ont permis de s'élargir aux champs de la santé physique, de la précarité, de l'accès au logement. Les appellations pour désigner l'acteur du travail pair sont nombreuses : « travailleur pair », « médiateur de santé pair », « pair aidant », « intervenant social pair », etc. (Schweitzer, 2020 ; Troiseufs, 2020).

Le travailleur pair est un membre à part entière de l'équipe. Sa spécificité est de partager un vécu similaire aux usagers des dispositifs. En effet, le travailleur pair issu de la rue a

accumulé une multitude d'expériences liées aux conséquences de ce même vécu. Lui aussi a connu la perte d'emploi, la pauvreté, la précarité, la perte de logement, la souffrance, la stigmatisation, les conduites addictives, le chemin vers la réinsertion, etc. (Fédération des acteurs de la solidarité, 2018). A partir de ces expériences, le travailleur pair a développé des « savoirs expérientiels », comme des connaissances pratiques et techniques qui lui ont permis de survivre (Schweitzer, 2020). Par exemple, il connaît les services et les ressources locales (banques alimentaires, points d'eau, centres de soins, centres d'hébergement, etc.). Sur la base de ces savoirs expérientiels, il peut aider d'autres personnes vivant des parcours similaires (Fédération des acteurs de la solidarité, 2018). De plus, il peut agir en tant que « représentant » des usagers et « traducteur » entre les professionnels et les personnes accompagnées (Gilliot & Sorba, 2020). Il partage un langage commun avec les usagers, qui leur permet de mieux se comprendre. Ce langage commun associé à l'expérience similaire favorise le développement d'une relation de confiance (Niard, Maugiron & Franck, 2020). De même, son expérience professionnelle au sein du dispositif lui permet de rendre intelligible le langage des professionnels aux usagers (Schweitzer, 2020). Il permet ainsi de faire le lien entre les deux parties et d'effacer l'éventuelle frontière entre les personnes accompagnées et les professionnels (Gilliot & Sorba, 2020 ; Schweitzer, 2020). Outre cela, il représente le rétablissement, la possibilité d'évoluer vers le mieux-être et d'aboutir à un projet de vie. Cette démonstration que le rétablissement est possible, suscite l'espoir chez les usagers (Chambon *et al.*, 2020 ; Fédération des acteurs de la solidarité, 2018 ; Niard *et al.*, 2020 ; Schweitzer, 2020).

Pour mettre son expérience au service des usagers, le travailleur pair développe une expertise de lui-même. Il est capable de prendre du recul par rapport à son expérience, de poser un regard critique sur son parcours et d'évoquer le regard des autres et de lui-même sur sa personne (Schweitzer, 2020).

1.1.3 L'ergothérapie et les sciences de l'occupation

1.1.3.1 Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapie est une profession paramédicale située à l'interface du domaine de la santé et du domaine du social (Meyer, 2007). Son objectif principal est de « permettre aux individus de participer aux activités de la vie quotidienne » (ANFE, 2018). Elle est apparue au début du XX^e siècle en Amérique de Nord et s'est développée dans les années 1950 en France (ANFE, 2017). Elle est réglementée par le Code de Santé Publique (L4331-1 ; R4331-1) et par l'Arrêté du 5 juillet 2010.

L'ergothérapeute travaille avec les populations de tout âge (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) (ANFE, 2017). Ces populations présentent souvent des troubles de la santé physique ou mentale, mais l'ergothérapeute intervient également auprès de populations sans problème de santé pour assurer des actions de prévention et de promotion à la santé, pour améliorer leur intégration sociale. Son intervention est réalisée auprès d'individus, de communautés, d'organismes, d'associations, d'entreprises (Arrêté du 5 juillet 2010 ; ANFE, 2019 ; Ordre des Ergothérapeutes du Québec, 2019).

L'approche de l'ergothérapeute est centrée sur la personne (ANFE, 2018). Elle prend en compte la personne dans sa globalité, ainsi que « l'environnement dans lequel les activités de la vie quotidienne significatives et culturellement pertinentes seront réalisées » (WFOT, 2019).

Le rôle principal de l'ergothérapeute est d'améliorer l'indépendance et l'autonomie de la personne dans ses occupations. Il accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie afin qu'elle puisse retrouver sa participation aux occupations, ses rôles sociaux, ses habitudes antérieures. Pour ce faire, il réalise des bilans validés et standardisés afin d'évaluer les ressources et les besoins de la personne. Il cherche à améliorer ou à faciliter la satisfaction et la performance de la personne dans sa vie quotidienne grâce à des mises en situation écologique, des ateliers thérapeutiques, l'accompagnement dans le développement de stratégies de compensation et la préconisation d'aides techniques, d'aides humaines, d'aménagements de l'environnement de la personne (WFOT, 2019).

1.1.3.2 Les sciences de l'occupation : une source de l'ergothérapie

Les sciences de l'occupation, apparues dans les années 1980, sont l'un des fondements principaux de l'ergothérapie (Pierce, 2016). Depuis leur développement, l'occupation humaine est devenue le concept central de l'ergothérapie (Meyer, 2007). L'occupation humaine est définie par Kielhofner comme « une large gamme d'activités [...] réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Morel, 2017). Elle regroupe les activités dans trois grands domaines d'occupation : les activités de la vie quotidienne, la productivité et les loisirs. Les activités de la vie quotidienne sont les tâches de la vie courante (soins personnels, entretien du domicile, etc.). La productivité fait référence aux activités, rémunérées ou non, visant à créer des services, des biens ou des savoirs (activité professionnelle, scolarité, formation, bénévolat, etc.). Les loisirs correspondent aux activités accomplies pour son propre plaisir (Morel, 2017). Ainsi, les occupations composent l'ensemble du quotidien de l'être humain.

- Un lien entre l'occupation et la santé

D'après l'OMS, la participation à des occupations est essentielle pour l'être humain car elle a une influence positive sur sa santé et son bien-être (Boyce & Brown, 2017). Les sciences de l'occupation renforcent ce lien entre les occupations, la santé et le bien-être (Pierce, 2016). En effet, l'être humain est un être actif qui participe naturellement à des occupations (Morel, 2017). Tout au long de sa vie, il réalise de nombreuses occupations et se développe à travers elles (Meyer, 2007). Elles donnent un sens et un but à sa vie (ACE, 2008), elles lui confèrent une identité, c'est-à-dire que ce qu'il fait, définit ce qu'il est (Gallagher, Muldoon & Pettigrew, 2015), et elles lui permettent d'être socialement reconnu (Morel, 2017). Les occupations présentent un aspect dynamique. Elles peuvent changer au cours de la vie par l'évolution du projet de vie, par les envies, par la découverte de nouvelles occupations ou par le changement du contexte environnemental qui influencera la manière dont l'occupation est réalisée. Ainsi, la santé et le bien-être sont favorisés lorsque l'être humain est en mesure de faire ses propres choix et de réaliser les occupations qui ont, non seulement un sens pour lui, mais qui sont également significatives pour la société dans laquelle il vit (ACE, 2008). Or, une atteinte à la réalisation des occupations peut avoir des effets néfastes sur la santé (Meyer, 2007).

Depuis trente ans, les sciences de l'occupation font de l'ergothérapeute un expert en habilitation de l'occupation. En tant qu'expert, l'ergothérapeute tient compte de la perception et du vécu propre à chaque patient pour promouvoir la santé, le bien-être et la justice par l'occupation, la participation aux occupations et les besoins liés aux occupations (ACE, 2012). Ainsi, afin de favoriser la santé et le bien-être de ses patients, l'ergothérapeute permet à la personne de reprendre ou modifier ses occupations, de développer de nouvelles occupations (Meyer, 2007), de réapprendre à vivre de manière autonome, à faire des choix et à contrôler sa vie (ACE, 2008).

- Les concepts et les modèles développés par les sciences de l'occupation

Avec l'émergence des sciences de l'occupation, de nouveaux concepts centrés sur l'occupation humaine sont apparus en ergothérapie (Drolet, 2017). A l'aide de ces concepts, les sciences de l'occupation permettent de mieux comprendre l'occupation humaine : comment l'occupation est perçue et vécue par le patient, comment elle est influencée par l'environnement, comment elle évolue, comment elle est utilisée pour produire le changement (Pierce, 2016). Ces concepts sont fréquemment intégrés dans les modèles conceptuels spécifiques à l'ergothérapie. Ils permettent de structurer et d'argumenter le processus de prise en charge en ergothérapie, ainsi que poser un cadre au processus de recherche et orienter l'analyse

des résultats. Parmi les modèles spécifiques à l'ergothérapie, on retrouve le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Morel, 2017).

1.1.3.3 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH a été élaboré par Kielhofner dans les années 1980. Comme son nom l'indique, ce modèle se focalise sur l'occupation humaine. Il cherche à expliquer le processus par lequel chaque être humain s'engage dans ses occupations. La participation à des occupations est le résultat des interactions entre la motivation de la personne, ses capacités, ses habitudes, ses rôles et les exigences de l'environnement (Morel, 2017). Le MOH s'adresse à toute personne qui rencontre des difficultés à réaliser ses occupations quel que soit l'environnement où celles-ci se déroulent (Kielhofner, 2002). Il semble donc totalement adéquat pour comprendre la participation occupationnelle des personnes sans domicile. De surcroît, le MOH est considéré comme approprié à la population sans domicile par plusieurs auteurs. En effet, il est fréquemment évoqué dans la littérature (Bradley, Hersch, Reistetter & Reed, 2011 ; Kannenberg & Boyer, 1997 ; Kavanagh & Fares, 1995 ; Lloyd & Bassett, 2012 ; Schultz-Krohn, Drnek & Powell, 2006). Il permettra donc de structurer le raisonnement de cette recherche.

Le MOH peut être décrit en trois grands fondements : l'Être, qui regroupe les composantes de la personne, l'Agir, qui retrace la façon dont la personne réalise ses occupations, et le Devenir, qui exprime le degré d'adaptation de la personne à ses occupations. L'ensemble interagit de manière permanente avec l'environnement et évolue au cours du temps pour façonner l'être humain, lui demandant ainsi une adaptation constante (Morel, 2017) (Annexe I).

▪ Les trois composantes de la personne : l'Être

Kielhofner conceptualise l'être humain en trois composantes : la volition, l'habitation et la capacité de performance (Morel, 2017).

La volition est définie comme « la motivation d'une personne à agir sur son environnement » (Morel, 2017). C'est un processus qui aide à comprendre ce qui motive et ce qui permet à la personne de s'engager dans une activité. Afin de comprendre cette motivation, la volition s'intéresse aux valeurs, c'est-à-dire ce que la personne considère comme signifiant et significatif, aux centres d'intérêt, c'est-à-dire ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser, et enfin, aux déterminants personnels, c'est-à-dire ce que la personne perçoit de ses capacités et de son efficacité.

L'habitation s'intéresse à l'organisation de la routine quotidienne. Elle se construit par la répétition régulière voire routinière des occupations. Cette répétition permet d'automatiser les

actions et de développer les meilleures stratégies afin que ces actions soient peu coûteuses en énergie et en attention. L'habitation regroupe les habitudes et les rôles. Les habitudes correspondent aux façons d'agir que les individus utilisent dans des situations connues ou des environnements familiers. Les rôles sont les responsabilités et les comportements adoptés par la personne dans un contexte social. Les individus se voient et agissent en tant que parent, conjoint, ami, collègue, étudiant, frère ou sœur. Ces rôles leur procurent un statut social et personnel au sein de leur communauté. Ils leur permettent d'être reconnus et identifiés au sein de celle-ci.

La capacité de performance correspond à la perception de l'individu de ses capacités qui lui permettraient de réaliser ses occupations. Ces capacités dépendent de composantes physiques et mentales objectivables (système musculosquelettique, système neurologique, système cardio-respiratoire, fonctions cognitives et habiletés sociales) et de l'expérience subjective du corps (perception de lui-même, sensation, douleur, bien-être, plaisir, expériences hallucinatoires, etc.) (Bélanger, Briand & Rivard, 2006 ; Kielhofner, 2002 ; Morel, 2017).

Les trois composantes de la personne interagissent de manière permanente entre elles et avec l'environnement.

- L'influence de l'environnement

La personne s'engage toujours dans ses occupations dans un contexte environnemental donné. Ce dernier offre à la personne des opportunités et des ressources qui favoriseront la réalisation des occupations. À l'inverse, l'environnement peut créer des exigences et des contraintes qui limiteront la réalisation des occupations. Pour Kielhofner, l'environnement comprend l'environnement physique, qui inclut les objets et les espaces physiques, et l'environnement social, qui comporte les groupes sociaux (famille, amis, collègues, etc.) et les pratiques socio-culturelles clairement identifiées par les membres du groupe (façon de se vêtir, type de loisirs, etc.) (Bélanger *et al.*, 2006 ; Kielhofner, 2002 ; Morel, 2017).

Les interactions entre l'environnement et les trois composantes de la personne sous-tendent sa participation occupationnelle.

- Les dimensions de l'Agir

Le second fondement affirme que les individus se définissent par leurs actions. Lorsqu'une personne agit, trois niveaux d'action peuvent être décomposés : la participation, la performance et les habiletés.

La participation est la plus large dimension de l'Agir. Doris Pierce (2016) définit la participation comme l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie sociale,

familiale, communautaire, autant dans les activités de la vie quotidienne, que dans le travail et les loisirs. Ainsi, la participation s'effectue par le biais des occupations. Dans le MOH, Kielhofner qualifie la participation comme étant « occupationnelle », elle correspond à « l'engagement de la personne dans son travail, ses loisirs et ses activités de la vie quotidienne » dans un contexte environnemental spécifique (Kielhofner, 2002). L'individu donne à ses actions une signification personnelle et sociale. En ergothérapie, faciliter la participation à des occupations est une finalité principale car, comme mentionné précédemment, celle-ci exerce une forte influence sur la santé et le bien-être (Meyer, 2013).

La performance occupationnelle correspond à l'ensemble des activités réalisées qui viennent répondre à la participation occupationnelle (Morel, 2017).

Les habiletés correspondent à la plus petite dimension de l'Agir. Ce sont toutes les actions exécutées par la personne pour mener à terme une activité. Elles peuvent être observables lors d'une mise en situation par exemple (Morel, 2017). Kielhofner (2002) définit trois catégories d'habiletés : les habiletés motrices, les habiletés opératoires, les habiletés de communication et d'interaction.

- Les conséquences de l'Agir : le Devenir

Grâce à sa participation occupationnelle, l'être humain accumule de l'expérience au sein de son environnement. Cette expérience lui permet de développer une capacité d'adaptation face aux changements et aux nouvelles occupations. On parle d'adaptation occupationnelle. L'adaptation occupationnelle est constituée de deux composantes en interaction constante : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle.

L'identité occupationnelle désigne ce que l'individu est, ainsi que ce qu'il souhaite devenir en tant qu'être occupationnel. A partir de l'expérience créée grâce à la participation occupationnelle, une identité s'érige. Elle inclut la perception de l'individu sur ses capacités, son efficacité, ses centres d'intérêt et sa satisfaction, le sens donné à sa routine quotidienne, à ses rôles, à ses obligations, ainsi que la perception des ressources et des contraintes de son environnement. Ainsi, l'identité occupationnelle permet à la personne d'avoir une vision d'ensemble de sa volition, de son habitude et de son expérience subjective du corps.

La compétence occupationnelle caractérise la capacité d'un individu à mettre en place et à maintenir une routine d'occupations satisfaisantes et cohérentes avec son identité occupationnelle. Pour cela, l'individu organise sa vie pour atteindre ses objectifs, pour instaurer une routine qui a du sens, pour parvenir à une vie satisfaisante en accord avec ses valeurs (Bélanger *et al.*, 2006 ; Kielhofner, 2002 ; Morel, 2017).

D'autres concepts ne sont pas intégrés dans des modèles, mais sont défendus par les ergothérapeutes et inspirent leur pratique (Drolet, 2017). C'est notamment le cas de la justice occupationnelle.

1.1.3.4 Le concept de justice occupationnelle

La justice occupationnelle a été conceptualisée par Townsend & Wilcock. Ils la définissent comme le « droit de chaque individu de subvenir à ses besoins fondamentaux et de jouir de l'égalité des opportunités et des chances de s'épanouir pleinement, mais dans le respect de son engagement dans des occupations diversifiées et significatives » (Wilcock & Townsend, 2004). Cette définition explique que la justice occupationnelle promeut le droit de la personne de participer à des occupations en accord avec ses valeurs. Elle est indispensable pour disposer du meilleur état de santé possible et s'épanouir tout au long de sa vie (Albuquerque, 2019). Elle défend quatre droits occupationnels selon lesquels chacun possède (Townsend & Wilcock, 2004) :

- Le droit de réaliser des occupations significatives et enrichissantes ;
- Le droit de participer à des occupations favorisant la santé et l'intégration sociale ;
- Le droit de faire des choix et de participer à la prise de décisions dans la vie quotidienne ;
- Le droit d'avoir des privilèges égaux pour s'engager dans des occupations variées.

Dans un monde juste et équitable d'un point de vue occupationnel, les individus peuvent participer à des occupations qui sont importantes et significatives pour eux. Mais lorsqu'ils n'ont pas accès aux ressources physiques, sociales, économiques ou culturelles susceptibles de favoriser leur participation à ces occupations significatives, ils sont confrontés à des situations d'injustice occupationnelle. Quatre grandes formes d'injustice occupationnelle ont été décrites dans la littérature (Townsend & Wilcock, 2004 ; Wolf, Ripat, Davis, Becker & MacSwiggan, 2010) : la privation occupationnelle, l'aliénation occupationnelle, la marginalisation occupationnelle et le déséquilibre occupationnel. La privation occupationnelle correspond à l'empêchement prolongé de réaliser des occupations en raison de l'absence de ressources et de facteurs indépendants de sa volonté. L'aliénation occupationnelle se manifeste lorsqu'une personne est obligée de participer à des occupations qu'elle considère peu significatives, peu reconnues ou peu valorisées. La marginalisation occupationnelle se produit lorsqu'une personne n'a pas le pouvoir de faire ses propres choix ou lorsqu'une personne est mise à l'écart de la société en raison d'une atteinte à sa santé. Enfin, lorsqu'un individu ne peut plus réaliser ses occupations d'une manière qui lui convient et qui lui semble équilibrée, on parle de déséquilibre occupationnel (Townsend & Wilcock, 2004 ; Wolf *et al.*, 2010). Adolf Meyer affirme qu'il est

important de se préoccuper du rythme de vie pour avoir une participation équilibrée entre le travail, les loisirs et les activités de la vie quotidienne (Larivière, 2019). Par exemple, une personne qui exprime ne pas se sentir suffisamment occupée au cours de la journée est victime de déséquilibre occupationnel. Ces injustices occupationnelles retentissent sur la santé et le bien-être des individus touchés (Monin, 2019).

L'injustice occupationnelle touche notamment les individus et les populations vulnérables, c'est-à-dire exposés à la pauvreté, à la précarité, à l'exclusion sociale, au chômage, à l'itinérance (Kirsh, 2015 ; Monin & Desrosiers, 2017 ; Van Bruggen, 2015). Pour faire face à ces problématiques, la pratique de l'ergothérapie voit sa vision s'ouvrir vers une ergothérapie dite « sociale ». Par ailleurs, Hanneke Van Bruggen (2015) propose de « s'engager dans la justice occupationnelle en développant des approches communautaires fondées sur l'occupation dans lesquelles tous les individus trouvent leur place ». Ainsi, de nouvelles populations et de nouveaux milieux d'intervention viennent élargir la pratique de l'ergothérapeute. De nouveaux rôles, basés sur les concepts développés précédemment, apparaissent également (Pierce, 2016 ; Van Bruggen, 2015).

1.1.3.5 L'émergence d'une approche communautaire et sociale en ergothérapie

A l'instar de l'ergothérapie, l'approche communautaire et sociale place la participation au cœur de l'action. L'action communautaire désigne « toute initiative, issue de personnes, de groupes communautaires, d'une communauté (géographique locale, régionale, nationale ; d'intérêts ; d'identités) visant à apporter une solution collective et solidaire à un problème social ou à un besoin commun. L'action communautaire s'actualise sur des pratiques multiples et diversifiées (création de ressources et de services, transformations sociales, éducation populaire, etc.) qui poursuivent des objectifs de justice sociale, de solidarité, de démocratie, de répartition plus juste des richesses, d'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les peuples. Ces actions sont menées avec un souci d'éducation et de fonctionnement démocratique afin de favoriser l'autonomie des personnes et des communautés (*empowerment*) » (Lamoureux, Lavoie & Mayer, 2008). L'approche communautaire invite donc à agir au sein des populations pour restaurer leur pouvoir d'agir (*empowerment*). Elle se déroule en plusieurs phases. Pour être mise en place, la communauté doit être désignée. Ici, les personnes sans domicile représentent une communauté d'intérêts, c'est-à-dire qu'elles partagent des problèmes sociaux communs susceptibles de porter atteinte à leur santé. Ensuite, à partir des plaintes émises par ses membres, les problématiques occupationnelles de la communauté et de ses membres sont mises en évidence et des solutions sont proposées par la communauté à partir d'une intelligence

collective. Puis, des actions sont mises en place et les résultats de ces actions sont évalués (Monin, 2019).

Il est postulé que l'ergothérapeute occupe une place intéressante auprès de populations ne rencontrant pas toujours de situation de handicap dans leur vie quotidienne, mais souffrant tout de même d'un manque d'accès à l'occupation (Carrier & Raymond, 2017 ; Van Bruggen, 2015). Parmi elles, on retrouve une nouvelle fois les personnes différant de la « norme » sociale, les personnes présentant des troubles de santé physique ou mentale, les personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, les personnes sans domicile, les demandeurs d'asile, les personnes incarcérées, les personnes âgées (Townsend & Marval, 2013), les personnes sans emploi (Townsend & Wilcock, 2004). Ainsi, l'ergothérapeute est amené à intervenir auprès des personnes présentant des troubles de santé physique ou mentale, mais également auprès des individus ne présentant aucun problème de santé (Law, 2002). En effet, les difficultés occupationnelles ne sont pas toutes causées par des déficits, mais aussi par des problèmes sociaux (Townsend, Polatajko & Cantin, 2013). Plusieurs ergothérapeutes déclarent que leur intervention auprès de ces populations permet d'améliorer la qualité de leur quotidien (Townsend & Wilcock, 2004).

Dans sa pratique, l'ergothérapeute intervient majoritairement au niveau de l'individu (micro). Mais l'ergothérapie sociale l'invite à ne pas se limiter à l'approche individuelle et à adopter également un rôle au niveau communautaire (mésos) et/ou sociétal (macro) (Albuquerque, 2019). Il est amené à intervenir au domicile, dans les institutions et les communautés (Carrier & Raymond, 2017), comme par exemple la rue, les parcs, les centres d'hébergement temporaire, les refuges, les centres d'aides, les centres de soins, les centres spécialisés en santé mentale et en addictologie (Grandisson, Mitchell-Carvalho, Tang & Korner-Bitensky, 2009). L'approche communautaire et sociale en ergothérapie est une pratique encore peu développée en France et en Europe. Ainsi, le nombre d'ergothérapeutes utilisant une approche communautaire est réduit.

Particulièrement indiquée auprès des populations défavorisées et marginalisées, elle utilise le concept de justice occupationnelle pour comprendre les problématiques en termes d'occupation. Les ergothérapeutes possèdent donc des compétences spécifiques pour mettre en œuvre des interventions innovantes auprès de communautaires précaires (Monin, 2019). Comme l'indique la Fédération Mondiale des Ergothérapeutes, le rôle principal de l'ergothérapeute est d'habiliter les individus ou les communautés aux occupations (Drolet, 2017). Il doit donc trouver un équilibre entre l'habilitation des occupations à l'échelle de l'individu et l'habilitation des occupations à l'échelle des communautés (Kirsh, 2015 ; Van

Bruggen, 2015). Face aux injustices occupationnelles, il cherche à rétablir l'équité et l'accessibilité aux occupations (Monin, 2019). Il favorise l'épanouissement et l'inclusion sociale des personnes ou des communautés marginalisées en créant des opportunités pour qu'elles puissent participer à des occupations signifiantes (Kirsh, 2015), en soutenant le développement de leurs habiletés, en modifiant leurs occupations ou en adaptant leur environnement. L'ergothérapeute mène des activités de plaidoyer (*advocacy*). L'*advocacy* désigne toute initiative prise par un thérapeute qui consiste à soutenir le patient dans la promotion et la défense de ses intérêts et de son bien-être (Dhillon, Wilkins, Law, Stewart & Tremblay, 2010). Ainsi, l'ergothérapeute devient un promoteur et un défenseur de la santé, du bien-être, du pouvoir d'agir, de la justice occupationnelle et des droits occupationnels des patients. Il assure également la défense des concepts reliés aux sciences de l'occupation (Drolet, 2017 ; Drolet & Hudon, 2014). Il participe à la prévention et à la promotion de la santé des individus et des communautés (Carrier & Raymond, 2017).

Mais pour pouvoir adopter pleinement ses nouveaux rôles, l'ergothérapeute doit, dans un premier temps, apprendre à connaître les populations concernées par la précarité et l'exclusion sociale, leurs contextes de vie, leurs habitudes, et à les comprendre, pour pouvoir ensuite adapter sa pratique (Monin, 2019).

1.1.4 Etat des lieux sur les études ergothérapeutiques auprès des personnes sans domicile

1.1.4.1 Les études sur les occupations des personnes sans domicile

Le nombre d'études portées sur les occupations des personnes sans domicile est limité. Par ailleurs, ces études ont toutes été réalisées dans des pays étrangers, notamment les pays anglophones, comme le Royaume-Uni, le Canada, les Etats-Unis, ou encore l'Australie.

Le domicile est reconnu pour apporter aux individus un ancrage, une sécurité, une identité, un sentiment d'appartenance et de bien-être (Chard, Faulkner & Chugg, 2009). On retrouve ici l'idée sur laquelle se base la politique du logement d'abord qui considère que le logement est un point de départ du parcours de réinsertion. En revanche, l'absence de domicile peut faire naître de nombreux besoins qui ne sont pas toujours remplis par les services sanitaires et sociaux auxquelles la population peut accéder (Riley, Harding, Underwood & Carter, 2003 ; Roy, Morin, Lemetayer & Grimard, 2006). On peut donc questionner l'effet de l'absence du domicile sur la participation occupationnelle des personnes sans domicile. Un certain nombre d'études met en évidence les occupations auxquelles les personnes sans domicile participent quotidiennement, les occupations qui contribuent à leur bien-être, les occupations qui ne sont pas réalisées de manière satisfaisante et le sens de l'occupation pour elles.

Au cours de leur journée, les personnes sans domicile participent majoritairement à des occupations dites « de survie », comme se laver, trouver un lieu sécurisé pour dormir, obtenir de la nourriture, chercher de l'argent (Cunningham & Slade, 2019 ; Illman, Spence, O'Campo & Kirsh, 2013 ; Thomas, Gray & McGinty, 2017 ; VanLeit, Starrett & Crow, 2006). D'après Cunningham & Slade (2019) et Thomas *et al.* (2017), ces occupations sont une priorité pour elles et prennent la majorité de leur temps au détriment d'autres occupations significatives. Mais pour parvenir à réaliser ces occupations, les personnes sans domicile sont souvent attachées aux dispositifs d'aide qui sont à leur disposition (Cunningham & Slade, 2019 ; Illman *et al.*, 2013 ; Thomas *et al.*, 2017).

Ainsi, des études étrangères ont montré que les personnes sans domicile présentaient plus de difficultés occupationnelles que la population générale. En effet, l'étude menée par Rybski & Israel (2017) souligne que les mères sans domicile ont un score de satisfaction occupationnelle plus faible que les mères logées durablement. Par ailleurs, d'autres études mettent en évidence des difficultés occupationnelles exprimées par les personnes sans domicile. Deux études utilisant la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) identifient plusieurs centaines de difficultés occupationnelles. Celles-ci ont été évaluées avec un score moyen supérieur à huit sur dix, soulignant ainsi la grandeur des préoccupations occupationnelles énumérées (Muñoz, Garcia, Lisak & Reichenbach, 2006 ; VanLeit *et al.*, 2006). Dans l'étude conduite par Muñoz *et al.* (2006) auprès de personnes sans domicile présentant des troubles de santé mentale, plus de la moitié des difficultés occupationnelles identifiées appartiennent au domaine des soins personnels, comme se laver, trouver un logement, rester sobre, et au domaine de la productivité, comme trouver un emploi, reprendre des études supérieures, faire du bénévolat. Le domaine des loisirs est moins fréquemment évoqué, mais il est tout de même affecté. Les trois domaines d'occupation sont aussi touchés dans d'autres études menées auprès de la population sans domicile (Hubley, Russell, Gadermann & Palepu, 2009 ; Poirier, Bonin, Lesage & Reinharz, 2000 ; Tryssenaar, Jones & Lee, 1999). L'absence de domicile peut donc constituer une barrière à l'habilitation de l'occupation (Tsang, Davis, & Polatajko, 2013). De plus, les personnes sans domicile éprouvent également des difficultés à envisager un avenir et à définir des buts (Chard *et al.*, 2009). Par ailleurs, l'étude menée par Finlayson, Baker, Rodman & Herzberg (2002) souligne que les professionnels qui travaillaient dans les dispositifs d'aide et les personnes accompagnées ne partageaient pas toujours les mêmes priorités. Les priorités des professionnels étaient d'accompagner les personnes sans domicile à trouver un emploi et un logement, tandis que les

priorités des personnes sans domicile étaient de déterminer un projet de vie et de donner un sens à leur vie.

1.1.4.2 Les études sur l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile

A l'image des études sur les occupations des personnes sans domicile, les études qui s'intéressent aux rôles de l'ergothérapeute auprès de cette population proviennent toutes des pays étrangers. La plupart de ces articles porte sur les perspectives de pratiques ergothérapeutiques dans les centres d'hébergement (Grandisson *et al.*, 2006 ; Griner, 2006 ; Herzberg, Ray & Miller, 2006 ; Schultz-Krohn, 2004 ; Tryssenaar *et al.*, 1999).

Tout comme la question des personnes sans domicile est un enjeu dans les pays développés, elle est également un enjeu en ergothérapie. En effet, des recoupements entre l'itinérance et le handicap sont observés, sur le plan physique et sur le plan mental. L'itinérance peut à la fois déclencher et exacerber des problèmes de santé mentale (Tsang *et al.*, 2013). Il est à noter que ces troubles de la santé peuvent également faire obstacle à la participation occupationnelle.

Dans ce domaine de pratique, l'ergothérapeute a pour objectif principal d'optimiser la participation dans l'environnement immédiat de la personne et au sein de la communauté (Petrenchik, 2006). Il est surtout amené à intervenir dans les centres d'hébergements (Grandisson *et al.*, 2006 ; Petrenchik, 2006). Tryssenaar *et al.* (1999) a suggéré que l'inclusion de l'ergothérapie dans les centres d'hébergement permettrait de réduire les barrières à la participation. En Australie, des ergothérapeutes font partie d'équipes mobiles qui sont dans un mouvement d'« aller vers » cette population directement dans la rue (Lloyd & Bassett, 2012). Aux Etats-Unis, ils interviennent également au sein de programmes de réinsertion, tels que *Eva's Phoenix* (Chan, Garland, Ratansi & Yeres, 2007) et *Project Employ* (Muñoz, Dix & Reichenbach, 2006), qui pourvoient des services aux personnes sans domicile.

Cependant, ces études ont été réalisées dans des pays étrangers et les systèmes sanitaires et sociaux français diffèrent des systèmes étrangers. Ces données impliquent une lacune des connaissances dans ce domaine et le besoin de poursuivre les recherches en France. En effet, les recherches bibliographiques ont mis en évidence peu de recherches françaises sur l'ergothérapie et les personnes sans domicile, à l'exception de quelques mémoires d'initiation à la recherche réalisés par des étudiants en ergothérapie. Une ergothérapeute française a partagé, dans un article, son expérience professionnelle en centre d'hébergement. En France, nous avons l'idée reçue que l'intervention auprès des personnes sans domicile ne concernent que les éducateurs spécialisés et les assistants sociaux. Mais du point de vue de la pyramide des besoins humains

de Maslow (Annexe II), il est mis en exergue que ces besoins ne sont pas tous satisfaits par les dispositifs mis en place et par les intervenants sociaux. Les besoins physiologiques, les besoins de sécurité et les besoins d'appartenance sont majoritairement remplis, mais à l'image des études étrangères, ils dépendent des dispositifs d'aide. En revanche, les besoins d'estime et de reconnaissance ne sont pas remplis. Or, ces derniers donnent souvent la motivation à la personne pour aller au bout de son projet de réinsertion. Ainsi, l'ergothérapeute intervenait notamment pour répondre à ces besoins d'estime et de reconnaissance. La mise en place d'ateliers ergothérapeutiques proposant des activités créatives et théâtrales permettait de redonner de la motivation aux usagers, faire émerger des besoins, des objectifs et un projet de vie, accompagner vers un épanouissement personnel, favoriser les expériences positives, l'écoute et la communication afin d'éviter la rupture de dialogue avec la société (De Chasse, 2019).

1.2 Enquête exploratoire

Pour la phase exploratoire, plusieurs professionnels du domaine de la santé et/ou du domaine social ont été interrogés. Trois ergothérapeutes exerçant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale (dispensaire, CHU, SAMSAH) ont été contactés. Des dispositifs d'aide adressés aux personnes sans domicile ont également été approchés.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone. Plusieurs thèmes ont été abordés. Les ergothérapeutes ayant répondu ont été questionnés sur les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, puis plus précisément sur les personnes sans domicile. Nous avons échangé sur la place de l'ergothérapie auprès de ces populations, et sur les perspectives de développement de l'ergothérapie à l'avenir. Les notions de participation occupationnelle, d'équilibre occupationnel et de justice occupationnelle ont été abordées. Enfin, des conseils sur la méthodologie de recherche et sur la population à cibler dans cette étude (personnes sans domicile, ergothérapeutes, coordinateurs d'équipe de rue) ont été donnés.

A l'instar des recherches bibliographiques précédentes, cette enquête exploratoire souligne qu'il y a peu d'écrits relatifs à l'ergothérapie auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, notamment auprès des personnes sans domicile, en France. Les écrits existant sont anglophones (Canada, Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Australie, Afrique du Sud, etc.), hispaniques (lorsqu'ils proviennent d'Amérique du Sud) et francophones (lorsqu'ils proviennent du Québec ou de la Suisse). De plus, l'ergothérapie sociale est une pratique très récente en France où elle est apparue durant de la dernière décennie ; comme mentionné par une

ergothérapeute, « en France, il y a tout à faire ». L'ergothérapie sociale commence à se faire connaître grâce aux conférences menées, mais les ergothérapeutes sont peu familiarisés avec ces populations (migrants, détenus, chômeurs, mal-logés, sans domicile, etc.). Les ergothérapeutes interrogés mentionnent les pratiques étrangères auprès de cette population qui pourraient être une source d'inspiration et de développement pour l'ergothérapie française. D'après l'un d'entre eux, « les pratiques étrangères finiront par arriver chez nous ». Les ergothérapeutes français intervenant dans ce domaine sont peu nombreux, ils « essaient de développer cela ». Pourtant, notre vision globale rend possible de nous projeter au-delà des situations de handicap « classiques » rencontrées habituellement dans notre pratique. En outre, deux ergothérapeutes évoquent la remise en question du dispositif du « logement d'abord » car selon eux, le logement ne répond pas à tous les besoins si la personne ne possède pas de projet de vie et n'est pas réinsérée au sein de la société. Par ailleurs, bien que la plupart des dispositifs offrent la possibilité de remplir les besoins physiologiques, la vie des personnes sans domicile manque d'occupations et leur bien-être est affecté. En tant qu'ergothérapeutes, nous pouvons prendre en compte les difficultés rencontrées au quotidien ainsi que les ressources. Pour pouvoir agir, les ergothérapeutes auraient une place dans les centres d'hébergement comme dans les équipes mobiles. Ils pourraient également travailler au sein des dispositifs adressés aux personnes sans domicile avec des troubles physiques et/ou psychiques. Plusieurs outils, déjà existants et appliqués en ergothérapie, peuvent être utilisés auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale (MCRO, MOHOST, OCAIRS, OPHI-II, etc.). Ces outils développés selon des modèles conceptuels en ergothérapie permettent d'aborder les valeurs, les motivations, les rôles, la participation occupationnelle passée, présente et future. Ils constituent des outils intéressants pour permettre de mieux comprendre les personnes sans domicile.

Ensuite, les personnes sans domicile constituent une population hétérogène. Il en est de même pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, qui regroupent plus de populations différentes. La précarité et l'exclusion sociale touchent une large variété de personnes allant « des hommes vivant dans la rue en zone urbaine aux personnes âgées, isolées, vivant seules en zone rurale ». Leurs conditions de vie instables, ainsi que leur passé ponctué de multiples ruptures, les rendent difficiles à approcher.

Enfin, les associations contactées n'ont pas toujours connaissance de l'ergothérapie. Les travailleurs sociaux en ont déjà entendu parler car elle a été évoquée lors de leur formation professionnelle ou car ils ont déjà collaboré avec un ergothérapeute lors d'un précédent emploi.

1.3 Question de recherche

1.3.1 Elaboration de la question de recherche

En France, face aux bouleversements socio-économiques, les ISS se développent et touchent les populations en situation de précarité et d'exclusion sociale. Parmi elles, se distinguent les personnes sans domicile, qui présentent plus de besoins de santé que le reste de la population générale. Afin d'accompagner au mieux ces personnes, de nombreux dispositifs ont été mis en place par le gouvernement. Mais leur parcours vers la réinsertion reste long.

Les données bibliographiques montrent que, dans la littérature étrangère, les écrits sur les recherches ergothérapeutiques auprès des personnes sans domicile sont plus nombreux qu'en France. De plus, comme confirmé par la phase exploratoire, les ergothérapeutes français intervenant auprès de cette population sont peu nombreux. Pourtant, bien que les besoins physiologiques des personnes sans domicile semblent parfois assouvis, l'environnement dans lequel elles évoluent et leurs conditions de vie précaires (absence de logement, absence ou insuffisance des revenus, etc.) semblent restreindre leur participation dans les occupations de soins personnels, de productivité, de loisirs. Leur participation est donc multifactorielle. Avec le développement des sciences de l'occupation, la littérature évoque de plus en plus la participation occupationnelle comme un déterminant important de l'identité, de la santé et du bien-être. Face à ces besoins en terme d'occupation exprimés par la population sans domicile, les ergothérapeutes semblent avoir un rôle intéressant à jouer. Une ergothérapie dite « sociale » est en pleine émergence. Cette nouvelle vision de l'ergothérapie élargit le champ d'intervention de l'ergothérapeute aux populations vulnérables et défavorisées, dont les personnes sans domicile.

Il est donc intéressant d'aller interroger les perspectives pour la pratique de l'ergothérapie auprès des individus sans domicile en France. Or, pour pouvoir développer les perspectives de l'ergothérapeute dans ce domaine, il est indispensable de connaître leurs habitudes et de comprendre leur besoins en terme d'occupation. Comment vivent-ils leurs occupations au quotidien ? Sont-ils confrontés à des situations d'injustice occupationnelle ? Au contraire, parviennent-ils à réaliser certaines occupations à leur satisfaction ? Comment leur environnement impacte-t-il leur participation ?

De cette réflexion, émerge la question de recherche suivante à laquelle cette recherche tentera de répondre :

En quoi et comment l'ergothérapeute, à travers la vision du Modèle de l'Occupation Humaine, peut-il contribuer à la participation occupationnelle des personnes sans domicile au cours de leur parcours ?

1.3.2 Résultats attendus

Plusieurs hypothèses peuvent être déduites de la question de recherche posée précédemment. Les résultats attendus sont donc :

- Les personnes sans domicile sont limitées dans leur participation occupationnelle et sont confrontées à des formes d'injustice occupationnelle.
- Les personnes sans domicile possèdent des capacités sur lesquelles s'appuyer dans notre pratique telles que des capacités d'adaptation, la « débrouillardise » et la capacité à se saisir les moyens mis à leur disposition.
- Grâce à leurs connaissances, leur formation et leur approche globale centrée sur la personne, les ergothérapeutes peuvent permettre de mieux comprendre la population sans domicile, favoriser leur participation occupationnelle et rétablir la justice occupationnelle.
- Les compétences des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux sont complémentaires.

1.4 Cadre éthique

Finalité de l'étude

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la réalisation du mémoire de fin d'études pour l'obtention du Diplôme d'Etat en Ergothérapie. La réalisation du mémoire s'inscrit dans une logique de professionnalisation et d'acquisition d'autonomie professionnelle par l'étudiante. Elle initie les futurs ergothérapeutes à une culture de recherche qui fait encore défaut à notre profession actuellement.

Encadrement de l'investigateur principal

L'investigateur principal de cette étude est l'étudiante. L'avancement de ce travail a été encadré et suivi régulièrement par le directeur de mémoire et par un référent de formation de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne.

Validation du comité d'éthique de l'Université

Un formulaire de soumission a été élaboré et soumis au comité d'éthique de l'Université Clermont Auvergne pour s'assurer que cette recherche ne soulevait pas de problème éthique particulier. Celui-ci présente le projet de recherche proposé par l'étudiante.

Utilisation, publication et partage des données

Les données recueillies ont été utilisées à des fins de recherche. Ces données serviront uniquement dans le cadre de cette étude. Elles ne seront pas divulguées et ne seront pas utilisées dans le cadre d'études ultérieures.

- **Respect des droits fondamentaux de la personne**

La recherche s'est faite dans le respect des droits fondamentaux des personnes concernées.

- **Respect de la confidentialité et de l'anonymat**

Afin de préserver l'identité des participants, le prénom et le nom des participants n'ont pas été cités durant l'entretien. Les participants ont été identifiés par un code. Aucune publication ne renferme d'informations permettant de les identifier. Tous les renseignements recueillis au cours de l'entretien sont pseudo-anonymes et ont été traités de manière confidentielle et anonyme. Suite à la remise définitive de la version écrite du mémoire et à la soutenance orale, les enregistrements ne seront pas conservés, ils seront détruits.

- **Recueil de la non-opposition des participants**

Au préalable de l'entretien, les participants ont été informés des objectifs et des modalités de l'étude. Leur non-opposition a été recueillie par oral et par écrit (Annexe III).

2. Méthodologie de recherche

2.1 Choix de la méthodologie

Il existe plusieurs méthodes de recherche quantitatives ou qualitatives. Cette étude vise à récolter des données sur la participation occupationnelle des personnes sans domicile tout au long de leur parcours, ainsi que sur les perspectives de l'ergothérapie auprès de cette population. Ainsi, la méthode qualitative clinique semble être la plus appropriée pour répondre à la question de recherche car elle vise à expliquer les phénomènes sociaux et à comprendre les comportements, les expériences et les perceptions des populations (Guillez & Tétreault, 2014).

2.2 Choix, justification et recrutement des populations

Deux populations ont été interrogées dans le cadre de cette étude.

La première population visée concerne des ergothérapeutes diplômés qui travaillent en France. Ils doivent travailler actuellement ou avoir travaillé auprès des personnes sans domicile dans un des dispositifs présentés dans la partie précédente. Le nom de la structure dans laquelle chacun exerce ne sera pas cité pour respecter l'anonymat des participants. Dans le cadre de ce mémoire en ergothérapie, ces personnes semblent indispensables à interroger pour répondre à la problématique. Les ergothérapeutes peuvent partager leur expérience, leur point de vue et illustrer leur propos par des exemples. Bien qu'ils soient peu nombreux, ils représentent une ressource intéressante pour répondre à la question de recherche. Ainsi, quatre ergothérapeutes

répondant aux critères ont été contactés par courrier électronique. Ils ont tous accepté de participer à cette étude. La description des ergothérapeutes interrogés est résumée dans un tableau à l'Annexe X.

La deuxième population ciblée lors de cette étude concerne les travailleurs pairs. Les travailleurs pairs sont des personnes qui n'ont plus eu de logement à un moment donné de leur vie mais qui, aujourd'hui, ont à nouveau retrouvé un logement. Ils ont eu une expérience de vie dans la rue par le passé, mais peuvent partager leur parcours complet et s'exprimer avec recul sur la situation. Par ailleurs, grâce à leur statut de travailleur pair, ils sont habitués à partager leur expérience. Ainsi, huit travailleurs pairs ont été interrogés. Tous étaient dans la capacité de consentir à la participation pour cette étude. Ils ont été contactés par l'intermédiaire des différents dispositifs dans lesquels chacun travaille (Samu Social, Un chez soi d'abord, CHRS, associations locales, etc.). La description des travailleurs pairs interrogés est résumée dans un tableau à l'Annexe IX.

Les personnes actuellement sans domicile n'ont pas été interrogées. Bien qu'elles auraient pu être une source riche d'informations dans le cadre de cette recherche, les conditions sanitaires et le confinement national de la population française au moment de la réalisation de ce mémoire n'auraient pas permis la réalisation des entretiens avec eux. Par ailleurs, afin de faciliter le traitement des données, seules deux populations ont été choisies.

2.3 Choix et justification de l'outil

En raison de la méthode qualitative clinique, le recueil de données a été réalisé à l'aide de plusieurs entretiens individuels semi-directifs. Composé d'une liste de questions ouvertes prédéterminées en lien avec le thème de la recherche, l'entretien semi-directif permet à la personne interrogée de décrire son contexte de vie, son expérience, son point de vue, ses perceptions, ses représentations et ses intentions. De plus, les questions ouvertes permettent à la personne d'ajouter des éléments ou d'ajuster ses propos et facilitent la discussion entre l'investigateur et le participant (Guillez & Tétreault, 2014 ; Kohn & Christiaens, 2014). Ainsi, cet outil est adéquat pour donner l'opportunité aux travailleurs pairs de s'exprimer et de mettre des mots sur ce qu'ils ont vécu et ce qu'il ont fait, pour se pencher sur les occupations des personnes sans domicile, pour permettre aux ergothérapeutes de partager sur la pratique de l'ergothérapie auprès de cette population.

C'est pourquoi, afin de récolter les perceptions des ergothérapeutes sur la participation occupationnelle des personnes sans domicile et sur leurs potentiels rôles, une fiche de

renseignement (Annexe V) et une grille d'entretien dédiées aux ergothérapeutes (Annexe VII) ont été établies. De même, pour recueillir la perception et l'expérience occupationnelle des travailleurs pairs au cours de leur parcours en tant que sans domicile, une fiche de renseignement (Annexe IV) et une grille d'entretien dédiées aux travailleurs pairs (Annexe VI) ont été établies. Les questions ont été formulées à partir des concepts du MOH qui sous-tendent la participation occupationnelle. Les questions prédéfinies ont été complétées par des questions de relance pour approfondir les informations partagées par le participant, pour encourager la personne à parler et à apporter plus d'informations.

2.4 Déroulement des entretiens

Au préalable de l'entretien, chaque participant a été informé de la démarche de recherche et un rendez-vous a été convenu par téléphone. L'ensemble des entretiens a été réalisé par téléphone. Ils ont eu lieu du 8 mars 2020 au 16 avril 2020. Les entretiens avec les ergothérapeutes ont duré en moyenne 1 heure 11 minutes et ceux avec les travailleurs pairs ont duré en moyenne 50 minutes. Les entretiens ont tous été enregistrés afin de permettre de les écouter à nouveau et de les analyser, pour une meilleure interprétation des données.

Tous les entretiens se sont déroulés de la même manière. Tout d'abord, le contexte et le thème de la recherche ont été introduits. Comme mentionné dans le cadre éthique, les participants ont été informés sur l'utilisation des données, les mesures prises pour garantir l'anonymat et la confidentialité, leur droit d'avoir accès aux résultats de la recherche, leur droit de se retirer de l'étude à tout moment avant la publication des résultats. Ensuite, la volonté de la personne de participer à cet entretien et son accord pour l'enregistrement ont été validés oralement. La fiche de renseignement a été remplie oralement avec le participant. Par la suite, les participants ont été interrogés à partir des questions en lien avec la thématique de recherche. Les questions n'ont pas toujours été posées dans l'ordre présenté dans la grille d'entretien car la flexibilité de l'ordre des questions permet de suivre le discours de la personne qui parle (Guiliez & Tétreault, 2014). Enfin, chaque participant a été remercié pour sa participation lors de la conclusion de l'entretien. En parallèle, tous les participants ont reçu par mail le formulaire d'information et de non-opposition. Ils l'ont lu, signé et renvoyé par mail.

2.5 Méthode d'analyse des données

Afin de respecter l'anonymat, un codage a été établi pour désigner chaque participant : chaque ergothérapeute est désigné par la lettre « E » suivie d'un numéro aléatoire (E1 à E4) ;

chaque travailleur pair est désigné par les lettres « TP » suivies d'un numéro aléatoire (TP1 à TP8). Les informations données par les participants dans la fiche de renseignement n'ont pas été retranscrites intégralement, mais sont résumés dans un tableau (Annexes IV-V). Seules les deux derniers items, concernant les circonstances de perte de logement et les fréquentations de dispositifs d'aide, ont été retranscrits afin de permettre au lecteur de comprendre le contexte de l'entretien. Les réponses aux questions en lien avec le thème de la recherche données par les participants ont été retranscrites intégralement. Ces retranscriptions sont disponibles dans un livret additionnel. Le contenu des entretiens a été analysé manuellement en deux temps. Dans un premier temps, une approche longitudinale a été utilisée, c'est-à-dire que le contenu a été analysé par entretien. Les réponses aux questions de chaque participant ont été synthétisées par thèmes dans des tableaux (Annexes XI-XXII). Des verbatims ont été identifiés et classés pour illustrer les différentes analyses. Ceux-ci peuvent être des mots simples ou des expressions complètes. Dans un second temps, une approche transversale a été utilisée, c'est-à-dire que le contenu a été analysé par thématique. Le contenu de chaque entretien a été comparé, des informations ayant un caractère commun ont été catégorisées par grands thèmes et par sous-thèmes. Les résultats sont synthétisés dans la partie suivante.

3. Analyse des données et principaux résultats

3.1 Une population variée à la situation de vie complexe

Trois travailleurs pairs et les quatre ergothérapeutes interrogés indiquent que la population sans domicile présente des caractéristiques diverses, dont certaines sont parfois propres à chaque individu. TP1, TP2 et TP8 expliquent que chaque personne sans domicile vit sa propre expérience à la rue : « on a tous nos particularités » (TP2). TP1 évoque l'intérêt d'interroger plusieurs personnes pour récolter différentes expériences et comparer les données : « ce serait bien que tu aies vraiment beaucoup de témoignages pour comparer [...] parce que ça m'étonnerait qu'il y en ait une qui dit pareil que l'autre ». L'ensemble des ergothérapeutes (E1, E2, E3, E4) vient également enchérir sur l'hétérogénéité des personnes sans domicile. Cette ergothérapeute vient nommer différentes sous-catégories : « les familles, c'est tout à fait autre chose que les hommes isolés. Il y a aussi beaucoup de particularités aux problématiques des femmes [...] il y a des problématiques un peu particulières pour les femmes, pour ceux qui ne parlent pas la langue » (E4).

L'ensemble des participants, qu'ils soient travailleurs pairs ou ergothérapeutes, évoque la complexité de la situation de vie des personnes sans domicile. Celle-ci est illustrée par le

champ lexical de la complexité qui est mis en évidence dans chaque entretien avec les termes « compliqué », « difficile », « pas facile » ou encore « dur » qui reviennent régulièrement.

3.2 La participation occupationnelle des personnes sans domicile

Lorsque la personne sans domicile vient de perdre son logement, elle conserve en général dans un premier temps sa motivation, ses rôles et ses habitudes antérieures. E3 explique : « ils s'organisent pour continuer à fréquenter les endroits qu'ils fréquentaient avant et de façon à pouvoir maintenir une sociabilité sans que ça se voit ». Mais au fur et à mesure que le temps passe, les composantes de l'Être de la personne se modifient sous l'influence du lieu de vie, et sa participation occupationnelle est impactée.

3.2.1 La volition

La plupart des personnes sans domicile a souvent une motivation à agir limitée (TP1, TP2, TP5, TP6, E1), notamment les personnes sans enfant (E3). « Mon ambition, elle était portée vers le sol » se remémore un travailleur pair (TP6). Un autre participant explique que sa motivation était fluctuante selon les périodes : « A la rue, à des moments, je me sentais super bien, je cherchais du boulot, un logement [...] mais après, en fait, c'était toujours des non, des non, des non. Donc après, je recommençais à boire et dans ces cas-là, souvent, je restais dans des parcs, je ne faisais pas grand-chose aussi » (TP1). Quatre travailleurs pairs (TP1, TP2, TP4, TP6) racontent que leur estime personnelle était également affaiblie. TP2 se rappelle la sensation de ne pas être considérée comme un être humain : « je me disais, j'existe et personne ne voit que j'existe ». Ce « besoin de reconnaissance » (E4) est évoqué par une ergothérapeute. La vision qu'ils portent sur eux-mêmes est dégradée par le regard des gens. C'est notamment le cas de TP1 qui parle de la perte de dignité : « Y a pas que le logement qu'on perd quand on est dehors. Je me souviens du regard des gens, on perd tout en fait. On perd sa dignité, on perd tout ». E1 confirme des expériences similaires pour les personnes qu'elle accompagne : « le sentiment d'exclusion et d'être rien, ce cercle vicieux des gens qui te regardent mal, et que toi tu te considères mal ». Deux travailleurs pairs éprouaient de la honte qui les conduisait à refuser de l'aide dans le cas de TP1, « il y a beaucoup de gens qui ont voulu m'aider, mais moi, j'ai pas voulu, par fierté », ou à ne pas informer sa famille de sa situation de vie dans le cas de TP7, « je ne voulais pas qu'ils sachent que, des fois, c'était un peu la galère ». Deux travailleurs pairs (TP2, TP6) se souviennent de leur sentiment de défaite, de cette impression de ne jamais pouvoir parvenir à changer de façon de vivre. TP6 se remémore « l'impression que tout était

déjà joué, et tu te dis que tu n'iras nulle part, que ça restera comme ça ». Cette pensée défaitiste est souvent source de renoncement et d'abandon : « quand on est à la rue, c'est fréquent de se dire ça pour tout, de laisser tomber le truc et de se dire ça ne vaut pas le coup, de toute façon je vais pas y arriver. On se met des bâtons dans les roues à nous-mêmes » (TP2). TP4 ne croyait pas en lui et en son avenir : « j'aurais pas cru que j'aurais trouvé un boulot qui me plaise, que j'ai un enfant et que ma vie se stabilise à ce point ». Malgré tout, une travailleuse paire explique que si on leur donne les moyens, ils ont envie de faire : « on a envie de faire plein de choses, mais il nous manque le matériel » (TP2). Elle évoque aussi le sentiment d'injustice qu'elle ressentait face à l'échec : « Pourquoi c'est pas mon tour ? [...] je le ressentais vraiment comme des injustices » (TP2). Ce sentiment est affirmé par E1. En effet, elle l'observe chez les personnes qu'elle accompagne et celui-ci peut être source de motivation. A cela, s'ajoute également la sensation d'être incompris par leurs proches et par les travailleurs sociaux. TP5 parle de ses amis qui « avaient du mal à comprendre » et TP2 se rappelle de l'impression d'être délaissée par les travailleurs sociaux : « on a l'impression que les travailleurs sociaux, ils en branlent pas une, qu'ils nous écoutent pas, qu'ils nous comprennent pas ». Certains se sentaient mis en marge de la société. C'est notamment le cas de TP1 qui « se sentait exclu ». TP7 et TP8 évoquent les préjugés de la société vis-à-vis de leur être : « quand les gens me voyaient, surtout qu'avant j'avais la crête, quand j'amenais ma fille la première fois à l'école, on m'a regardé comme si... [...] mais j'avais une crête, et c'est pas pour ça que j'étais une méchante, que je m'occupais pas de mes enfants, que je pouvais être sociable, ma fille manquait de rien, l'éducation se faisait, c'est surtout les gens » (TP8). Leur sensation est confirmée par E2 qui explique que la société marginalise les personnes sans domicile car elles sont différentes : « Il y a une société qui exclut ceux qui ne sont pas similaires, ceux qui n'ont pas les mêmes valeurs, ceux qui sont à la rue, les autres, les abandonnés, les naufragés ». Parfois, ce mouvement d'exclusion ne vient pas de la société, mais de la personne elle-même envers la société (TP4, TP8, E2) : « c'est plutôt par rejet de la société qu'on habitait en squat » (TP4). Pour deux travailleuses paires (TP2, TP7), l'écoulement du temps leur semblait très long. E2 explique que leur existence est comme suspendue dans le temps.

Au fur et à mesure du temps passé à la rue, les demandes, les volontés et les buts des personnes sans domicile diminuent pour ne pas souffrir de privation (E3). Sept travailleurs pairs racontent qu'ils n'avaient aucun but et vivaient dans l'instant présent (TP1, TP2, TP3, TP4, TP5, TP6, TP7). « J'étais vraiment dans l'instant présent » explique TP5. Par ailleurs, trois ergothérapeutes expliquent aussi que les personnes sans domicile n'ont ni but ni projection dans l'avenir (E2, E3, E4). La formulation de buts et le changement ont été insufflés par un

accompagnement (TP1, TP6) et par un besoin de changement ressenti à un moment de leur existence (TP1, TP2, TP3, TP4, TP5, TP6, E2, E3, E4). Ce besoin de changement peut provenir de raisons différentes. Par exemple, TP3 et TP6 avaient besoin de retrouver du sens dans leur vie. TP2 a eu besoin de prendre conscience de ses capacités pour retrouver une motivation à agir, vouloir changer et formuler un projet. TP4 désirait arrêter de consommer de l'héroïne. E2 explique que les personnes sans domicile sont « dans des logiques de survie », ce qui les empêche de se projeter dans l'avenir. A l'inverse, de son côté, TP8 a gardé des buts et une motivation : « j'ai toujours positivé, je ne baisse pas le bras ». En effet, elle avait sa fille avec elle et les familles conservent généralement une grande motivation entretenue par leurs enfants (E1, E3). Une ergothérapeute justifie que « les familles gardent quelques autres identités qui les préservent. Donc leur demander ce qu'ils veulent faire, ils l'entendent, ils sont encore dans le vouloir, ils sont encore dans l'espoir, ils espèrent avoir ceci ou avoir cela, ils se projettent dans le futur » (E3).

Pour survivre, les personnes sans domicile acquièrent de nombreuses capacités. En effet, vivre dans l'errance demande des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. E3 indique que « c'est un vrai savoir-vivre ». Une seule ergothérapeute évoque « le savoir expérientiel que développent les personnes qui sont à la rue » (E1). TP1 illustre : « je connais tout ce qui est autour des SDF ». Les personnes sans domicile possèdent des connaissances du territoire, de la rue et des associations (TP1, TP2, TP7, E1, E2, E3, E4). Comme indiqué par E1, « ils développent des codes de la rue. Ils connaissent les lieux ressources. [...] ils connaissent des choses, ils connaissent des endroits, ils connaissent les accueils de jour, ils connaissent les endroits où ils peuvent manger ». Par exemple, TP2 illustre la connaissance des lieux de passage pour faire la manche : « C'était pas qu'on s'éclatait dans la rue, c'est qu'il y a plus d'occasions, de mains tendues quand on est visible ». De son côté, une autre travailleuse paire explique : « Tu connais un peu les endroits dans chaque ville », par exemple « aux alentours des gares, tu sais qu'il y a toujours de la zone » (TP7). Pour faire face aux difficultés de leur quotidien, ils s'accaparent d'une force mentale, étroitement liée à leur « capacité de résilience » (E1). TP2 révèle : « on est toujours en mode survie et ça m'a rendue plus forte ». Ils assimilent des stratégies de survie et de débrouillardise (E2, E4) qui sont illustrées par deux travailleurs pairs avec les termes suivants : « on se débrouille » (TP7), « on se démerde » (TP3). Une ergothérapeute mentionne leur « capacité de réflexion » (E4). Ils font preuve de « créativité » (E2, E4). Ces capacités permettent de « s'adapter à des nouvelles situations » (TP7, E3, E4). Une travailleuse paire précise qu'elle est capable d'adapter son comportement et son langage selon la situation : « je jongle avec le vocabulaire à adopter, mais en un sens, je ne l'ai jamais

perdu. C'est une de mes forces, c'est-à-dire que j'adapte mon langage en fonction de qui j'ai en face de moi » (TP2). Ils sont sociables et possèdent des habiletés sociales développées (E3, E4). D'après E3, « ils sont extrêmement adaptés [...] et socialisés ». Trois ergothérapeutes (E1, E3, E4) évoquent également leurs « ressources de générosité » (E3) vis-à-vis de leurs pairs.

3.2.2 L'habitation

Les personnes sans domicile ont peu d'occupations satisfaisantes et signifiantes (E1, E4). Leurs occupations sont souvent réalisées par nécessité et ne résultent pas d'un choix personnel (E1). En général, les personnes sans domicile tentent de trouver une routine (E2, E3). Les travailleurs pairs avaient tous développé une routine, mais celle-ci ne leur permettait pas d'être satisfaits et épanouis, à l'exception de TP4 et TP8 qui avaient fait ce choix de vie. A l'instar de TP3, TP2 se disait « putain, on fait toujours la même chose ». Leurs habitudes incluent surtout les soins personnels, la consommation de substances psychoactives, les moments partagés avec les autres personnes sans domicile et le gain d'argent. Outre ces priorités, leur vie sexuelle et affective affectée (TP7, E1, E3). Un travailleur évoque avoir entretenu des relations amoureuses conflictuelles avec plusieurs femmes (TP1).

Dans l'ensemble, elles parviennent à réaliser les soins personnels (se laver, manger, trouver un lieu pour dormir en sécurité, aller aux toilettes) grâce à un environnement physique aidant. Néanmoins, elles les réalisent avec une certaine difficulté (TP1, TP2, TP3, TP6, TP7, TP8, E1, E3, E4) : « même quand on veut prendre une douche, des fois, c'est compliqué » (TP7), « Ce n'est pas trois repas par jour » (TP1), « je sais que je ne dormais pas ou très peu » (TP2). Elles occupent beaucoup de temps sur leurs journées : « ça prend tellement de temps pour pouvoir les satisfaire que le reste on y pense même pas » (TP3). De plus, certains soins personnels ne peuvent pas être effectués à la fréquence et au moment souhaité, comme le lavage et le changement de vêtements (TP1, TP6, TP7), ou encore le brossage de dents (TP3). On ne peut pas dire : « demain, je vais m'habiller comme ça, je vais mettre mon super jean dans trois jours » (TP1). Malgré tout, certaines personnes parviennent à conserver une apparence et une hygiène correctes (E1, E3).

Ensuite, plusieurs travailleurs pairs racontent qu'ils n'avaient pas de travail (TP1, TP3, TP4, TP5, TP6, TP7). TP1 avait des difficultés à conserver son travail à cause de ses troubles addictifs et de sa difficulté à maintenir une hygiène corporelle acceptable. TP3 et TP4 ne travaillaient pas par refus d'exercer un métier qui n'avait pas de sens pour eux. Durant ses dix années sans logement personnel, TP5 a seulement eu un contrat de travail de six mois, ce qui sous-entend la précarité de son contrat. Mais quand les personnes sans domicile ont un travail, il

n'a souvent pas de sens et n'a pas été choisi. Dans le cas de TP2, elle travaillait surtout par besoin d'argent. Ainsi, ces individus n'ont pas de rôle productif, hormis des rôles indésirés. E2 évoque que le travail au noir est fréquent, mais aucun des travailleurs pairs interrogés n'a mentionné avoir travaillé au noir. Par ailleurs, trois travailleurs pairs gardaient peu de possession à cause de l'errance qui occupait leur quotidien et l'absence de lieux pour mettre ses affaires en sécurité (TP1, TP7, TP8). Même TP3, qui vivait en caravane, explique avoir rencontré des difficultés dans toutes les occupations liées à l'électricité. Ce manque de ressources financières et matérielles contraint la participation occupationnelle (TP2) et donne une grande valeur à une possession qui pourrait paraître moindre à un autre individu : « 10 euros à la rue, ça vaut 500 euros. C'est horrible, tout est amplifié » (TP1). Pour répondre au besoin de gagner de l'argent, la manche est également une occupation prédominante (TP2, TP3, TP7). Mais cet argent n'est pas toujours gagné de la manière dont les individus le voudraient. Ainsi, pour donner plus de sens à l'argent qu'elles gagnaient grâce à la manche, TP2 et TP7 fabriquaient des petits objets qu'elles vendaient. Par ce manque de moyens financiers, les personnes sans domicile se sentent limitées dans leurs dépenses et ne peuvent pas réaliser les achats de consommation qu'elles souhaitent (E2, TP6).

De plus, les personnes sans domicile passent beaucoup de temps avec leurs pairs, avec leur communauté (TP1, TP3, TP7, E2, E4). Aucun travailleur pair ne mentionne avoir passé du temps avec des gens hors de sa communauté. Cette vie en communauté les amenait à maintenir quelques occupations et à adopter des conduites de partage que TP1 décrit : « Il y a aussi un truc qu'on n'aime pas à la rue, c'est qu'on n'aime pas les gratteurs. Donc voilà, c'est à chacun de ramener un peu le soir, tu vois. Si par exemple les autres font la manche et qu'à chaque fois, c'est eux qui te donnent de l'alcool, qui te donnent à manger, ça le fait pas quoi. Donc à la rue, même si tu ne veux pas faire quelque chose, tu es obligé de faire quelque chose ». Elles développent une relation de confiance avec certaines personnes (TP1, TP2) que TP7 qualifie de « famille de cœur ».

Les loisirs furent abordés lors de quelques entretiens. Trois travailleurs pairs expliquent ne pas avoir eu de loisirs (TP3, TP5, TP6). Quelques travailleurs pairs ont pratiqué quelques loisirs, qui pouvaient être un sport (TP1, TP2) ou encore des activités manuelles et créatives (dessin, écriture, musique, etc.) limitées selon le matériel à disposition (TP2). Une autre travailleuse paire aimait faire du jonglage pour s'occuper, mais ne pouvait pas faire tous les loisirs qu'elle voulait faire (TP7).

Ainsi, les personnes sans domicile ont des difficultés à conserver une routine équilibrée et remplie d'occupations (E1, TP1). Elles vivent des moments de vide et d'inactivité qui sont

sources d'ennui (E1, E4, TP2, TP5, TP7), de déprime et de désorientation temporelle (E1, E2, E3, E4). Une travailleuse paire décrit : « on sait pas comment passer le temps, on sait pas quoi foutre » (TP2). Ces moments d'ennui n'ont pas de sens pour eux (E1). Alors pour combler cet ennui, elles consomment des substances (E1, E4). Avec la dépendance, cette occupation prend beaucoup de place dans leur quotidien et prédomine devant d'autres domaines d'occupations : « trouver son alcool, boire et tout, [...] ça occupait bien 60 à 70% de mes journées » (TP1). Elle est souvent partagée avec leur environnement social (TP1, TP3). Elle leur permet d'échapper à la réalité (TP1, TP2, TP3, TP4, TP6), ce sont des moments qualifiés par TP2 de « bonheur artificiel ». Cette consommation est liée à l'occupation de recherche des substances consommées (TP4). Dans le cas de TP4, sa dépendance le rendait prêt à faire la manche, occupation qui était contre ses valeurs et qui lui suscitait de la honte. En outre, pour combler également l'ennui, les personnes sans domicile marchent beaucoup pour passer le temps (E1, TP1, TP2, TP7) : « de 10h du matin jusqu'à 5h le soir, je faisais que marcher toute la journée, haut-bas, haut-bas... » (TP1). Cet ennui est davantage présent chez les migrants qui sont dans une situation d'attente (E1), mais E3 indique que les personnes qui sont à la rue depuis longtemps sont également dans une attente totale : « une fois qu'ils sont vraiment clochards, qu'ils sont installés, et qu'ils ne bougent plus de l'endroit où ils sont, et qu'ils attendent que les associations passent de temps en temps pour leur donner à manger. [...] même les deals viennent sur place ».

Avec le temps, lorsque les personnes sans domicile ne peuvent plus réaliser certaines occupations, elles perdent l'habitude et « désapprennent » à faire ces occupations (E1, TP3). De leur côté, E2 et E3 emploient le terme de « déprise d'activité » défini comme « une perte très lente et progressive. Ce n'est pas forcément quelque chose qui est induit de l'extérieur, c'est quelque chose où le sujet, au fil du temps, de ses difficultés, de ses traumatismes, de son âge, fait qu'il restreint les activités quotidiennes et les activités qui peuvent avoir du sens pour lui. Et donc, la déprise d'activité est une diminution progressive, lente mais profonde des activités quotidiennes et des activités significatives de la vie, et c'est un abandon de la personne » (E3).

Ces habitudes s'additionnent à une perte de rôles et donc des responsabilités qui y sont associées (E1). Selon les résultats des entretiens effectués avec les travailleurs pairs (TP1, TP2, TP5, TP6), ce sont souvent des rôles liés à la famille (père, conjoint, fille, tante, sœur, frère, cousine). D'après E3, « ils perdent ce qu'ils ont été et ce qu'ils sont ». Deux des travailleurs pairs disent n'avoir perdu aucun rôle. Il s'agit des deux personnes qui ont choisi volontairement de vivre cette vie (TP4, TP8). Ainsi, TP8 a conservé tous ses rôles antérieurs (mère, travailleuse, bénévole). En effet, les familles conservent leurs rôles et leurs routines car avoir des enfants les

maintiennent dans un rythme (E1, E3). Il existe une autre particularité pour les personnes migrantes qui ne possèdent qu'une seule identité (E3). Ensuite, une travailleuse paire a gardé certains rôles car elle était toujours en couple et elle continuait à travailler (TP2). Une autre travailleuse paire a trouvé un nouveau rôle, celui « d'assistante sociale de service » au sein de sa communauté, c'est-à-dire « celle qui va filer un coup de main pour les papiers, celle qui filait un coup de main pour les soins, pour aller à l'hôpital et traduire, etc. » (TP3).

3.2.3 La capacité de performance

Les aptitudes physiques et mentales des personnes sans domicile peuvent être altérées (E1). Les atteintes à la santé mentale sont plus souvent abordées par les participants que les atteintes à la santé physique. Une seule travailleuse paire (TP3) parle des répercussions physiques qui peuvent être engendrées par les conditions de vie précaires. Dans les autres entretiens, ce sont davantage les aptitudes mentales qui sont mentionnées. En effet, TP4 et TP5 évoquent tous deux leur « dépression » lorsqu'ils n'avaient plus de logement. TP6 rapporte que ses aptitudes cognitives étaient altérées à cause de la consommation de substances psychoactives : « des capacités cérébrales que j'avais complètement perdues ». L'altération des aptitudes cognitives à cause de la consommation de substances peut être antérieure ou postérieure à la perte du logement. TP1 et TP2 partagent qu'ils étaient dans un état d'alerte psychique et d'agacement constant : « on est en mode survie tout le temps, et être en mode survie tout le temps, ça veut dire être sur les nerfs tout le temps » (TP1). E3 explique que les personnes sans domicile éprouvent souvent « de la souffrance psychique ». Mais les soins parfois nécessaires ne sont pas assurés de façon continue : « J'ai eu des ordonnances bouffées par les rats avec juste des entêtes et pas de médicaments [...] J'ai vu des ordonnances qui dataient de plus de dix mois » témoigne E2.

3.2.4 Le contexte environnemental

Les entretiens ont mis en évidence un environnement physique et un environnement social qui peuvent soit faciliter ou soit entraver la participation occupationnelle selon les situations.

Plusieurs lieux fréquentés par les personnes sans domicile ont été identifiés : la rue (TP1, TP2, TP3, TP4, TP6, TP7), les associations (TP1, TP2, TP7, TP8), les squats (TP2, TP4, TP7, TP8), les tentes (TP2, TP7), les caravanes (TP3), les logements d'amis (TP5, TP3), les lieux de travail (TP2, TP8), les lieux de soins (TP1, TP2, TP5, TP6, TP7). Les individus sans domicile ont une perception différente de leur environnement selon si elles ont fait le choix de

quitter leur logement ou non. TP4 et TP8, qui ont fait ce choix de vie, décrivent un environnement sans contrainte, festif et amical. Ils ne manquaient pas de matériel pour réaliser les occupations qu'ils voulaient et devaient faire. D'autres travailleurs pairs (TP1, TP2, TP7), ainsi que des ergothérapeutes (E1, E3, E4), dépeignent un environnement violent et insécurisant qui découle du regroupement de personnes précaires dans un espace commun, que TP2 illustre : « la précarité [...], ça éloigne les gens des uns et des autres ». E1 explique que « à partir du moment où on met plein de personnes qui sont dans des situations galères, eh bien, forcément à un moment, ça va devenir violent ». Cet environnement est particulièrement dangereux pour les femmes. Ainsi, TP2 et TP7, qui évoquent ce danger, ne restaient jamais seules pour se protéger. Elles ont toutes les deux également cultivé un comportement défensif : « quand tu es une meuf et que tu es à la rue, si tu l'ouvres pas, tu te fais marcher dessus, voire plus » (TP7). E3 mentionne aussi une incurie d'adaptation comme stratégie de défense. TP6, résident d'un centre d'hébergement, dépeint un environnement emprisonnant et infantilisant. E1 a eu affaire à cette problématique dans le centre où elle travaille. Elle décrit que : « les horaires d'entrée et sortie [...] ça crée une situation de conflit, ça fait de l'infantilisation ». TP6 explique avoir eu l'impression de ne pas être responsabilisé et considéré comme un adulte. En effet, d'après E1, un environnement qui impose des règles restreint le remplissage des rôles. Il peut aussi contraindre la participation occupationnelle des individus selon leurs fréquentations humaines (E1, E4). Par exemple, TP6 décrit avoir été « entouré de personnes qui allaient mal et qui avaient une mauvaise influence » sur lui.

Les personnes sans domicile sont également dépendantes des dispositifs d'aide, notamment pour le remplissage des soins personnels (TP1, TP2, TP3, TP6, TP7), pour le sommeil (TP1, TP6) et pour les démarches administratives (TP3, TP5) : « c'est grâce à ces dispositifs que j'ai pu me sortir la tête de l'eau » (TP2). Elles vivent selon un rythme institutionnel, les tâches données par le centre d'hébergement et les heures de lever imposées par l'institution (TP6). Cette dépendance et ce rythme institutionnels sont aussi décrits par deux ergothérapeutes (E3, E4). Ils limitent particulièrement la participation occupationnelle durant l'été avec la fermeture des dispositifs (TP7). De plus, la configuration de l'espace et la vie collective des centres peuvent faire obstacles à la participation occupationnelle. Par exemple, dans le centre où E1 travaille, des espaces communs sont partagés entre les résidents et ne sont pas toujours maintenus propres. Cela freine certaines personnes pour réaliser les occupations liées à ces lieux communs, comme la cuisine. E2 parle des chambres insalubres et peu meublées du lieu où il travaille.

Au niveau des relations familiales, les personnes sans domicile ont souvent peu de contact avec leur famille, notamment quand elles viennent de pays étrangers (E1), malgré qu'elles essaient de garder un lien avec elle (E2). Dans les entretiens de cette étude, plusieurs cas de figure sont mis en exergue ; soit les travailleurs pairs étaient peu en contact avec leur famille (TP1, TP6), soit ils ne l'évoquent pas pendant l'entretien (TP2, TP3), soit ils gardaient un contact (TP4, TP5, TP8) mais parfois la famille n'était pas au courant de leur situation (TP7). Il est souligné plusieurs fois que la famille aide à maintenir une routine et des rôles, donc en conséquence, est un facteur facilitant la participation occupationnelle (E1, E4). TP8 illustre ce cas.

Enfin, une solidarité existe entre les personnes sans domicile (TP1, TP2, TP7, E3, E4). En effet, des communautés se créent au sein de cette population. Selon la dynamique de la communauté, l'environnement peut être soutenant à la participation (E4). Certains travailleurs pairs disent avoir également pu s'appuyer sur les associations (TP1, TP2, TP7, TP8). Deux travailleurs pairs évoquent le besoin d'un environnement motivant et soutenant (TP2, TP6).

3.3 Une adaptation pour faire face au changement tout au long du parcours

3.3.1 L'adaptation après la perte de logement

Lorsque la personne se retrouve sans logement, une adaptation à cette nouvelle façon de vivre est nécessaire. Celle-ci n'est pas évidente (TP5, TP6, TP7, TP8) à cause de sa potentielle soudaineté (TP1, TP5), d'un changement de repères (TP5), d'un changement de l'environnement fréquenté et des habitudes antérieures (TP6). Pour faciliter l'adaptation, les travailleurs pairs rapportent plusieurs moyens. Cinq travailleurs pairs révèlent qu'un apprentissage se fait avec l'acquisition de savoirs, de savoir-être, de savoir-faire transmis par d'autres personnes sans domicile, comme des stratégies de survie et des lieux aidants à fréquenter (TP1, TP2, TP3, TP4, TP7) : « On m'a initié. Encore une fois, j'avais la chance de ne pas être seule. Mais j'ai vraiment été initiée à certains comportements à adopter, ce qu'il faut dire, pas dire, ce qu'il faut faire, pas faire, où il faut aller pour avoir ce dont on a besoin. C'était vraiment un apprentissage » (TP2). Cette adaptation peut également être facilitée grâce à l'aide apportée par les associations (TP3). TP7 ajoute qu'il s'agit d'un « coup à prendre ». Aussi, deux travailleurs pairs ont commencé à consommer des substances psychoactives pour simplifier l'adaptation (TP1, TP6). TP6 qui mentionne avoir vécu une « adaptation sous perfusion de 8.6 et sous respirateur de THC » s'est également réfugié dans le sommeil où il retrouvait « le côté soporifique, anesthésiant, et qui fait voyager de la substance, de l'alcool, du cannabis qui aident

un peu à tranquilliser l'esprit » (TP6). Il ressort aussi qu'avoir choisi ce mode de vie facilite l'adaptation (TP4).

3.3.2 L'adaptation aux imprévus quotidiens

Cinq travailleurs pairs rapportent avoir été régulièrement confrontés à des imprévus dans leur vie quotidienne. Pour faire face à ces derniers, ils disent s'être adaptés au bout d'un moment et se contentent de faire avec les imprévus (TP1, TP2, TP3, TP7, TP8). En effet, comme mentionne TP1, « on voit ce qui va se passer ». Un seul travailleur pair consommait de l'alcool : « je m'aidais de l'alcool » (TP1). Un travailleur pair faisait tout pour éviter les imprévus (TP6) : « je faisais en sorte qu'il m'en arrive le moins possible ».

3.3.3 L'adaptation au nouveau logement

Lors de leur réinsertion dans un logement durable, l'adaptation a été difficile pour l'ensemble des travailleurs pairs (TP1, TP2, TP3, TP4, TP6, TP7, TP8) à l'exception de TP5 qui était la seule personne à avoir été hébergée régulièrement par des amis durant son parcours. Deux travailleurs pairs parlent d'un long processus d'adaptation qui s'est produit « au fil du temps » (TP2). TP1 illustre : « m'a fallu une bonne dizaine d'années pour revivre ». Au début, cinq travailleurs pairs (TP1, TP3, TP4, TP7, TP8) expliquent avoir ressenti une forte solitude. En effet, il était difficile de « se retrouver tout seul » (TP8), de se sentir « isolé et triste » (TP4). Un temps d'appropriation du logement a aussi été nécessaire (TP1, TP3). Un travailleur pair souligne : « j'avais l'impression de ne pas être chez moi » (TP1). De plus, les personnes sans domicile n'ont souvent plus l'habitude de rester dans un espace restreint car l'appartement est souvent de petite surface. Cela peut créer une sensation d'enfermement qui est évoquée par deux travailleuses paires (TP3, TP7). L'une des deux indique : « je ne me sentais pas bien entre ces quatre murs, j'avais pas l'habitude » (TP7). Tous ces facteurs sont responsables d'un retour à la rue fréquent peu de temps après l'acquisition du logement (TP1, TP3, TP7, TP8). Un travailleur pair raconte : « quand j'ai eu mon logement, pendant une semaine, j'ai dormi dehors. Je dormais juste en face, à côté d'une rivière, je voyais mon appartement, mais dedans, je ne me sentais pas bien » (TP1) et un autre explique : « je ne dormais pas chez moi, je retournais dormir dehors avec les copains » (TP7). Deux femmes évoquent la redécouverte de sécurité liée à l'occupation d'un logement à elles (TP2, TP7). Elles avaient déjà insisté précédemment sur la dangerosité de la rue pour une femme.

Ensuite, cette adaptation au logement est souvent associée à l'arrêt de la consommation de substances (TP1, TP3, TP6). Quatre travailleurs pairs (TP2, TP3, TP7, TP8) expliquent que certaines activités de la vie quotidienne pouvaient être réalisées plus rapidement grâce au matériel facilement accessible. Mais l'arrêt de la consommation de substances associé à une plus grande rapidité pour certaines occupations du quotidien a créé des temps libres et d'ennui au cours de la journée que les travailleurs pairs ont dû apprendre à occuper (TP1, TP3, TP4). Une travailleuse paire affirme : « c'est compliqué au départ de se retrouver du jour au lendemain dans un appartement, il y a plein de choses qui changent c'est-à-dire que toutes les choses qui nous prenaient un temps fou quand on était à l'extérieur, eh bien là, on le fait en une demi-heure, on prend sa douche, on n'a pas à réfléchir comment on va se faire à bouffer, comment on va bouffer, parce qu'il y a tout à portée de main à la maison. Le portable, si on veut le charger, on le branche à la prise qu'il y a dans le mur et basta. [...] ça fait plein de temps comme ça de vide, qu'il faut réapprendre à occuper, et c'est compliqué [...] parce qu'on ne sait pas occuper ces temps libres et du coup, on se fait vite chier. C'est pour ça qu'il y a beaucoup de monde, de gens qui préfèrent retourner à la rue plutôt que de rester à l'appartement » (TP3).

De plus, TP3 raconte un « désapprentissage » de plusieurs activités quotidiennes qui a transformé son logement en une contrainte plutôt qu'un soutien : « Payer ses factures, c'est compliqué. Aménager le logement, c'est compliqué. Décorer, s'approprier l'espace, c'est compliqué. Faire le ménage, c'est compliqué. C'est que des contraintes. Vivre avec ces voisins, c'est compliqué. C'est que des contraintes. L'appartement se transforme vite, au départ, c'est quelque chose de positif, et ça se transforme vite en quelque chose de négatif, où au final, c'est beaucoup trop de contraintes et ça fait chier. Et c'est vite fait de se dire « vas-y ça me saoule, je me casse, je repars avec mon sac à dos ».

Les personnes sans domicile redécouvrent aussi un sens et un plaisir à la vie. TP7 parle de son travail qui a du sens pour elle. Les activités de plaisir et de loisir ont repris une place plus importante dans leur quotidien (TP1, TP5, TP7). TP1 affirme que maintenant, il fait : « Tout, je rejoue au tennis de table, je vais marcher, mais maintenant, je marche avec plaisir, je marche pas pour faire passer le temps ». Deux travailleurs pairs (TP4, TP7) évoquent avoir commencé à effectuer plus d'activités de la vie quotidienne qu'auparavant, comme le ménage ou la cuisine.

Cinq travailleurs pairs (TP1, TP3, TP4, TP5, TP7) ont retrouvé des rôles qu'ils avaient perdus ou ont développé des rôles qu'ils n'auraient jamais eus s'ils étaient encore à la rue aujourd'hui. Ce logement a également permis à une travailleuse paire de prendre le temps de réfléchir et de formuler son projet de vie (TP2). Mais l'adaptation à ce nouveau logement a nécessité une aide pour la majorité des travailleurs pairs (TP1, TP3, TP5, TP6, TP8). En effet,

un accompagnement fut nécessaire pour retrouver des automatismes quotidiens (TP1, TP3, TP5, TP6, TP8). D'autres possédaient une source de motivation supplémentaire. TP8 était motivée pour redonner une vie « normale » à sa fille et TP6 a adopté un animal qui lui a apporté la responsabilité qu'il recherchait. Certains travailleurs pairs (TP1, TP2) se sont sentis divisés entre leur vie à la rue et leur vie dans leur nouveau logement. TP2 déclare qu'elle avait « l'impression d'avoir le cul entre deux chaises » et TP1 explique qu'il avait « l'impression d'être un SDF avec un toit ».

3.4 Les pratiques ergothérapeutiques auprès des personnes sans domicile en France

3.4.1 Une connaissance limitée de l'ergothérapie

Les travailleurs pairs interrogés ont été recrutés sans savoir s'ils avaient déjà rencontré des ergothérapeutes. Tous les travailleurs pairs ont une connaissance limitée de l'ergothérapie. Un travailleur pair a déjà été suivi en ergothérapie lorsqu'il fréquentait un centre hospitalier psychiatrique, il s'agit de TP1. Il évoque surtout les moyens qui étaient utilisés par l'ergothérapeute, à savoir « un petit atelier d'imprimerie », le découpage « d'images dans des magazines » et le collage de celles-ci « sur un grand format papier », « les ateliers d'écriture » et « des petits bracelets brésiliens ». Il explique que l'ergothérapie lui permettait d'occuper son esprit et que « quand l'esprit est occupé, cela évite la gamberge ». Trois travailleurs pairs (TP2, TP4, TP7) ne savent pas ce qu'est l'ergothérapie, bien qu'ils en aient déjà entendu parlé. Un proche de TP8 a été pris en charge en ergothérapie, elle donne des exemples de moyens comme « la terre, du dessin, des trucs comme ça ». Enfin, trois travailleurs pairs (TP3, TP5, TP6) ont une représentation de l'ergothérapie qui regroupe les notions de « personnes handicapées » (TP3), de « faciliter le quotidien » (TP3), d'« adapter le quotidien » (TP5) et d'« adapter l'environnement à la personne » (TP6).

3.4.2 La prise en charge actuelle en ergothérapie des personnes sans domicile encore en expérimentation

En France, actuellement, les ergothérapeutes commencent à rencontrer des personnes sans domicile en dehors de la prise en charge d'une situation de handicap. Les ergothérapeutes ont été interrogés sur leur démarche actuelle d'accompagnement et plusieurs axes de prise en charge ressortent.

Un de ses rôles premiers d'ergothérapeute, E2 explique, est « l'écoute et la compréhension » des personnes accompagnées. E3 et E4 abordent la nécessité de créer un lien

de confiance au début de l'accompagnement. Pour ce faire, E3 choisit de « mobiliser par l'activité » en utilisant des activités ludiques et E4 met en place des activités manuelles. Face à leur faible estime personnelle et à leur besoin de reconnaissance, cette dernière avait également pour objectif d'améliorer cette estime et de valoriser les personnes sans domicile. Elle organise uniquement des projets planifiés sur le « court terme » (E4). E2 et E4 mettent en place un espace convivial et sécurisant pour les personnes accompagnées.

E2 participe à l'évaluation des difficultés quotidiennes des personnes et à leur orientation vers des dispositifs de soins selon les difficultés identifiées. Pour pallier et répondre aux difficultés quotidiennes rencontrées, E1 et E2 travaillent sur la connaissance du territoire et l'identification des lieux ressources à la participation occupationnelle des personnes sans domicile. Pour répondre à la désorientation temporelle, l'ergothérapeute aborde la notion de temps en mettant en place des ateliers avec un projet final planifié dans le temps (E4). Deux ergothérapeutes évoquent et illustrent le travail sur les dépenses d'argent et le sens qui leur est donné (E3, E4).

Les ergothérapeutes cumulent différentes approches. Tous les ergothérapeutes ont une approche sociale qui détermine les besoins en terme d'être et d'agir (E1, E2, E3, E4), et qui n'est pas immédiatement axée sur les besoins en terme de santé physique ou mentale : « en ergothérapie, leur problème premier, ce n'est pas la dépression, c'est leur situation de vie [...] Mais il faut la prendre en compte » (E1). Il est nécessaire que les interventions ergothérapeutiques soient adaptées aux capacités des personnes sans domicile accompagnées. E1 et E2 évoquent la nécessité de commencer par des objectifs et des moyens simples. Pour recréer une motivation, E1 et E4 utilisent une approche par les capacités et les forces, et non par les difficultés et les problèmes. D'après E1, les ergothérapeutes ont tendance à ne voir que les difficultés : « on est super fort pour remarque ce qui ne va pas. Mais ce qui fonctionne le mieux pour avancer avec les personnes, qui à la fois souffrent de troubles psychiques et à la fois ceux qui sont en situation précarité, ce qui fonctionne le mieux, c'est de s'appuyer sur les ressources, les forces de ces personnes » (E1). L'« approche communautaire » est également adoptée par E1 et E3 qui la nomme comme telle. Dans cette approche, les problèmes et les buts de la communauté et des individus faisant partie de la communauté sont identifiés, puis la communauté cherche des solutions pour atteindre les buts (E1, E3). Cette approche permet d'exploiter leurs connaissances pour ainsi « restaurer leur être par le faire », recréer une motivation et un but (E3). E1 aborde également la question des droits et de la justice avec les usagers de son centre d'hébergement qui est souvent un facteur de motivation.

Face aux insécurité de l'environnement, E1 explique qu'elle met en place des conseils de vie sociaux, en lien avec les éducateurs spécialisés, elle dit : « se saisir de ces moments-là pour retravailler d'une manière, un peu en intelligence collective, qu'on pose le cadre ensemble. Et qu'on réfléchisse ensemble à des solutions. Alors là, c'est ce que j'essaye un peu de faire à [résidence à vocation sociale] ». Pour prévenir les problématiques de vie collective, d'hygiène et de sécurité, elle travaille également avec ses collègues sur les règles de vie de l'institution afin d'abolir les horaires imposés : « un ergothérapeute qui arrive dans une structure, dans un centre d'hébergement, c'est de travailler les règles de vie avec les personnes concernées », par exemple, « les horaires d'entrée et de sortie, il faut arrêter ça [...]. Donc, nous, on a fait ça à [résidence à vocation sociale] et ça fonctionne. Et en fait, les personnes, elles rentrent chez elles sans faire de bruit et il y a aucun souci. »

E1 cherche également à redonner des rôles aux personnes sans domicile, à l'aide de projets, de sorties et d'orientation vers « des actions de bénévolat » car « c'est hyper intéressant notamment pour retrouver un rôle » et « c'est hyper valorisant, pour l'estime de soi ». Elle participe aussi à la remise en place des routines et le réapprentissage de ce qui a été oublié par les personnes sans domicile.

L'ergothérapeute répond également à la perte de sens et à l'ennui, notamment à l'aide des activités de loisirs. E1 explique : « on s'oriente toujours vers des activités dans le modèle de Doris Pierce, plaisir, productivité, ressourcement [...] Donc je pense qu'il y a un besoin ce niveau-là [...] je pense que s'occuper de l'ennui des personnes, ça veut dire leur redonner du sens [...] redonner du sens à la vie des personnes ». E2 et E4 favorisent aussi la participation avec divers moyens comme des sorties extérieures au foyer d'hébergement et des activités culturelles qui ont du sens.

Enfin, E1 et E4 évaluent le retentissement de leurs interventions sur l'environnement des personnes sans domicile.

3.4.3 Les perspectives d'évolution de prise en charge en ergothérapie des personnes sans domicile

Les ergothérapeutes ont été questionnés sur les démarches qu'ils aimeraient mettre en place auprès des personnes sans domicile, en plus des interventions qu'ils ont déjà mis en place, sur les spécificités de l'ergothérapeute par rapport aux membres des équipes qui interviennent auprès des personnes sans domicile, sur les limites et les ressources au développement de l'ergothérapie dans ce domaine. Chaque ergothérapeute a apporté des idées et des perceptions différentes.

E1 décrit sa démarche de pratique idéale qui consisterait en l'« évaluation de l'impact de l'environnement sur la participation des personnes », le « travail de l'environnement avec les personnes » et la mise en place de « pratiques individuelles et de groupe, genre, communautaires ». Elle commence déjà à instaurer cette démarche dans son lieu de travail. Elle explique que l'ergothérapeute pourrait aussi « remettre du sens » dans la vie quotidienne, « retravailler les routines », « aller chercher des ressources dans la communauté » dans un objectif de sortie « du système social et sanitaire pour aller vers le système civil ». Elle dit également que l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle de « plaidoyer ». E3 évoque la notion de « pouvoir d'agir ». Pour E2, il s'agirait de redonner aux personnes sans domicile la possibilité de faire des choix. Enfin, E4 voudrait créer une caravane mobile qui serait dans une démarche d'aller-vers les personnes de la rue : « L'ergothérapie, comme une intervention à domicile, mais une version d'intervention dans les centres d'hébergement d'urgence avec des ergothérapeutes qui proposent des ateliers concrets, sur des projets à court terme avec des possibilités de se mettre en lien avec des institutions culturelles de la ville » (E4) ». Elle travaillerait la notion de dépenses avec elles (E4).

4. Discussion

4.1 Les conséquences sur le quotidien des personnes sans domicile

4.1.1 Une participation occupationnelle limitée

D'après les résultats obtenus, la participation occupationnelle est influencée par le processus d'interactions entre l'Être et l'environnement (Bélanger *et al.*, 2006 ; Kielhofner, 2002 ; Morel, 2017).

Les obstacles à la participation occupationnelle peuvent provenir directement de l'individu. La limitation de la motivation à agir, décrit comme une difficulté exprimée par les personnes sans domicile par Aviles & Helfrich (2004), et la faible estime personnelle rendent la personne peu consciente de ses capacités et brouillent le mécanisme décisionnel à agir. Par ailleurs, leur santé psychique est fragile, ce qui freine la participation. Cependant, les résultats montrent aussi que les personnes sans domicile développent des capacités, dont certaines avaient été identifiées par Damon (2012), comme les capacités d'adaptation et de « débrouillardise ». A l'inverse, ces capacités, associées à leur désir de faire, sont favorables à la participation occupationnelle, ainsi qu'à leur adaptation quotidienne.

Ensuite, des facteurs environnementaux peuvent également gêner la mise en place des routines souhaitées, et ainsi entraver la participation à des occupations satisfaisantes et

signifiantes. En effet, les règles institutionnelles des dispositifs d'aide imposent aux personnes sans domicile un rythme qui peut ne pas convenir à toutes et créer une sensation de déresponsabilisation. Ces résultats sont comparables aux études réalisées par Chard *et al.* (2009), Cunningham & Slade (2019), DeRosa *et al.* (1999) et Simpson, Conniff, Faber & Semmelhack (2018). Néanmoins, l'environnement social peut aussi être soutenant à la participation grâce à la transmission de connaissances entre les personnes sans domicile. Ce partage de savoirs expérientiels permet aux nouvelles personnes sans domicile d'acquérir à leur tour les savoir-vivre indispensables pour s'adapter et survivre à la rue. De plus, selon les lieux fréquentés et le lieu d'habitat, le matériel accessible influence la facilité à effectuer des occupations. Ainsi, les associations permettent de déployer une certaine forme d'autonomie, mais rendent les personnes dépendantes de celles-ci. La vie en squat, en caravane ou chez un tiers peuvent aider à la participation grâce à un accès facilité au matériel. Au contraire, les centres d'hébergement, à cause des règles institutionnelles, et la rue, à cause du manque de ressources matérielles, constituent davantage des obstacles à cette participation.

Malgré leurs conditions de vie, les personnes sans domicile participent à des occupations tout au long de la journée. Les soins personnels, comme manger, boire, aller aux toilettes, maintenir une hygiène corporelle, trouver un lieu pour dormir en sécurité, et le gain d'argent sont des occupations prioritaires pour les personnes sans domicile. Des résultats similaires ont été mis en évidence dans des études étrangères (Cunningham & Slade, 2019 ; Illman *et al.*, 2013 ; Thomas, Gray & McGinty, 2017 ; VanLeit *et al.*, 2006). Qualifiées d'« occupations de survie » par ces auteurs, elles répondent aux besoins physiologiques indispensables à la survie de l'être humain. La survie, associée aux préoccupations psychiques, entrave la projection dans l'avenir et les amène à vivre dans l'instant présent. Elle oriente aussi le mode d'occupation de l'espace de vie. Comme mentionné par Cunningham & Slade (2019), Illman *et al.* (2013) et Thomas *et al.* (2017), les personnes sans domicile parviennent à remplir ces occupations grâce aux dispositifs d'aide qui leur apportent les ressources matérielles nécessaires, ce qui génère ainsi une dépendance institutionnelle pour certaines personnes. Ces dernières passent également beaucoup de temps avec d'autres personnes sans domicile de leur communauté. Chard *et al.* (2009) ainsi que Thomas *et al.* (2017) mettent en évidence que ces interactions permettent de combler leur sensation de marginalisation sociale. Elles vont partager d'autres occupations avec elles, comme la consommation de substances psychoactives. Celle-ci qui est souvent une occupation sociale, influencée par les autres personnes sans domicile. Bien que néfastes pour leur santé, les addictions, comme la consommation de drogues et d'alcool, occupent une place importante dans la vie de nombreuses personnes sans domicile, parfois aux dépens des autres

occupations. Comme expliqué par les participants de cette étude et affirmé par Cunningham & Slade (2019), elles leur permettent d'échapper à la réalité, de remplir les moments d'ennui et de vide.

Malgré ces occupations, leur vie quotidienne manque de sens, d'occupations significatives et satisfaisantes. Chard *et al.* (2009) met en exergue un problème similaire. Une étude menée par Finlayson *et al.* (2002) a mis en évidence que les priorités des personnes sans domicile étaient de redonner un sens à cette vie quotidienne et de déterminer un projet de vie.

En dehors de ces occupations, le domaine de productivité est également touché. Souvent, les personnes sans domicile ne travaillent pas, soit par refus d'avoir un travail qui ne leur correspond pas, soit par difficulté à conserver un emploi stable. Elles se dirigent donc souvent vers la manche. Parfois, elles gardent un travail, mais celui-ci n'a pas de sens pour elles et ne leur plaît pas. Alors, il pourrait s'apparenter, à l'image des soins personnels, à un travail de survie par besoin de gagner de l'argent. La notion de sens semble donc très importante pour les motiver à travailler.

Après, les personnes sans domicile ont peu de loisirs car ceux-ci dépendent souvent des moyens matériels et financiers, qui leur manquent souvent. Elles racontent avoir ressenti peu de plaisir durant cette partie de leur vie et beaucoup d'ennui, qualifié de vide occupationnel par une participante, qu'elles comblent par la consommation de substances et par la marche. Chard *et al.* (2009) note que la participation occupationnelle est particulièrement importante car elle réduit le vide occupationnel.

Ainsi, cette étude montre que tous les domaines d'occupation sont impactés, les activités de la vie quotidienne, la productivité et les loisirs. Cela impacte l'être de la personne, ses rôles, le sens de sa vie et son sentiment d'appartenance dans la société. Cette limitation de la participation fragilise la santé des personnes sans domicile qui manifestent plus de problèmes de santé que la population générale et qui amoindrissent notamment les opportunités d'optimiser leur santé mentale et leur bien-être (Cha, 2013 ; Vandecasteele & Lefebvre, 2006). Elles perdent également les savoir-faire associés au domicile. En effet, les habiletés pour réaliser ses activités au domicile ne seront pas les mêmes que celles qui sont requises pour vivre dans la rue. Ainsi, la personne développera les habiletés requises pour vivre dans la rue et perdra celles qui sont requises pour maintenir un logement. Par exemple, les habiletés nécessaires lors de la cuisine ou des tâches ménagères sont moins sollicitées. En revanche, la personne participera à des occupations qui assureront sa survie, comme avoir des interactions sociales, gagner de l'argent par tous les moyens, comme la manche, la confection de petits objets, etc. (Vandemark, 2007). Ce désapprentissage et ce changement d'habitudes pourront être problématiques lors de la

réinsertion vers un logement durable. Marshall & Rosenberg, (2014) évoquent ce problème qui peut engendrer un retour à la rue fréquent.

Néanmoins, ces données sont à nuancer. Elles ne sont pas applicables à toutes les personnes sans domicile. En effet, dans cette étude, il apparaît que le choix de ce mode de vie et la présence d'une famille sont des facilitateurs à la participation occupationnelle. En effet, la participante qui était mère de famille a conservé sa motivation, ses rôles, ses habitudes et ses routines pour ses enfants.

4.1.2 Une population victime d'injustice occupationnelle

Dans la première partie, l'hypothèse que les personnes sans domicile sont confrontées à des formes d'injustices occupationnelles a été émise. Pour rappel, la justice occupationnelle est un concept qui défend quatre droits occupationnels selon lesquels chaque individu possède (Townsend & Wilcock, 2004) :

- Le droit de réaliser des occupations significatives et enrichissantes ;
- Le droit de participer à des occupations favorisant la santé et l'intégration sociale ;
- Le droit de faire des choix et de participer à la prise de décisions dans la vie quotidienne ;
- Le droit d'avoir des privilèges égaux pour s'engager dans des occupations variées.

Plusieurs formes d'injustices occupationnelles sont mises en évidence dans cette étude. Les travailleurs pairs abordent plusieurs fois d'un manque de moyens matériels et financiers lorsqu'ils n'avaient pas de logement. Ce manque de ressources les limitait dans la possibilité de faire librement les loisirs qui leur plaisaient, soit ils se consacraient à des loisirs qui demandaient peu de matériel, soit ils ne participaient à aucun loisir. Cet empêchement prolongé de réaliser des occupations en raison de facteurs indépendants de sa volonté et de l'absence de ressources correspond à la privation occupationnelle. Il peut également résulter d'une autre forme d'injustice, le déséquilibre occupationnel (Watson & Duncan, 2007), qui se produit lorsqu'un individu ne peut plus réaliser ses occupations d'une manière qui lui convient et qui lui semble équilibrée. Cette étude fait ressortir que les personnes sans domicile vivent des moments de vide occupationnel et d'ennui dans leur vie quotidienne. On peut imaginer qu'elles sont inoccupées ou sous-occupées et qu'elles manquent de diversité dans leur vie quotidienne centrée sur les soins personnels, la consommation de substances et la manche. La répétition de ces occupations tous les jours au détriment d'autres occupations se répercutent sur la diversité des occupations. Enfin, certaines occupations n'ont pas le sens qu'elles pouvaient avoir pour les personnes sans domicile avant qu'elles ne commencent à vivre sans logement. Ces occupations prennent une importance considérable dans leur vie. En effet, elles sont limitées à des

occupations de survie, d'usage de substances, de manche, et ainsi, elles n'ont pas le temps de penser et de choisir de faire d'autres occupations. Certains participants qualifient leur vie comme étant répétitive. Cette monotonie constitue une forme d'aliénation occupationnelle. L'aliénation occupationnelle se manifeste lorsqu'une personne est obligée de participer à des occupations qu'elle considère peu significatives, peu reconnues ou peu valorisées. De plus, les participants qui travaillent ont un emploi qui n'a pas de sens et qui n'a pas été choisi parce qu'il correspondait aux valeurs de la personne, mais par un besoin de gagner de l'argent. C'est pourquoi certaines personnes préfèrent ne pas travailler. Alors, elles font la manche, une activité peu gratifiante au sein de la société.

Ces formes d'injustices ne se produisent pas sur quelques heures ou quelques jours, mais se poursuivent sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Sur le long terme, ces injustices occupationnelles sont à risque de se répercuter sur la santé et le bien-être des personnes sans domicile touchées (Monin, 2019).

Comme dans la partie précédente, ces résultats sont à nuancer. Les personnes sans domicile qui ont choisi ce mode de vie ne ressentent pas toujours ces contraintes. Elles s'estiment libres de faire les choix qui leur conviennent et de faire ce qu'elles veulent.

4.2 Les implications pour la pratique de l'ergothérapie

4.2.1 Des approches axées sur le rétablissement et les forces de la personne

Cette étude montre également que les ergothérapeutes utilisent également des approches axées sur le rétablissement et les forces de la personne. Cette notion de rétablissement a été évoquée par quatre participants. Ces approches sont issues de la psychiatrie, mais pourraient être adaptées et utilisées dans l'approche sociale de l'ergothérapie.

Le rétablissement (*recovery*) est défini comme « un processus personnel et unique qui vise à changer les attitudes, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les aptitudes et les rôles de chacun. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement implique la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale » (Anthony, 1993). Cette définition est souvent reprise dans la littérature. Bien que teinté par les troubles de la santé mentale, le rétablissement pourrait s'appliquer aux personnes sans domicile pour plusieurs raisons. D'une part, elles présentent une fragilité psychologique plus importante et plus de troubles de la santé que la population générale (Cha, 2013). D'autre part, d'après cette étude, lorsqu'elles sont dans une volonté de changement, elles

souhaitent retrouver un but et un sens à leur vie. Contrairement aux approches, qui se penchent sur les difficultés et les déficits, auxquelles les ergothérapeutes sont familiarisés, le rétablissement est une approche orientée vers une recherche de solutions et de ressources avec les personnes (Laval, 2016). Il est donc étroitement lié à l'approche par les forces utilisée par les ergothérapeutes interrogés. Ces approches sont prises comme une philosophie d'intervention et visent à redonner du pouvoir d'agir, notion fondamentale de la promotion de la santé.

De plus, dans cette étude, il est montré que les personnes sans domicile possèdent des savoirs expérientiels et des capacités qui ont été développés à la rue. Or, les travailleurs pairs expriment ne pas toujours avoir été conscients de ceux-ci. Comme mentionné précédemment, ces savoirs et ces capacités contribuent positivement à la participation occupationnelle. Mais pour qu'ils soient pleinement utiles dans le quotidien de la personne, elle doit en être consciente. Par ailleurs, l'estime personnelle et la motivation à agir sont souvent restreintes. Comme suggéré par Schultz-Krohn *et al.* (2006), l'ergothérapeute aurait donc tout intérêt à utiliser ces approches et à les incorporer dans les objectifs pour mettre en valeur les forces de la personne mais aussi de la communauté. Cela servirait comme moteur de la réinsertion et permettrait de restaurer son estime personnelle, prendre conscience de ses capacités et de ses ressources, retrouver de la motivation et favoriser ensuite le pouvoir d'agir.

4.2.2 Une approche communautaire en promotion de la santé

A l'instar de l'ergothérapie, l'approche communautaire est basée sur une approche globale pour comprendre la personne dans toutes les dimensions de sa vie, ainsi que le contexte socioculturel dans lequel elle vit, c'est-à-dire le contexte environnemental en ergothérapie. Cette approche globale, fondement de la vision de l'ergothérapeute, permet de prendre en compte tous les éléments qui peuvent être favorables ou défavorables à la participation occupationnelle des personnes sans domicile afin de répondre aux besoins de la manière la plus adéquate possible (René, 2009).

Comme évoqué dans les résultats, à l'image de l'approche par les forces, l'approche communautaire vise le pouvoir d'agir et se concentre sur le vécu, les connaissances et les capacités des individus qui font partie d'une même communauté. Les entretiens mettent en évidence que les personnes sans domicile possèdent des savoirs expérientiels qui peuvent être utiles à la communauté. Naturellement, sans incitation, elles se sollicitent et s'entraident pour répondre à leurs besoins physiologiques, notamment par le partage de la localisation des associations, des centres d'hébergement ou encore des lieux de passage pour faire la manche. Ainsi, par cette approche, l'ergothérapeute peut aider à améliorer la participation

occupationnelle de la communauté sans domicile. Il peut inviter les membres de la communauté à utiliser l'intelligence collective pour réfléchir ensemble sur une difficulté occupationnelle commune ou individuelle, proposer des solutions, participer activement à la mise en place et au déroulement des actions les plus aptes à répondre à la problématique identifiée (Monin, 2019). Pour ce faire, la participation active de chaque membre de la communauté est indispensable et accroît l'investissement des personnes. La participation des personnes sans domicile est donc à la fois un processus et une finalité (Fournier & Potvin, 1995).

4.2.3 Des rôles émergents associés aux rôles traditionnels de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute contribue à la participation occupationnelle des personnes sans domicile. Plusieurs rôles ont été mis en évidence lors de cette recherche et des études étrangères présentent des données similaires.

L'ergothérapeute continue à exercer des rôles traditionnels qui lui sont propres. Certains ergothérapeutes interrogés évaluent les difficultés occupationnelles rencontrées par les personnes sans domicile. Ils évaluent et travaillent l'environnement pour faciliter la participation occupationnelle. Des études étrangères viennent préciser cette évaluation qui complètera l'évaluation des autres professionnels des dispositifs d'aide. En effet, elles ajoutent que l'ergothérapeute évalue les capacités, les difficultés, l'organisation de la routine et le rapport à l'occupation de la personne. Pour ce faire, il dispose d'outils spécifiques à l'ergothérapie. D'après Chard *et al.* (2009) et Muñoz *et al.* (2006), cette évaluation permet de mieux comprendre la population sans domicile. Il aide également à la définition d'objectifs (Roy *et al.*, 2017 ; Scultz-Krohn, Drnek, & Powell, 2006) et d'un projet de vie, mais avec son regard d'ergothérapeute, il identifie les occupations significatives (Lloyd & Bassett, 2012 ; Roy *et al.*, 2017). A partir de l'évaluation des besoins, l'ergothérapeute participe à l'orientation vers des dispositifs de soin lorsque c'est nécessaire. De plus, l'ergothérapeute aide à recréer de la motivation et de l'estime personnelle en mobilisant la personne par l'activité, par la justice et par la mise en valeur de ses forces. Ce rôle a également été identifié par Bradley, Hersch, Reistetter & Reed (2011) dans leur étude qui portait également sur la participation occupationnelle des personnes sans domicile. En orientant vers des activités qui permettent aux personnes de se sentir utiles, il accompagne dans la création et la retrouvaille de rôles (Marshall & Rosenberg, 2014), notamment de rôles productifs (Raphael-Greenfield & Gutman, 2015) ou du rôle de parent (Lloyd & Bassett, 2012). De surcroît, les personnes sans domicile acquièrent des capacités d'adaptation. Pendant que les ergothérapeutes interrogés s'appuient sur les forces, Tsang *et al.* (2013) propose aussi d'aider à renforcer ces capacités pour faciliter ainsi

l'adaptation à des nouvelles situations et à leur nouveau milieu de vie. Pour surmonter l'ennui, remettre du sens dans leur vie et combattre les injustices occupationnelles, l'ergothérapeute participe également à l'enrichissement du répertoire occupationnel en créant des opportunités pour s'engager dans des occupations significatives, notamment des loisirs. Des résultats similaires ont été trouvés dans les études de Muñoz *et al.* (2006), Raphael-Greenfield & Gutman (2015), Simpson *et al.* (2018) et Tsang *et al.* (2013). Il analyse l'impact du vide occupationnel et de la consommation de substances sur l'équilibre occupationnel (Amos, Gaunt-Richardson, McKie & Barlow, 1999 ; Cohen & Koegel, 1996 ; Grandisson *et al.*, 2006 ; Marshall & Lysaght, 2014 ; McDonald, 2001 ; Raphael Greenfield & Gutman, 2015) et travaille avec les personnes sans domicile pour remettre en place des routines saines, à l'image de Raphael-Greenfield & Gutman (2015) et de Simpson *et al.* (2018). Tout comme les personnes en situation de handicap, il entraîne la personne sans domicile aux aptitudes de la vie quotidienne comme les soins personnels, la gestion et l'entretien du domicile, la réalisation des courses, la préparation du repas et la gestion financière pour répondre au désapprentissage qui découle de la privation occupationnelle (Davis & Kutter, 1998 ; Helfrich & Fogg, 2007 ; Lloyd & Bassett, 2012 ; Muñoz, Reichenbach & Hansen, 2005 ; Roy *et al.*, 2017). De plus, DeJong (2012), Gaetz (2012), Marshall & Rosenberg (2014) et Roy *et al.* (2017) suggèrent que la participation occupationnelle facilite la transition vers le logement qui a été soulevée comme problématique dans cette étude. Les ergothérapeutes interrogés n'ont pas abordés ce rôle potentiel. Mais, en effet, les personnes sans domicile rencontrent des difficultés à avoir une participation occupationnelle lors de leur insertion dans un logement durable. La revue de littérature élaborée par Roy *et al.* (2017) montre que les ergothérapeutes peuvent à la fois intervenir auprès des personnes qui sont sans domicile et de celles qui sont en transition vers un logement pour répondre aux difficultés occupationnelles rencontrées et faciliter l'adaptation au nouveau domicile.

En plus de ces rôles traditionnels pertinents auprès des personnes sans domicile, d'autres rôles émergent. Une ergothérapeute évoque le rôle de plaidoyer de l'ergothérapeute. La littérature suggère également ce rôle d'*advocacy* (Grandisson *et al.*, 2006 ; Illman *et al.*, 2013 ; Marval & Townsend, 2013). Un article décrit le rôle de l'ergothérapeute comme défenseur (*advocate*) des personnes sans domicile (Marval & Townsend, 2013). L'ergothérapeute a aussi un rôle à jouer dans la prévention et la promotion de la santé (Grandisson *et al.*, 2006), ainsi que le développement du pouvoir d'agir des personnes sans domicile au sein de la communauté (Fisher & Hotchkiss, 2008). En effet, comme mentionné dans la partie précédente, les ergothérapeutes interrogés utilisent une approche centrée sur la promotion de la santé

communautaire. Cette approche permet de faire participer la communauté à l'identification des difficultés, à la recherche, des solutions, à la mise en place et à l'évaluation de celles-ci. De plus, à l'aide de l'intervention communautaire, l'ergothérapeute peut aider au développement des capacités de la personne pour vivre sans logement et s'adapter plus facilement à ce mode de vie. Dans ce même objectif, il travaille sur la connaissance du territoire avec les personnes sans domicile pour qu'elles identifient des lieux ressources à leur participation occupationnelle.

Ainsi, il est démontré que l'ergothérapie peut bénéficier à la population sans domicile sous plusieurs aspects. Mais pour cela, il faut que les professionnels soient capables de fortifier l'intérêt de l'ergothérapie auprès de cette population (Bradley *et al.*, 2011).

4.3 Un ergothérapeute intégré dans une équipe pluridisciplinaire

4.3.1 Un travail pluridisciplinaire indispensable

Pour pouvoir agir, l'ergothérapeute devrait être intégré au sein des équipes qui travaillent dans les dispositifs d'aide. La coordination et la collaboration pluridisciplinaire entre les différents corps de métiers sont indispensables. En effet, les membres des équipes peuvent joindre leur expertise et leurs compétences pour identifier les ressources et les besoins des personnes sans domicile, pour coordonner les interventions, et qu'ainsi, les individus tirent le plus de bénéfices possibles (Mayo & Woolley, 2016 ; SCIE, 2018). Cette pluridisciplinarité est évoquée par deux ergothérapeutes. Le travail d'équipe offre la possibilité d'apporter aux personnes plus qu'un seul professionnel ne pourrait le faire. En effet, un ergothérapeute qui travaille seul ne peut être efficace. Par ailleurs, il possède les atouts pour travailler en complémentarité avec les membres des équipes et avec les usagers des dispositifs. Ce travail pluridisciplinaire impose la définition des champs d'action de l'ergothérapeute dans l'équipe.

4.3.2 La plus-value d'un ergothérapeute au sein de cette équipe pluridisciplinaire

Deux participantes déclarent que l'ergothérapeute est le spécialiste des activités, notamment celles qui ont un sens pour l'être humain. Grâce à son expertise et à sa vision globale, il peut repérer et analyser les occupations, la manière dont elles sont perçues et réalisées par les personnes sans domicile, les difficultés et les insatisfactions occupationnelles, les causes de ces difficultés et de ces insatisfactions, mais surtout il peut comprendre le lien étroit qui existe entre l'Être et l'Agir. Par ailleurs, comme décrit également par Grandisson *et al.* (2006), sa vision globale peut aider à mieux comprendre le quotidien des personnes sans

domicile face à leur hétérogénéité et les aider à restaurer une routine équilibrée pour surmonter le déséquilibre occupationnel identifié dans cette étude.

Les ergothérapeutes possèdent une discipline qui leur est propre, les sciences de l'occupation, à laquelle les étudiants en ergothérapie sont aujourd'hui formés. A partir de ces sciences, ont été créés les modèles conceptuels en ergothérapie, comme le MOH utilisé dans cette recherche mais aussi dans de nombreuses autres études (Bradley *et al.*, 2011 ; Kannenberg & Boyer, 1997 ; Kavanagh & Fares, 1995 ; Lloyd & Bassett, 2012 ; Schultz-Krohn *et al.*, 2006). Les modèles permettent de constituer le raisonnement clinique de l'ergothérapeute. Toujours à partir des sciences de l'occupation, ont été créés des outils, pour évaluer le profil occupationnel de la personne, sa participation occupationnelle ou encore l'organisation de sa routine de vie, tels que le profil « PPR » (Plaisir Productivité Ressourcement), le « MOHOST », la « MCRO » qui sont cités par une participante. Les ergothérapeutes sont formés à l'utilisation de ces outils que ne possèdent pas les autres professionnels du monde médico-social.

Mais les dispositifs ne sont pas informés des compétences que l'ergothérapeute pourrait apporter à leurs équipes. Ainsi, l'intégration d'ergothérapeutes dans les équipes qui interviennent auprès des personnes sans domicile exige en amont tout un travail de sensibilisation de ces équipes aux spécificités de l'ergothérapeute.

4.4 Une ergothérapie qui tend vers un développement susceptible d'être freiné

4.4.1 Des obstacles au développement de l'ergothérapie sociale

Comme souligné plusieurs fois dans l'état des lieux des connaissances sur le sujet, les ergothérapeutes qui exercent auprès des personnes sans domicile sont peu nombreux en France. Pourtant, l'ergothérapie sociale existe depuis plus d'une vingtaine d'années. Mais comment expliquer le nombre réduit d'ergothérapeutes français dans ce domaine ? Les ergothérapeutes interrogés ont répondu à la question et plusieurs raisons peuvent être identifiées à partir des résultats de cette étude. Tout d'abord, la culture française n'est pas une culture tournée vers la communauté, ce qui freine le développement de l'approche communautaire, bien que celle-ci continue actuellement de prendre de l'ampleur dans notre pays. Ensuite, le cursus de formation des étudiants en ergothérapie est questionné par les participants. L'ergothérapie sociale est peu abordée dans notre cursus de formation. En effet, Grandisson *et al.* (2006) souligne l'existence du rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes sans domicile dans les programmes de formation en ergothérapie de certains pays et suggère l'inclusion de cette thématique dans les programmes de formation au Canada et dans les autres pays du monde. En outre, le recrutement

et l'enseignement en France sont axés dans une dimension médicale. Les participants invitent à former davantage les étudiants aux approches sociales de l'ergothérapie et aux méthodes de rétablissement. Par ailleurs, des stages en ergothérapie sociale ne sont pas proposés aux étudiants. La possibilité de faire des stages dans ce domaine permettrait de commencer à sensibiliser les futurs ergothérapeutes. De plus, la majorité des écrits sur l'ergothérapie sociale sont rédigées en langue étrangère. Une barrière de la langue pourrait-elle limiter la circulation des informations sur ce domaine ? Il s'agit uniquement d'une supposition, mais le manque d'information sur les pratiques étrangères pourraient freiner l'évolution de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile. Enfin, la question du financement des services ergothérapeutiques auprès des personnes sans domicile se pose. En effet, fournir des services sans ressources financières est compliqué (Bradley *et al.*, 2011) et les personnes sans domicile ont des ressources financières faibles. Cette problématique constitue peut-être l'obstacle le plus difficile à surmonter. Alors, les participants proposent plusieurs solutions, comme commencer à récolter des fonds par soi-même pour ensuite envisager des projets autonomes, démarcher des financeurs, ou encore se faire connaître auprès des dispositifs d'aide, en commençant peut-être par les centres d'hébergement dédiés aux personnes sans domicile en situation de handicap ou par des actions de bénévolat.

4.4.2 Mais l'ergothérapie progresse tout doucement

En effet, la promotion de la santé se développe et la santé mentale connaît une transformation. De plus en plus d'ergothérapeutes utilisent une approche communautaire auprès des personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Ainsi, il se pourrait que la santé mentale évolue progressivement vers la santé communautaire. Cela pourrait constituer une porte d'entrée pour l'ergothérapie auprès des personnes en situation de précarité, dont celles qui n'ont plus de domicile. Enfin, depuis qu'elle existe, l'ergothérapie a toujours évolué avec la société et ses besoins. Elle a connu trois changements de paradigmes depuis sa création. Au moment de la réalisation de cette étude, se produit une crise sanitaire. Avec celle-ci pourrait émerger une crise économique qui, elle-même, pourrait engendrer une crise sociale. Face à cette situation dramatique, les besoins sociaux risqueraient de se multiplier et ouvriraient peut-être une porte plus large pour l'ergothérapie sociale.

4.5 Les forces et les limites de l'étude

Concernant l'exploration de la participation occupationnelle des personnes sans domicile, le nombre peu élevé de participants n'a pas permis d'atteindre la saturation des

données et implique que les personnes interrogées ne sont pas forcément représentatives de l'ensemble de la population que l'on est sensé étudier. La diversité de la population sans domicile aurait mérité plus d'entretiens. Concernant l'accompagnement et les perspectives en ergothérapie, certains ergothérapeutes interrogés interviennent encore à titre expérimental. Ainsi, il est possible que ceux-ci développent différemment leur pratique à l'avenir et ces données ne figureront donc pas dans cette étude. Ensuite, à cause des conditions sanitaires actuelles, les entretiens ont tous été conduits à distance. L'observation des réactions des participants lors des entretiens n'a donc pas pu être utilisée. Un seul investigateur a conduit et analysé les entretiens. S'agissant de sa première expérience dans la récolte de données à titre de recherche, il est possible que la conduction des entretiens ait manqué de spontanéité.

Néanmoins, les données récoltées auprès des deux populations interrogées sont cohérentes. La grille d'entretien a permis d'obtenir un grand nombre de données pour répondre à la question de recherche. Par ailleurs, les similitudes observées avec d'autres écrits ajoutent de la crédibilité aux données. De plus, les travailleurs pairs interrogés dans cette étude ne vivent actuellement plus dans des conditions de vie précaires, ce qui leur permet de parler plus librement de leur expérience et d'explorer l'intégralité de leur parcours.

4.6 Les futures recherches

Les limites identifiées suggèrent la nécessité d'une future recherche sur ce même thème avec plus de participants pour avoir une plus grande variété de points de vue. Il pourrait être également intéressant de cibler les sous-groupes de la population sans domicile afin d'identifier plus facilement leurs particularités avec un regard d'ergothérapeute et de comparer plus facilement les résultats. De plus, cette étude a mis en évidence des difficultés occupationnelles lors de la réinsertion dans un nouveau logement. Une recherche ultérieure pourrait explorer la réinsertion vers le logement et l'impact d'une approche centrée sur l'occupation sur le maintien à domicile des personnes en transition de la rue au logement durable. Enfin, comme suggéré dans la discussion, il serait également pertinent de questionner la place de travailler sur les différents champs d'action de l'ergothérapeute au sein des différents dispositifs. D'autres postes à titre expérimental pourraient être créés. Ils consisteraient à intégrer des ergothérapeutes au sein des centres d'hébergement, des associations, des équipes mobiles, ou encore du dispositif « Un chez soi d'abord », et à évaluer l'impact de l'intervention d'un ergothérapeute au sein de l'équipe et auprès des usagers. Cela permettrait de commencer à prouver et à justifier l'intérêt de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile.

Conclusion

L'accompagnement des personnes sans domicile en ergothérapie est actuellement peu développé en France dans la pratique comme dans la littérature. Pourtant, à l'aide de l'utilisation du MOH, les résultats de cette étude offre un aperçu sur la participation occupationnelle des personnes sans domicile. Dans les entretiens, la majorité des participants mettent en évidence une limitation de la participation occupationnelle influencée par les composantes de la personne sans domicile ainsi que les ressources et les contraintes présentes dans son environnement. Les personnes sans domicile sont également victimes d'injustices occupationnelles. Toutefois, ces résultats sont à examiner avec prudence. En effet, certains participants avaient fait un choix de vie qui leur convenait et exprimaient moins de difficultés occupationnelles.

En outre, l'ergothérapeute a les compétences professionnelles pour contribuer à cette participation occupationnelle et lutter contre les injustices occupationnelles. Il possède les approches, les outils et les moyens d'intervention pour restaurer l'être de la personne, travailler sur l'environnement, permettre la reprise d'activités significatives et satisfaisantes, remettre en place des rôles et des routines équilibrées, restaurer le pouvoir d'agir des individus et de la communauté sans domicile. Il pourrait donc être pertinent d'intégrer les ergothérapeutes dans les dispositifs d'aide adressés aux personnes sans domicile afin qu'ils puissent apporter leurs spécificités.

Cependant, des limites importantes au développement de l'ergothérapie ont été identifiées. La formation des étudiants en ergothérapie aborde peu, voire pas, la prise en charge des personnes sans domicile et reste axée dans une dimension plus médicale que sociale. Or, dans cette pratique, l'ergothérapie ne porte plus uniquement un regard sur les conséquences de problèmes de santé physique et mentale sur la participation mais aussi sur les effets des problématiques sociales. De plus, les perspectives de pratiques de l'ergothérapeute auprès de cette population restent encore méconnues par les dispositifs. Enfin, des financements sont indispensables pour pouvoir développer des postes d'ergothérapeute auprès de cette population. Afin d'accroître et de justifier l'intérêt de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile, les ergothérapeutes doivent démontrer l'utilité de leurs compétences spécifiques. Mais cela exige de mettre en place plus de projets expérimentaux et d'études en ergothérapie pour multiplier les connaissances et prouver l'intérêt de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile.

Pour finir, ce travail de recherche fut un réel enrichissement personnel et professionnel. En effet, j'éprouvais une curiosité personnelle et professionnelle à propos des personnes sans domicile. Ce travail a permis de répondre à mes questions. Je me suis formée davantage à la

méthodologie de recherche qualitative et j'ai ainsi pu acquérir une réflexion de recherche qui pourrait m'être utile dans le cas d'une éventuelle poursuite d'études. J'ai découvert la pertinence de réaliser des recherches bibliographiques approfondies dans le cadre de recherches scientifiques et la complexité de l'analyse des données récoltées. Ce travail m'a également permis de mieux connaître les personnes sans domicile avec un regard de future ergothérapeute. J'ai accru mes connaissances sur la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile. Ceci a suscité en moi une réelle envie d'aider les personnes en situation de précarité à l'avenir et je me suis découvert un réel intérêt pour la santé communautaire et sociale. J'ai appris à approprier le MOH à une démarche de recherche et j'ai ainsi découvert l'utilisation des modèles conceptuels avec un nouveau regard. Ce travail de recherche fut rempli de rencontres riches, d'échanges, de partages et d'informations, ainsi qu'une réelle source d'épanouissement professionnel et personnel.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2007). Déterminants de santé. *PromoSanté*. Consulté le 18 septembre 2019 à l'adresse <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/determinants-de-la-sante/>
- ANSA. (2016). *Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes, Contribution n°18 – mai 2016*. Consulté à l'adresse https://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/sante/ressources_documentaires/precarite-et-sante-mentale-2.pdf
- Albuquerque, S. (2019). La promotion de la santé en ergothérapie : une perspective naturelle afin de répondre aux défis de la santé sociale. In *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 307-323). Paris, France : ANFE éditions.
- Amos, A., Gaunt-Richardson, P., McKie, L., & Barlow, J. (1999). Addressing smoking and health among women living on low income III. Ayr Barnardo's Homelessness Service and Dundee Women's Aid. *Health Education Journal*, 58(4), 329-340.
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'Etat d'ergothérapeute (JORF n°0156 du 8 juillet 2010). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/7/5/SASH1017858A/jo/texte>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 1-23.
- ACE. (2008). *Prise de position de l'ACE : Les occupations et la santé*. Consulté à l'adresse [https://www.caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20\(2008\).pdf](https://www.caot.ca/document/4210/L%20-%20Les%20occupations%20et%20la%20sant%C3%A9%20(2008).pdf)
- ACE. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Consulté à l'adresse https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Profil_de_la_pratique_des_ergotherapeutes_au_Canada2012l.pdf
- ANFE. (2018). *Contribution des ergothérapeutes dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. Consulté à l'adresse <https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Contribution%20des%20ergoth>

[%C3%A9rapeutes%20dans%20la%20mise%20en%20%C5%93uvre%20de%20la%20SNS%202018-2022.pdf](#)

- ANFE. (2017). Historique. *ANFE*. Consulté le 5 mai 2019 à l'adresse <https://anfe.fr/historique>
- ANFE. (2017). Public concerné. *ANFE*. Consulté le 5 mai 2019 à l'adresse <https://anfe.fr/public-concerne>
- ANFE. (2019). La profession. *ANFE*. Consulté le 24 décembre 2019 à l'adresse <https://www.anfe.fr/1-anfe/10-1-ergotherapie/la-profession>
- Aviles, A., & Helfrich, C. (2004). Life skill service needs : Perspectives of homeless youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(4), 331-338.
- Bélangier, R., Briand, C., & Rivard, S. (2006). Le modèle de l'occupation humaine. *Le partenaire, Volition et motivation en santé mentale*, 13(1).
- Boyce, T., & Brown, C. (2017). *Engagement and participation for health equity*. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
- Bradley, D. M., Hersch, G., Reistetter, T., & Reed, K. (2011). Occupational participation of homeless people. *Occupational Therapy in Mental Health*, 27(1), 26-35.
- Cambois, E. (2003). Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. *Travaux et Études*, 2004, 1-26.
- Carrier, A., & Raymond, M. H. (2017). L'ergothérapie communautaire au Canada : une pratique diversifiée en pleine évolution. *L'ACE : votre partenaire tout au long de votre carrière*, 2.
- Centre d'Observation de la Société. (2015). La santé précaire des sans domicile. *Observation société*. Consulté le 30 août 2019 à l'adresse <http://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/la-sante-precaire-des-sans-domicile.html>
- Cha, O. (2013). La santé des sans-abri. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 197(2), 277-291.
- Chambon, N., Traverso, V., & Zeroug-Vial, H. (2020). Médiateurs, pairs, interprètes... au secours du soin. *Rhizome*, (1), 7-16.

- Chan, K. P., Garland, K., Ratansi, K., & Yeres, B. (2007). Examiner l'itinérance chez les jeunes à travers une lentille occupationnelle. *In memoriam – Association canadienne des ergothérapeutes*, 14.
- Chard, G., Faulkner, T., & Chugg, A. (2009). Exploring occupation and its meaning among homeless men. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 116-124.
- Circulaire n° DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Consulté à l'adresse http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf
- Code de la santé publique – Article L4331-1., L4331-1 Code la santé publique. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689409&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Code de la santé publique – Article R4331-1., R4331-1 Code la santé publique. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914146&dateTexte>
- Cohen, A., & Koegel, P. (1996). The influence of alcohol and drug use on the subsistence adaptation of homeless mentally ill persons. *Journal of Drug Issues*, 26(1), 219-243. doi:10.1177/ 002204269602600112
- Collectif Les morts de la rue. (2015). *Mortalité des personnes sans-domicile 2015 : Enquête dénombrer & décrire*. Consulté à l'adresse http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_12_pages_2015_WEB-1.pdf
- CNLE. (2015). *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale*. Consulté à l'adresse https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/CNLE_Chiffres_Cles_2015.pdf
- Cunningham, M. J., & Slade, A. (2019). Exploring the lived experience of homelessness from an occupational perspective. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 26(1), 19-32.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm : Institute for future studies*, 1-69.

- Damon, J. (2002). Les « SDF », de qui parle-t-on ?. *Population*, 57(3), 569-582.
- Damon, J. (2003). Les SDF en France : difficultés de définition et de prise en charge. *Journal du droit des jeunes*, (3), 30-35.
- Damon, J. (2012). *La question SDF*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Davis, J., & Kutter, C. J. (1998). Independent living skills and posttraumatic stress disorder in women who are homeless: Implications for future practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(1), 39-44.
- De Chasse, A. (2019). Personnes sans-abri : le rôle pertinent de l'ergothérapeute face à l'exclusion sociale. In *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 343-362). Paris, France : ANFE éditions.
- De La Rochère, B. (2003). *La santé des sans-domicile usagers des services d'aide*. Consulté à l'adresse <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/390/1/ip893.pdf>
- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2007/5/14/SANP0721630D/jo/texte>
- DeJong, I. (2012). *Housing First*. Presentation at the Ontario Non-Profit Housing Association Conference, Toronto, ON, Canada.
- DeRosa, C. J., Montgomery, S., Kipke, M., Iverson, E., Ma, J., & Unger, J. (1999). Service utilization among homeless youth. *Journal of Adolescent Health*, 24, 449-458.
- Dhillon, S. K., Wilkins, S., Law, M. C., Stewart, D. A., & Tremblay, M. (2010). Advocacy in occupational therapy: Exploring clinicians' reasons and experiences of advocacy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 241-248.
- Drolet, M. J. (2017). L'ergothérapeute : un professionnel de la santé ? Vraiment ? Dans quelle mesure ?. *BioéthiqueOnline*, 6.
- Drolet, M. J., & Hudon, A. (2014). Les professionnels de la santé ont-ils un devoir d'advocacy. *Ethica*, 18(2), 33-63.
- FNARS. (2010). *Précarité & santé mentale : repères et bonnes pratiques*. Consulté à l'adresse https://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/sante/ressources_documentaires/precarite-et-sante-mentale-2.pdf

- Fédération des acteurs de la solidarité. (2018). *Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement*. Consulté à l'adresse <https://www.federationsolidarite.org/images/stories/PDF/Guide-Developper-le-travail-pair.pdf>
- Finlayson, M., Baker, M., Rodman, L., & Herzberg, G. (2002). The process and outcomes of a multimethod needs assessment at a homeless shelter. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(3), 313-321.
- Fisher, G. S., & Hotchkiss, A. (2008). A model of occupational empowerment for marginalized populations in community environments. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(1), 55-71.
- Fournier, P., & Potvin, L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé: les fondements du dogme. *Sciences sociales et santé*, 13(2), 39-59.
- Gaetz, S. (2012). *Making research matter: Creating impact for housing and homelessness research*. Presentation at the Ontario Non-Profit Housing Association Conference, Toronto, ON, Canada.
- Gallagher, M., Muldoon, O. T., & Pettigrew, J. (2015). An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Frontiers in psychology*, 6, 1281.
- Gilliot, É., & Sorba, M. (2020). Le « logement d'abord » : des activités de médiation au service d'un processus de personnalisation de l'accompagnement social. *Rhizome*, (1), 174-183.
- Grandisson, M., Mitchell-Carvalho, M., Tang, V., & Korner-Bitensky, N. (2009). Occupational therapists' perceptions of their role with people who are homeless. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(11), 491-498.
- Griner, K. R. (2006). Helping the homeless: an occupational therapy perspective. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(1), 49-61.
- Guichard, A., & Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, Moquet, M. J. & Jones, C. (dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé* (35-51). Saint-Denis, France : INPES, coll. Santé en action.
- Guillez, P., & Tétreault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

- Helfrich, C. A., & Fogg, L. F. (2007). Outcomes of a life skills intervention for homeless adults with mental illness. *Journal of Primary Prevention, 28*(3/4), 313-326.
- Herzberg, G. L., Ray, S. A., & Miller, K. S. (2006). The status of occupational therapy: Addressing the needs of people experiencing homelessness. *Occupational Therapy in Health Care, 20*(3-4), 1-8.
- Hubley, A. M., Russell, L. B., Gadermann, A. M., & Palepu, A. (2009). Quality of life for homeless and hard-to-house individuals (QoLHHI) inventory: administration and scoring manual. *Vancouver, BC: Authors.*
- Illman, S. C., Spence, S., O'Campo, P. J., & Kirsh, B. H. (2013). Exploring the occupations of homeless adults living with mental illnesses in Toronto. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 80*(4), 215-223.
- INED. (2012). Les sans-domicile en France. *INED*. Consulté le 28 août 2019 à l'adresse <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/les-sans-domicile-en-france/>
- INSEE. (2001). L'enquête sans-domicile 2001. *INSEE*. Consulté le 28 août 2019 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/information/2579262>
- INSEE. (2012). L'hébergement des sans-domicile en 2012. *INSEE*. Consulté le 28 août 2019 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
- Kannenberg, K., & Boyer, D. (1997). Occupational therapy evaluation and intervention in an employment program for homeless youths. *Psychiatric Services, 48*(5), 631-633.
- Kavanagh, J., & Fares, J. (1995). Using the model of human occupation with homeless mentally ill clients. *British Journal of Occupational Therapy, 58*(10), 419-422.
- Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kirsh, B. H. (2015). Transformer les valeurs en action: La défense des intérêts en tant qu'impératif professionnel. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 82*(4), E1-E13.
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé: apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économique, 53*(4), 67-82.

- Lamoureux, H., Lavoie, J., & Mayer, R. (2008). Enjeux, défis et perspectives. *La pratique de l'action communautaire*, 493-530.
- Laporte, A., & Chauvin, P. (2010). Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. *Paris : Observatoire du Samusocial de Paris*, 225.
- Larivière, N. (2019). Evaluer l'équilibre occupationnel : quels outils sont actuellement disponibles ?. In *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 101-112). Paris, France : ANFE éditions.
- Laval, C. (2016). *Apprendre le rétablissement*. Consulté à l'adresse http://www.ch-levinatier.fr/documents/Publications/RHIZOME_Orspere-Samdarra/Bulletin-RHIZOME-N65-66.pdf
- Laval, C., & Estecahandy, P. (2019). Le modèle «Un chez-soi d'abord» au risque de sa diffusion. *Rhizome*, (1), 101-110.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American journal of occupational therapy*, 56(6), 640-649.
- Liévin, J. C. (2019). La prise en compte des déterminants sociaux de la santé pour développer un accompagnement adapté. In *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 1-12). Paris, France : ANFE éditions.
- Lloyd, C., & Bassett, H. (2012). The role of occupational therapy in working with the homeless population: An assertive outreach approach. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 59(1), 18.
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894>
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/SANX0300055L/jo/texte>
- Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000271094>

- Marpsat, M. (2007). Bilan des sources et méthodes des statistiques publiques concernant les personnes sans domicile. *Les Travaux de l'Observatoire, ONPES, 2008*, 413-431.
- Marques, A. C. R., & Malfitano, A. P. S. (2009). L'entretien comme Méthode de Recherche avec les Personnes Sans Abri : Questions de Terrain.
- Marshall, C. A., & Lysaght, R. (2014). Occupational engagement: Impact on lived experience of chronically homeless persons. In *Canadian Association of Occupational Therapists Conference, Fredericton, NB, Canada*.
- Marshall, C. A., & Rosenberg, M. W. (2014). Occupation and the process of transition from homelessness: L'occupation et le processus de transition de l'itinérance au logement. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 81(5)*, 330-338.
- Marval, R., & Townsend, E. (2013). Homelessness: Enabling solutions in primary health-care occupational therapy. *Occupational Therapy Now, 15(5)*, 17-19.
- Mayo, A. T., & Woolley, A. W. (2016). Teamwork in Health Care: Maximizing Collective Intelligence via Inclusive Collaboration and Open Communication. *AMA Journal of Ethics*. Consulté le 5 mai 2020 à l'adresse <https://journalofethics.ama-assn.org/article/teamwork-health-care-maximizing-collective-intelligence-inclusive-collaboration-and-open/2016-09>
- McDonald, A. E. (2001). *The after school occupations of homeless youth: Implications for occupational science, occupational therapy, and public policy* (Doctoral dissertation), University of Southern California, Los Angeles.
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Haute Ecole de travail social et de la santé.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Micheletti, P. (2017). *La santé des populations vulnérables*. Paris, France : Ellipses.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). *L'itinérance au Québec : Cadre de référence*. Consulté à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-846-01.pdf>
- Moisy, M. (2015). Problèmes dentaires, tabac, dépression: la santé précaire des sans-domicile. *Études et Résultats, DREES, 932*.

- Monin, M. (2019). L'approche communautaire en ergothérapie : projet d'action sur les déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics. In *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 343-362). Paris, France : ANFE éditions.
- Monin, M. & Desrosiers, J. (2017). Pratiques émergentes en ergothérapie sociale. In M.-H. Izard (Dir.), *Expériences en ergothérapie, 30ème série* (pp. 78-82). Montpellier, France : Sauramps Medical.
- Morel, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Muñoz, J. P., Dix, S., & Reichenbach, D. (2006). Building productive roles: Occupational therapy in a homeless shelter. *Occupational therapy in health care, 20*(3-4), 167-187.
- Muñoz, J. P., Garcia, T., Lisak, J., & Reichenbach, D. (2006). Assessing the occupational performance priorities of people who are homeless. *Occupational Therapy in Health Care, 20*(3-4), 135-148.
- Muñoz, J. P., Reichenbach, D., & Hansen, A. M. W. (2005). Project Employ: Engineering hope and breaking down barriers to homelessness. *Work, 25*(3), 241-252.
- Niard, C., Maugiron, P., & Franck, N. (2020). Le pair-aidant professionnel: un nouvel acteur pour de nouvelles réponses. *Rhizome, (1)*, 17-26.
- Ordre des Ergothérapeutes du Québec. (2019). Qu'est-ce que l'ergothérapie ?. *OEQ*. Consulté le 20 juillet à l'adresse <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- ONU (2009). *Enumeration of homeless people*. Consulté à l'adresse https://unstats.un.org/unsd/censuskb20/Attachments/2009MPHASIS_ECE_Homeless-GUID25ae612721cc4c2c87b536892e1ed1e1.pdf
- OMS. (1946). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Consulté à l'adresse https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Petrenchik, T. (2006). Homelessness: Perspectives, misconceptions, and considerations for occupational therapy. *Occupational therapy in health care, 20*(3-4), 9-30.
- Pichon, P. (2009). *SDF, sans abri, itinérant : Oser la comparaison*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Presses universitaires de Louvain.

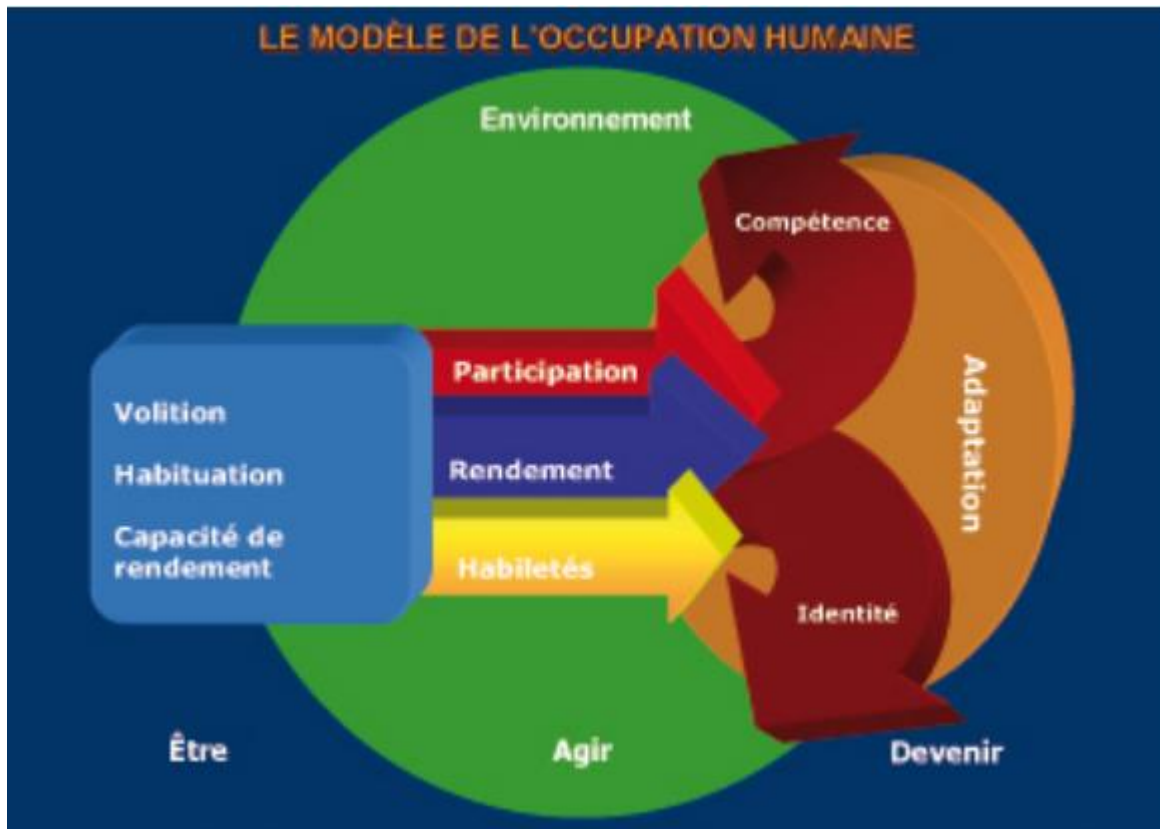
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Poirier, H., Bonin, J. P., Lesage, A., & Reinharz, D. (2000). Assessment of quality of life and needs of homeless mentally ill people: perceptions of an outreach team. *Santé Mentale Au Québec*, 25(2), 195-215.
- Raphael-Greenfield, E., & Gutman, S. A. (2015). Understanding the lived experience of formerly homeless adults as they transition to supportive housing. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31, 35–49. doi:10.1080/0164212X.2014.1001011
- René, J. F. (2009). L'intervention en contexte de milieu de vie : un arrimage indispensable entre le formel et l'informel. Consulté à l'adresse http://www.relais-femmes.qc.ca/files/Milieu_de_vie.pdf
- Riley, A., Harding G, Underwood M, Carter Y (2003) Homelessness: a problem for primary care? *British Journal of General Practice*, 53(1), 473-79.
- Roy, S., Morin, D., Lemétayer, F., & Grimard, C. (2006). Itinérance et accès aux services: problèmes et enjeux. *Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale*.
- Roy, L., Vallée, C., Kirsh, B. H., Marshall, C. A., Marval, R., & Low, A. (2017). Occupation-based practices and homelessness: A scoping review: Pratiques fondées sur l'occupation et itinérance: Un examen de la portée. *Canadian journal of occupational therapy*, 84(2), 98-110.
- Rybski, D., & Israel, H. (2017). Impact of Social Determinants on Parent Sense of Competence in Mothers Who are Homeless or Poor Housed. *Occupational Therapy in Mental Health*, 33(4), 342-359.
- Schultz-Krohn, W. (2004). The meaning of family routines in a homeless shelter. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 531-542.
- Schultz-Krohn, W., Drnek, S., & Powell, K. (2006). Occupational therapy intervention to foster goal setting skills for homeless mothers. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(3/4), 149-166.
- Schweitzer, L. (2020). «On est des (ex-) quelque chose»... De la mobilisation des savoirs expérientiels dans le travail pair. *Rhizome*, (1), 56-66.

- SCIE. (2018). What are MDTs and why are they important to integration ?. *Social Care Institute for Excellence*. Consulté le 3 mai 2020 à l'adresse <https://www.scie.org.uk/integrated-care/research-practice/activities/multidisciplinary-teams>
- SEPSAC. (2010). *Action communautaire en santé: un observatoire international des pratiques*. Consulté le 10 septembre 2019 à l'adresse <https://www.maisonmedicale.org/Action-communautaire-en-sante-un.html>
- Simpson, E. K., Conniff, B. G., Faber, B. N., & Semmelhack, E. K. (2018). Daily occupations, routines, and social participation of homeless young people. *Occupational Therapy in Mental Health, 34*(3), 203-227.
- Spira, A., Adolphe, M., Hermange, M. T., Lecomte, D., Benoît, M. M. G., Dreux, C. L., ... & Gonthier, R. (2017). Précarité, pauvreté et santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 201*(4-6), 567-587.
- Thomas, Y., Gray, M., & McGinty, S. (2011). A systematic review of occupational therapy interventions with homeless people. *Occupational Therapy in Health Care, 25*(1), 38-53.
- Thomas, Y., Gray, M. A., & McGinty, S. (2017). The occupational wellbeing of people experiencing homelessness. *Journal of Occupational Science, 24*(2), 181-192.
- Toro, P. (2007). Toward an international understanding of homelessness. *Journal of Social Issues, 63*(3), 461-481.
- Townsend, E., & Marval, R. (2013). Can professionals actually enable occupational justice ?. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 21*(2), 215.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2013). Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. *Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie*.
- Townsend, E. A. & Wilcock, A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. *Canadian journal of occupational therapy, 71*(2), 75-87.
- Troisœufs, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs: quelles figures de la pair-aidance en santé?. *Rhizome, (1)*, 27-36.

- Tryssenaar, J., Jones, E. J., & Lee, D. (1999). Occupational performance needs of a shelter population. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66(4), 188-196.
- Tsang, A., Davis, J. A., & Polatajko, H. J. (2013). On the edge of the possible: Considering homelessness/Aux limites du possible: Envisager le rôle de l'ergothérapie face à l'itinérance.
- Van Bruggen, H. (2015). L'ergothérapie pour remédier aux inégalités : L'ergothérapie sociale. *Ergothérapies*, 59, 61-68.
- Van Bruggen, H. (2019). Aborder les inégalités et les injustices par des approches basées sur l'occupation. In *Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive* (p. 87-100). Paris, France : ANFE éditions.
- Vandecasteele, I., & Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social: approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 137-162.
- Vandemark, L. M. (2007). Promoting the sense of self, place, and belonging in displaced persons: The example of homelessness. *Archives of psychiatric nursing*, 21(5), 241-248.
- VanLeit, B., Starrett, R., & Crowe, T. K. (2006). Occupational concerns of women who are homeless and have children: An occupational justice critique. *Occupational Therapy in Health Care*, 20(3-4), 47-62.
- Watson, R., & Duncan, M. (2007). Chronic poverty, disability, and occupational deprivation. In *Living on the Margins''conference, Stellenbosch, South Africa*.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen : World Health Organization Europe.
- Wolf, L., Ripat, J., Davis, E., Becker, P., & MacSwiggan, J. (2010). Application d'un cadre relatif à la justice occupationnelle. *Actualités ergothérapeutiques*, 12(1), 15-18.
- WFOT. (2019). About Occupational Therapy. *WFOT*. Consulté le 5 mai 2019 à l'adresse <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>
- Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale : séances des 10 et 11 février 1987* (Vol. 4074). Direction des journaux officiels.

Annexes

Annexe I: Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (Kielhofner, 2008)



Annexe II : Pyramide des besoins selon Maslow (Maslow, 1954)



Annexe III : Fiche d'information et de non opposition

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE NON OPPOSITION

La participation occupationnelle des personnes sans domicile : une nouvelle perspective pour l'ergothérapie

- **Promoteur : Université Clermont Auvergne**
49 Boulevard François Mitterrand
CS 60032
63 001 Clermont-Ferrand

- **Investigateur principal : Céline Dauzat**
celine.dauzat@uca.fr
Directrice de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne
Université Clermont Auvergne, 49 Boulevard François Mitterrand, CS 60032
63000 CLERMONT-FERRAND

Les objectifs de cette étude sont de mettre en évidence les difficultés occupationnelles auxquelles sont confrontées les personnes sans domicile et d'envisager les perspectives d'intervention en ergothérapie auprès de cette population.

Nous avons donc l'honneur de demander votre non opposition pour votre participation à cette étude, sachant que vous avez le droit de refuser et d'interrompre votre participation à tout moment. Dans cette étude, le participant réalise un entretien de 45 à 60 minutes. Cet entretien aura lieu à l'endroit qui lui convient, selon ses disponibilités. Le participant aura à répondre à des questions en lien avec le thème de la recherche.

S'agissant de recherche fondamentale, les données récoltées seront pseudo-anonymes. Elles seront traitées de façon anonyme.

Pour votre information, cette recherche ne soulève pas de problème éthique particulier pour le **Comité d'Ethique de la Recherche IRB-UCA**.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. De plus, vous pourrez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche. Vous pouvez également demander à tout moment des explications complémentaires sur l'étude.

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel en vigueur (règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, concernant vos données, en contactant l'investigateur de l'étude à l'adresse mail celine.dauzat@uca.fr. L'Université Clermont Auvergne est le responsable de ce traitement. Ces données sont conservées pendant 2 ans et sont destinées à un nombre restreint de chercheurs directement liés à cette étude.

Par ailleurs, vous pourrez être tenu informé des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude. Vous serez en droit de consulter les données vous concernant sur demande écrite à l'adresse celine.dauzat@uca.fr. Un retour sur les résultats pourra également vous être transmis.

Lorsque vous aurez lu cette note d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le méthodologiste, il vous sera proposé de signer ce document.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus et donne mon accord pour l'enregistrement et l'utilisation de ma voix, dans le cadre exclusif du projet exposé ci-avant : OUI NON

Date :/...../.....

Signature du participant :
(Précédée du nom, du prénom et de la mention « Lu et compris »)

Paraphe de l'investigateur :

Annexe IV : Fiche de renseignement sur le participant travailleur pair

FICHE DE RENSEIGNEMENT PREALABLE A L'ENTRETIEN

Travailleur pair

Déroulement de l'entretien

- Date de l'entretien : ___ / ___ / 2020
- Lieu de l'entretien :
- Durée de l'entretien :
- Codage : TP__

Données personnelles et professionnelles actuelles

- Âge :
- Nationalité :
- Situation familiale (célibataire, en couple, enfants) :
- Niveau d'études :
- Emploi : Oui. Dans quel domaine ?
 Non. Avez-vous déjà travaillé ?
- Niveau d'études : Oui. Dans quel domaine ?
 Non. Avez-vous déjà travaillé ?
- Niveau d'études : Oui. Dans quel domaine ?
 Non. Avez-vous déjà travaillé ?

Données personnes et professionnelles lors de la perte de logement

- Âge :
- Situation familiale (célibataire, en couple, enfants) :
- Niveau d'études :
- Emploi : Oui. Dans quel domaine ?
 Non. Avez-vous déjà travaillé ?
- Date de perte du logement :
- Circonstances de perte de logement :
- Fréquentation de dispositifs d'aide (centres d'hébergement, associations, etc.) :
 Oui. Raison de fréquentation de ces dispositifs :

 Non. Raison de non fréquentation de ces dispositifs :

Annexe V : Fiche de renseignement sur le participant ergothérapeute

FICHE DE RENSEIGNEMENT PREALABLE A L'ENTRETIEN

Ergothérapeute

Déroulement de l'entretien

- Date de l'entretien : ___ / ___ / 2020
- Lieu de l'entretien :
- Durée de l'entretien :
- Codage : E__

Informations générales

- Nom :
- Sexe : M F
- Prénom :
- Âge :

Parcours professionnel

- Année d'obtention du diplôme :
- Autres diplômes/formations obtenu :
- Description du parcours professionnel :

Situation professionnelle actuelle

- Lieu d'exercice actuel :
- Date de début d'exercice au sein de la structure :
- Population rencontrée :

Annexe VI : Grille d'entretien adressée aux travailleurs pairs et idées recherchées

Thème	Questions	Idées recherchées
La participation occupationnelle	<p>Pouvez-vous me décrire une journée habituelle lorsque vous n'aviez plus de logement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le déroulement de vos journées vous convenait-il ? - Est-ce que votre routine quotidienne vous permettait-elle de faire les activités que vous vouliez faire ? 	Habitudes des personnes sans domicile
	<p>Quand vous n'aviez plus de logement, pouvez-vous me parler des activités que vous parveniez à faire ? Des activités que vous ne parveniez pas à faire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si oui, qu'est-ce qui vous aidait à réaliser ces activités ? Quelles sont les activités que vous réalisiez le plus souvent ? Pourquoi ? - Si non, qu'est-ce qui vous empêchait de réaliser ces activités ? Quelles sont les activités que vous ne réalisiez plus ? 	<p>Participation occupationnelle des personnes sans domicile dans les différents domaines d'occupation (soins personnels, productivité, loisirs)</p> <p>Obstacles et facilitateurs à l'occupation (capacités et environnements)</p>
	<p>Pouvez-vous me parler des activités qui étaient les plus importantes pour vous lorsque vous n'aviez plus de logement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi étaient-elles importantes pour vous ? - Quels étaient vos centres d'intérêt ? - En quoi votre vie reflétait-elle ou non vos valeurs ? 	<p>Intérêts des personnes sans domicile</p> <p>Valeurs des personnes sans domicile</p>
	<p>Pouvez-vous me parler de l'évolution de vos projets de vie à partir du moment où vous avez perdu votre logement jusqu'à aujourd'hui ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans quels rôles vous imaginiez-vous ? - Aujourd'hui, quelles sont vos principales responsabilités ? - Aviez-vous des projets que vous souhaitiez accomplir ? - Aujourd'hui, avez-vous pu mener à terme ces projets ? - Qu'est-ce qui vous a permis de mener à terme ces projets ? - Aujourd'hui, vos projets de vie ont-ils évolué ? 	<p>Buts des personnes sans domicile</p> <p>Rôles et responsabilités des personnes sans domicile</p> <p>Volonté de changement des personnes sans domicile</p>
L'environnement et la participation occupationnelle	<p>Pouvez-vous me parler de l'environnement dans lequel vous viviez ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cet environnement aidait-t-il ou compliquait-t-il la réalisation de vos activités ? - Où passiez-vous la majorité de votre temps durant la journée ? - Passiez-vous plus de temps seul ou avec d'autres personnes ? - Avec qui passiez-vous la majorité de votre temps ? - Aviez-vous des personnes sur lesquelles vous pouviez compter en cas de besoin ? 	<p>Faciliteurs et obstacles à l'occupation</p> <p>Environnement physique</p> <p>Environnement social</p>
Faire face au changement	<p>Lorsque vous avez perdu votre logement, comment s'est passée l'adaptation à ce nouveau mode de vie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière vos habitudes de vie ont-elles changé ? - Etiez-vous confronté à des imprévus dans votre routine 	Adaptabilité et volonté de changement des personnes sans domicile

	<p>de vie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment faisiez-vous face à ces changements dans votre routine de vie ? 	
	<p>Lorsque vous avez retrouvé un logement, comment s'est passée l'adaptation à votre nouveau logement ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - De quelle manière vos habitudes de vie ont-elles changé ? - Quelles activités pouvez-vous réaliser à nouveau aujourd'hui ? - A l'inverse, y a-t-il des activités que vous réalisiez quand vous étiez sans domicile et que vous ne réalisez plus maintenant ? Lesquelles ? 	Adaptabilité et volonté de changement des personnes sans domicile
L'ergothérapie	<p>Connaissez-vous l'ergothérapie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelle représentation avez-vous de l'ergothérapie ? - Avez-vous déjà rencontré des ergothérapeutes ? Si oui, dans quel contexte ? - Qu'est-ce qu'on vous faisait faire en ergothérapie ? - Qu'est-ce que l'ergothérapie vous a-t-elle apporté ? 	<p>Missions de l'ergothérapeute</p> <p>Moyens utilisés par l'ergothérapeute</p> <p>Intérêts pour le participant</p>
Ouverture	<p>Cet entretien est terminé, souhaitez-vous m'apporter d'autres éléments qui n'auraient pas été abordés ?</p>	Commentaires du participant

Annexe VII : Grille d'entretien adressée aux ergothérapeutes et idées recherchées

Thème	Questions	Idées recherchées
La participation occupationnelle	<p>En tant qu'ergothérapeute, pouvez-vous me décrire les besoins principaux des personnes sans domicile ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment avez-vous évalué ces besoins ? - De quelle manière ces besoins sont-ils pris en compte dans la prise en charge ergothérapeutique ? 	Besoins des personnes sans domicile identifiés par l'ergothérapeute
	<p>En tant qu'ergothérapeute, quelles ressources principales avez-vous pu identifier chez les personnes sans domicile ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment avez-vous évalué ces ressources ? - De quelle manière ces ressources sont-elles prises en compte dans la prise en charge ergothérapeutique ? 	Capacités des personnes sans domicile identifiées par l'ergothérapeute
	<p>Pour les personnes sans domicile, pouvez-vous me parler des occupations qu'elles parviennent à réaliser de manière satisfaisante ? Des occupations qu'elles ne parviennent pas à réaliser de manière satisfaisante ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui peut faciliter/empêcher la réalisation de leurs occupations ? - Quel sens donnent-elles à ces occupations ? - Quelle importance donnent-elles à ces occupations ? 	<p>Participation occupationnelle des personnes sans domicile dans les différents domaines d'occupation (soins personnels, productivité, loisirs)</p> <p>Facilitateurs et obstacles à l'occupation (capacités et environnements)</p> <p>Intérêts et valeurs des personnes sans domicile</p>
	<p>Pouvez-vous me parler de l'organisation de la routine de vie des personnes sans domicile ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'après vous, l'organisation de cette routine est-elle en accord avec ce qu'elles sont ? - Ces personnes sont-elles dans une dynamique de changement vers un mode de vie plus satisfaisant ? - De quelle manière mettent-elles en place ce changement ? - Comment pouvez-vous accompagner une personne sans domicile dans un processus de changement vers un mode de vie satisfaisant ? 	<p>Habitudes et rôles des personnes sans domicile</p> <p>Volonté de changement des personnes sans domicile</p> <p>Rôle de l'ergothérapeute dans le processus de changement des personnes sans domicile</p>
L'accompagnement en ergothérapie	<p>En tant qu'ergothérapeute, comment pouvez-vous accompagner les personnes sans domicile ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels seraient vos objectifs de prise en charge ? - D'après vous, quelles interventions ergothérapeutiques favoriseraient la réalisation de leurs occupations ? - Quelles seraient vos priorités d'intervention ? 	Rôle de l'ergothérapeute dans la participation occupationnelle des personnes sans domicile
Les perspectives pour l'ergothérapie	<p>Comment voyez-vous l'avenir de l'ergothérapie auprès de cette population en France ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quel pourrait être le rôle de l'ergothérapeute ? - D'après vous, quelles sont les spécificités que l'ergothérapeute pourrait apporter à la prise en charge des personnes sans domicile ? - D'après vous, pour quelles raisons n'y a-t-il que quelques ergothérapeutes qui travaillent auprès des 	<p>Rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge des personnes sans domicile</p> <p>Plus-value de l'ergothérapeute dans la prise en charge des personnes sans domicile</p> <p>Facilitateurs et obstacles</p>

	<p>personnes sans domicile en France ? Quelles pourraient être les différences avec les autres pays, comme le Canada, l'Australie, l'Afrique du Sud, responsables de cette disparité ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les limites au développement de l'ergothérapie auprès de cette population en France ? - Quelles sont les ressources qui favoriseraient le développement l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile ? 	<p>au développement de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile</p>
Ouverture	Cet entretien est terminé, souhaitez-vous m'apporter d'autres éléments qui n'auraient pas été abordés ?	Commentaires du participant

Annexe VIII : Répertoire créé pour contacter les participants et planifier les entretiens

Profession (ergothérapeute ou travailleur pair)	Nom	Etablissement	Mail	Téléphone	Date de contact de la personne	Réponse pour participer à l'entretien	Date de l'entretien	Consentement
Ergothérapeute	E1							
Ergothérapeute	E2							
Travailleur pair	TP1							
Travailleur pair	TP2							
Ergothérapeute	E3							
Travailleur pair	TP3							
Travailleur pair	TP4							
Travailleur pair	TP5							
Travailleur pair	TP6							
Travailleur pair	TP7							
Ergothérapeute	E4							
Travailleur pair	TP8							

Annexe IX : Tableau avec les caractéristiques des participants travailleurs pairs lors de la perte de logement

TP	Genre	Age	Nationalité	Niveau d'étude	Date de perte de logement	Situation familiale	Emploi	Circonstances de perte de logement	Fréquentation de dispositifs d'aide
TP1	Homme	27 ans	Française	BEP	2000-2005	En couple avec un enfant	Oui	Sortie d'hospitalisation en psychiatrie (alcoolisme)	CHRS, accueils de jour, restaurant associatif
TP2	Femme	18 ans (1 ^{ère}) 27 ans (2 ^{ème})	Française	Seconde générale	2011-2019 (1 ^{ère}) Mars 2019-Septembre 2019 (2 ^{ème})	En couple	Oui	Rupture familiale (1 ^{ère}) Expulsion pour non-paiement du loyer (2 ^{ème})	CHU, PASS, accueils de jour
TP3	Femme	22 ans (1 ^{ère}) Non donné (2 ^{ème}) 31 ans (3 ^{ème})	Française	Bac+3	2006-2007 (1 ^{ère}) Quelques mois (2 ^{ème}) 2011-2014 (3 ^{ème})	Célibataire (1 ^{ère}) En couple (2 ^{ème} et 3 ^{ème})	Oui	Choix de partir vivre dans un camion (1 ^{ère}) Expulsion par sa colocataire (2 ^{ème}) Choix de vivre en caravane (3 ^{ème})	CCAS, accueils de jour
TP4	Homme	23 ans	Française	Bac+2	2008-2013	Célibataire	Non	Choix de vivre en squat	Aucun
TP5	Homme	35 ans	Française	Bac+2	2005-2015	Divorcé avec deux enfants	Non	Divorce	Hôpital en santé mentale, Hôpital de jour, CHRS
TP6	Homme	20 ans	Française	Bac+2	2013-2015	Célibataire	Non	Sortie d'hospitalisation en psychiatrie	CHRS, hôpital de jour, CMP, puis ACT, CATTP
TP7	Femme	18 ans	Française	Terminale	2007-2015	En couple	Oui (au « black »)	Expulsion de logement avec sa famille, est partie rejoindre des amis	CAARUD, accueils de jour
TP8	Femme	18 ans	Française	Terminale	1983-1993	Célibataire	Oui	Départ du domicile de sa mère, choix d'aller vivre en squat	Secours catholique

Annexe X : Tableau avec les caractéristiques des participants ergothérapeutes

E	Genre	Âge	Année d'obtention du Diplôme d'Etat en ergothérapie	Niveau d'études	Lieu d'exercice auprès des personnes sans domicile	Date de début d'exercice au sein du lieu d'exercice (durée)
E1	Femme	25 ans	2017	Bac+5 Master en santé publique Première année de doctorat en santé publique	Résidence hôtelière à vocation sociale	Janvier 2019 (1 an et 3 mois)
E2	Homme	49 ans	1993	Bac+5 Master (spécialité non mentionnée)	Foyer d'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile	Janvier 2019 (1 an et 3 mois)
E3	Femme	40aine	1998	Bac+8 DEA en psychiatrie Doctorat en sociologie	Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (avant) Etablissement public de santé mentale (actuellement) – chargée d'études	Mars 2009 (11 ans et 3 mois)
E4	Femme	42 ans	2001	Bac+3	Centre d'hébergement d'urgence (avant) Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (avant) Association d'ergothérapie sociale auprès d'une population pédiatrique (actuellement) Activité de recherche sur l'ergothérapie de demain (actuellement)	2004 à 2010 (6 ans)

Annexe XI : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP1

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	TP1 évoque la singularité de l'expérience de chaque personne sans domicile. Sa motivation était fluctuante selon les périodes. Il avait l'impression d'être délaissé à cause des réponses négatives qu'il recevait. Son estime personnelle et sa dignité étaient affectées. Il avait honte et il refusait l'aide qui lui était proposée par son entourage.	« ce serait bien que tu ais vraiment beaucoup de témoignages pour comparer [...] parce que ça m'étonnerait qu'il y en ait une qui dit pareil que l'autre. » « A la rue, à des moments, je me sentais super bien, je cherchais du boulot, un logement [...] mais après, en fait, c'était toujours des non, des non, des non. Donc après, je recommençais à boire et dans ces cas-là, souvent, je restais dans des parcs, je ne faisais pas grand-chose aussi. » ; « Il y a des jours, comme je t'ai dit tout à l'heure, où je me donnais à fond pour trouver un logement, un appartement et tout. Et il y a des jours où j'en foutais pas une. Je buvais six litres de vin par jour, et basta quoi. » ; « C'était des non, des non, des non » ; « il y a le moral qui est en bas des chaussettes » ; « il y a beaucoup de gens qui ont voulu m'aider, mais moi, j'ai pas voulu par fierté » ; « Il y avait la honte, c'est pas facile d'être à la rue, de dire aux gens » ; « Y a pas que le logement qu'on perd quand on est dehors. Je me souviens du regard des gens, on perd tout en fait. On perd sa dignité, on perd tout. »
	Lors de son expérience à la rue, TP1 explique ne pas s'être retrouvé à la rue par choix et n'avoir éprouvé ni satisfaction ni plaisir dans cette façon de vivre. Il se sentait sale. Il parle du « mode survie » dans lequel il était dans un état d'alerte et d'agitation constant.	« mes journées ne me convenaient pas » ; « toutes les journées que j'ai passées à la rue, j'en ai pas des bons souvenirs de la rue » ; « je me sentais sale » ; « j'étais tout le temps sur les nerfs » ; « on est en mode survie tout le temps, et être en survie en mode tout le temps, ça veut dire être sur les nerfs tout le temps » ; « 10 euros à la rue, ça vaut 500 euros. C'est horrible, tout est amplifié »
	TP1 possède plusieurs capacités qui l'ont aidé dans son quotidien, telles que sa connaissance de la rue et de la vie sans domicile.	« J'allais souvent à la boulangerie en face de la gare. Du coup, on avait des sandwiches au saumon parce qu'elle ne pouvait pas les vendre le lendemain » ; « la flotte, on en trouve partout » ; « je connais tout ce qui est autour des SDF [...], les lieux d'accueil et tout »
	TP1 évoque la perte de certains rôles , notamment son rôle de père.	« à cause de la rue, j'ai pas pu être présent » ; « c'était ma fille »
	TP1 exprime des difficultés à maintenir une routine dans le temps. Il évoque le souhait de retrouver une routine. Il rencontrait des difficultés à conserver un travail à cause de ses troubles addictifs et de son hygiène corporelle. Dans sa vie quotidienne, il décrit beaucoup de moments d' ennui et d' inactivité .	« quand j'étais à la rue, j'ai fait treize imprimeries, je travaillais, mais à chaque fois, ça ne durait pas, soit à cause de l'alcool, soit parce que je ne pouvais pas me laver » ; « Je foutais rien en fait. » ; « c'était une perte de temps horrible » ; « on s'emmerde » ; « c'était pas important de faire des activités, parce que j'étais dehors, je m'en foutais » ; « quand on est dehors, on est déconnecté quand même » ; « dès que j'étais dehors, c'était difficile à tenir » ; « ce qu'on recherche, c'est à nouveau avoir un quotidien »
	Pour combler l'ennui, la recherche et la consommation de substances psychoactives prennent beaucoup de place dans le quotidien de TP1. L'alcool lui permettait de se déconnecter et il ne pensait plus à autre chose. Il marchait également beaucoup. Les soins personnels (manger, aller aux toilettes, se laver, changer de vêtements, trouver un lieu pour dormir) et la consommation de substances psychoactives prédominaient sur les autres domaines d'occupations. Il éprouvait des difficultés à remplir ses soins personnels à sa satisfaction. En fonction du lieu où il a dormi la veille, la motivation à agir de TP1 fluctue et TP1 conserve un loisir , mais c'est rare.	« quand on a des addictions, c'est trouver ses clopes et son alcool » ; « quand j'avais trouvé l'alcool, je me posais dans un parc et je ne faisais pas grand-chose » ; « trouver son alcool, boire et tout, [...] ça occupait bien 60 à 70% de mes journées » ; « je reviens à chaque fois sur l'alcool et la clope, parce qu'en fait, je sais que, dès que je me levais le matin, la première chose que je pensais déjà, c'est ça » ; « une fois qu'on a bu, il y a le cerveau qui a un peu déconnecté, donc on ne pense pas à faire des activités » ; « La plupart du temps, je foutais rien ou je marchais » ; « de 10h du matin jusqu'à 5h le soir, je faisais que marcher toute la journée, haut-bas, haut-bas... » ; « Je m'asseyais quand j'étais fatigué, je taxais des clopes et je remarquais. Il y a des journées où je faisais que marcher. » ; « quand j'étais dehors, je marchais pour m'occuper, pour faire passer la journée » ; « c'était vraiment des besoins primaires, et c'était déjà compliqué » ; « Les besoins primaires [...], c'est saccagé » ; « ce n'est pas trois repas par jour » ; « je faisais les invendus » ; « simplement aller aux toilettes, quand on a la cagagne, c'est galère. Combien de fois j'étais entre deux arbustes, il y

		<p>avait les gens qui passaient, mais j'essayais de me cacher et tout, parce que des fois, on est pressé d'aller aux toilettes, et comme il n'y a pas de toilettes, moi, ça, ça m'a marqué ! » ; « Les vêtements, on n'en change pas tous les jours » ; « On en revient aux activités primaires, c'était se laver, manger, l'alcool » ; « il fallait que je trouve mon lieu, le soir, pour aller dormir » ; « on est tellement obnubilé par les besoins primaires que, en fait, je pensais pas trop à aller faire autre chose » ; « J'allais jouer au ping-pong » ; « Quand je jouais au ping-pong, c'était quand je dormais chez une copine » ; « Quand je dormais réellement dehors, sur le béton dans les cages d'escaliers, [...] les activités, j'avais d'autres soucis »</p>
	<p>Lorsqu'il était à la rue, TP1 se projetait difficilement dans l'avenir. Néanmoins, TP1 a toujours gardé quelques buts. Ce qui l'a amené à changer de mode de vie a été son besoin de changement. Il a réussi à atteindre ses buts grâce à un accompagnement.</p>	<p>« on ne peut pas dire ce qu'on va faire dans deux jours » ; « Ça a toujours été ça, logement, formation ou travail » ; « j'en pouvais plus de rester à rien faire » ; « si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à un accompagnement »</p>
L'environnement	<p>TP1 explique que les dispositifs d'aide lui permettaient de répondre à ses besoins physiologiques. Il vivait selon un rythme institutionnel.</p> <p>Il passait ses journées dans des parcs ou des associations. La rue et les centres d'hébergement sont des environnements insécurisants et violents. Il n'avait pas de lieu pour ranger ses affaires. Il ne faisait pas confiance aux autres personnes sans domicile hormis quelques personnes à cause des risques de vols et de soumission chimique.</p> <p>Il passait la majorité de son temps avec d'autres personnes sans domicile et explique que les habitudes de ces personnes influençaient le déroulement de sa propre journée. Il réalisait certaines occupations dans un but de partage avec la communauté, notamment la recherche de nourriture et d'alcool pour partager avec ses amis de la rue. Il entretenait des relations amoureuses conflictuelles.</p> <p>Il se sentait exclu de la société.</p>	<p>« quand on est dehors, sinon on peut pas » ; « Pour manger, me laver, et puis rencontrer des gens, et des fois, j'avais besoin d'une paire de chaussures. De l'eau, des trucs comme ça » ; « A 8h45, ils nous mettaient dehors » ; « Dans les parcs ou dans les associations » ; « On n'a pas d'endroit pour mettre nos affaires » ; « Arrivé vers 4h30, 5h, voire 7h, c'est l'heure des embrouilles » ; « En fin de journée, tout le monde est bien alcoolisé ou défoncé » ; « Ça se vole et tout » ; « quand je dormais au centre d'accueil municipal, mes chaussures, je les mettais en dessous de mon oreiller, j'étais pas seul. Parce qu'en dormant, on se fait piquer les affaires et tout. » ; « plusieurs fois on m'a mis du Rivotril® dans le verre pour me dépouiller » ; « Il y en a qui se sont fait séquestrer pour leur RMI » ; « La solidarité, elle a été vraiment avec un groupe de sept à huit personnes, des gens avec qui j'étais souvent, avec qui on dormait l'esprit tranquille » ; « L'entourage, c'est des gens que j'ai connu à la rue, qui étaient bien abimés aussi » ; « La journée, en fait, elle se déroule en fonction des personnes qu'on rencontre. Si c'est des personnes qui passent la journée à boire, on va rester la journée à boire avec eux. Si c'est des personnes qui vont faire des recherches d'emploi » ; « Il y a aussi un truc qu'on n'aime pas à la rue, c'est qu'on n'aime pas les gratteurs. Donc voilà, c'est à chacun de ramener un peu le soir, tu vois. Si par exemple les autres font la manche et qu'à chaque fois, c'est eux qui te donnent de l'alcool, qui te donnent à manger, ça le fait pas quoi. Donc à la rue, même si tu ne veux pas faire quelque chose, tu es obligé de faire quelque chose » ; « c'est des relations compliquées » ; « je me sentais exclu »</p>
Faire face au changement	<p>Il exprime la soudaineté de sa perte de logement. Il a pu compter sur d'autres personnes sans domicile pour l'aider à s'adapter.</p> <p>Au quotidien, il était confronté à des imprévus. Pour faire face à ces derniers, il s'aidait de la consommation d'alcool et faisait avec les imprévus.</p> <p>Il avait la volonté de changer de mode de vie mais il avait du mal à mener à terme ses projets jusqu'au bout.</p> <p>L'adaptation à son nouveau logement a été difficile. Au départ, il retournait dormir à la rue. Il a également eu des problèmes de voisinage. Il a réussi à rester durablement dans son logement grâce</p>	<p>« j'ai rien compris » ; « je suis tombé sur des gens qui m'ont appris comment on faisait à la rue, ce qu'il fallait faire, ce qu'il ne fallait pas faire »</p> <p>« je m'aidais de l'alcool » ; « les imprévus, au bout d'un moment, on s'y adapte » ; « on voit ce qui va se passer »</p> <p>« tout ce qui était bon à prendre, je prenais. Le souci, c'est que rarement j'allais jusqu'au bout. Encore une fois, il y a le problème de la stabilité »</p> <p>« quand j'ai eu mon logement, pendant une semaine, j'ai dormi dehors. Je dormais juste en face, à côté d'une rivière, je voyais mon appartement, mais dedans, je ne me sentais pas bien. » ; « J'avais l'impression de ne pas être chez moi » ; « j'y suis retourné petit à petit » ; « ça a été très dur » ;</p>

	<p>à un accompagnement. Depuis qu'il a retrouvé un logement, ses habitudes ont changé. Il ne consomme plus de substances psychoactives, cela lui a libéré beaucoup de temps durant la journée qu'il a dû apprendre à occuper. Il réalise plus de loisirs et il éprouve davantage de plaisir. Aujourd'hui, il éprouve de la fierté et il a retrouvé des rôles qu'il avait perdus, notamment le rôle de père, de fils et de travailleur. Le plaisir éprouvé face à la redécouverte d'un confort quotidien est amplifié. Il ressent le besoin d'aider les autres à son tour. Il lui a fallu du temps pour retrouver une routine « normale ».</p>	<p>« j'ai eu des problèmes de voisinage et tout » ; « j'avais l'impression d'être un SDF avec un toit » ; « si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à un accompagnement » ; « je suis le plus riche des hommes, parce que j'ai un toit et une douche » : « d'avoir une douche et un toit, c'était énorme. Ça avait pris une grande valeur. Pouvoir prendre une douche quand on veut dans la journée, c'est énorme » ; « Tout, je rejoue au tennis de table, je vais marcher, mais maintenant, je marche avec plaisir, je marche pas pour faire passer le temps » ; « il m'a fallu du temps pour refaire du ping-pong et tout » ; « Cinq ans dehors, c'est beaucoup pour reprendre ses repères dans une vie normale, c'est compliqué » ; « m'a fallu une bonne dizaine d'années pour revivre, j'ai arrêté l'alcool, j'ai retrouvé du boulot » ; « je galère encore pour avoir une vie normale » ; « je suis fier de moi » ; « Mon père m'a dit qu'il était fier de moi, alors que mon père ne m'avait jamais dit qu'il était fier de moi » ; « on recommence à prendre des contacts » ; « je ressens le besoin d'aider à mon tour » ; « C'est d'avoir arrêté de boire aussi, parce qu'une fois qu'on a arrêté de boire, après, il faut s'occuper la journée »</p>
	<p>Il évoque la notion de rétablissement. Son rétablissement a été long et il dure encore aujourd'hui.</p>	<p>« il y a du temps qui s'est passé » ; « le rétablissement, c'est toute sa vie »</p>
<p>L'ergothérapie</p>	<p>TP1 a déjà été pris en charge en ergothérapie dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie. Il lui était proposé des ateliers manuels. Les séances d'ergothérapie ont permis de remplir le vide rencontré dans la rue, d'occuper son esprit et de développer ses interactions sociales.</p>	<p>« Moi, l'ergothérapie, j'en ai beaucoup fait à [nom d'un centre hospitalier]. J'ai adoré ça. » ; « il y avait un petit atelier d'imprimerie, donc comme je suis imprimeur, j'allais là-bas » ; « je découpais des images dans des magazines et on les recollait sur un grand format papier, ça m'a marqué cet atelier, j'ai bien aimé ce truc moi » ; « les ateliers d'écriture » ; « des petits bracelets brésiliens » ; « ça occupe l'esprit et quand l'esprit est occupé, cela évite la gâchette » ; « c'est sympa de faire des ateliers avec les autres ».</p>

Annexe XII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP2

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	TP2 évoque la singularité de l'expérience de chaque personne sans domicile.	« on a tous nos particularités »
	Lors de son expérience à la rue, TP2 explique ne pas avoir été satisfaite de sa vie. Elle était en « mode survie » et dans un état d'alerte et d'agitation constant. Elle parle de moments de bonheur « artificiel » après avoir consommé des substances psychoactives. Le temps semble d'écouler lentement.	« On est à cran systématiquement, on est en mode survie tout le temps, on a confiance en personne, on est paranoïaque, on a peur, on se bat tout le temps » ; « les moments où on est défoncé, mais c'est du bonheur artificiel » ; « Le temps semble super, super long »
	TP2 évoque la faible estime personnelle qui restreignait sa motivation . Elle avait la sensation de ne jamais pouvoir atteindre ses buts et elle préférerait ne pas essayer plutôt que d'être confrontée à l'échec. La sensation d'incompréhension et d'injustice renforçait sa démotivation. Elle ne se sentait pas considérée comme un être humain et se sentait dévalorisée . Elle a trouvé une source de motivation lorsqu'elle a eu sa chienne.	« Pourquoi c'est pas mon tour ? » ; « on a l'impression que les travailleurs sociaux, ils en branlent pas une, qu'ils nous écoutent pas, qu'ils nous comprennent pas » ; « je le ressentais vraiment comme des injustices » ; « je me disais, j'existe et personne ne voit que j'existe » ; « Cette revendication à la vie, c'est ce qui nous prend le plus de temps, qui nous bouffe le plus les tripes, et qui nous prend le plus d'énergie aussi. Parce qu'on est toujours confronté à des injustices toute la journée. Et lorsqu'on est dans la précarité, on les voit toutes » ; « vu qu'on a aucun recul et qu'on se prend plein de trucs dans la tête » ; « je n'y arrive pas » ; « J'avais vraiment l'impression que j'allais jamais y arriver » ; « je me sentais très seule, et très démunie. J'avais l'impression que personne ne me comprenait que j'allais jamais y arriver » ; « sentiment de défaite » ; « quand on est à la rue, c'est fréquent de se dire ça pour tout, de laisser tomber le truc et de se dire ça ne vaut pas le coup, de toute façon je vais pas y arriver. On se met des bâtons dans les roues à nous-mêmes » ; « Lorsqu'on est à la rue, on est plutôt dévalorisé, on n'est pas convaincu du tout. » ; « des fois je ne voulais pas me lever de la tente, je me disais, à quoi ça sert, de toute façon, on va revenir là le soir. » ; « avant d'avoir ma chienne, j'étais complètement défoncé, sous valium, et même j'en abusais. A partir du moment où j'ai eu ma chienne, j'ai arrêté mes conneries, parce que je me suis que focalisée sur elle. »
	Elle explique avoir développé des capacités pour pouvoir survivre dans la rue, la capacité à adapter son comportement, à enclencher son bouton de survie et à adapter son langage en fonction de la situation et des personnes. Elle a également développé une force intérieure, mais exprime avoir laissé une partie de ce qu'elle était pour pouvoir survivre. Elle a également développé une connaissance du territoire pour gagner de l'argent et réaliser ses soins personnels.	« on est toujours en mode survie et ça m'a rendue plus forte » ; « Après j'ai surtout conscience d'avoir un bouton à l'intérieur de moi, je l'appelle le bouton de survie » ; « j'ai conscience d'avoir laissé pas mal de ma personnalité de côté, dans un instinct de survie » ; « je jongle avec le vocabulaire à adopter, mais en un sens, je ne l'ai jamais perdu. C'est une de mes forces, c'est-à-dire que j'adapte mon langage en fonction de qui j'ai en face de moi » ; « C'était pas qu'on s'éclatait dans la rue, c'est qu'il y a plus d'occasions, de mains tendues quand on est visible » ; « on avait bien compris ça. On restait plutôt visible pour les gens ou les structures. De temps en temps, il y a les gens des structures qui se baladent, ils ont envie de vous filer un coup de main, des fringues »
	TP2 a perdu plusieurs rôles , notamment des rôles liés à sa famille , les rôles de fille, de sœur, de tante, de cousine.	« le rôle de fille de ses parents, le rôle de sœur, le rôle de tante, le rôle de cousine »
Sa vie était rythmée par les soins personnels (dormir, manger, gagner de l'argent) et la consommation de substances . Les besoins physiologiques étaient parfois remplis avec difficulté , notamment la nourriture et le sommeil. TP2 avait des difficultés à dormir en squat. Elle dormait mieux lorsqu'elle était dans sa tente. Les dispositifs	« on allait faire la manche dans la journée. On s'arrangeait pour faire nos soupes pour nos chiens et puis la bouffe, le « chite » aussi et les consommations évidemment » ; « Quand on était sous la tente, vous pouvez être sûre qu'on était toute la journée en ville, parce que sous la tente, il fallait faire le feu pour bouffer, c'était compliqué » ; « on manquait de tout systématiquement » ; « c'était la merde » ; « on faisait aussi de la récupération dans des boulangeries, on bouffait un peu toujours la même chose et je me faisais beaucoup de journées où j'avais un repas par jour » ; « On sait pas comment passer le temps, on sait quoi foutre » ;	

	<p>aidaient pour réaliser certains soins personnels. Pour gagner de l'argent, TP2 faisait la manche et continuait à travailler. Elle exprime avoir manqué de sens dans son travail et ne pas avoir eu de choix. Pour donner plus de sens à l'argent qu'elle gagnait, elle fabriquait des petits objets. Elle passait du temps avec d'autres personnes sans domicile. Elle parle d'ennui et de vide dans ses journées. Elle était lassée de la répétitivité de sa routine. Pour combler l'ennui, elle marchait. Elle évoque quelques activités de loisirs qu'elle réalisait pour s'occuper. Mais le manque de matériel freinait ses possibilités. Elle ne lisait plus.</p> <p>Pendant longtemps, TP2 n'a pas eu de buts concernant son avenir. La prise de conscience de ses capacités et son besoin de pouvoir réaliser ce qu'elle avait envie de faire de la façon qu'elle souhaitait l'a amené à développer une volonté de changement. Elle explique qu'avoir des projets est indispensable pour avoir une motivation et participer à des occupations.</p>	<p>« les journées [...] de routine, je me disais « putain, on fait toujours la même chose », ça avance pas en fait » ; « écouter des gens qui nous parlent » ; « même quand j'étais à la rue, j'ai toujours bossé » ; « J'ai pas toujours fait les métiers que j'aimais » ; « à la rue, je le faisais sous n'importe quelle condition c'est-à-dire, qu'on me proposait de faire des ménages, j'y allais, je ne me posais pas de question, est-ce que j'aime ça ? Est-ce que je suis faite pour ça ? J'avais pas le temps de réfléchir à ça, il fallait des sous et c'était mieux que faire la manche » ; « je suis bien contente depuis un an de faire un boulot qui me tient très à cœur et que j'aime » ; « c'était aussi marcher, parce qu'on faisait que ça » ; « quand j'étais en squat, je graffitais beaucoup » ; « écouter de la musique » ; « j'avais fait des initiations à la boxe et ça me plaisait super bien, parce qu'il y avait une notion de défense » ; « l'écriture, la peinture, c'était important parce que quand on a besoin de se vider, c'est facile, on demande à quelqu'un de nous passer un papier et un crayon, ça demande pas beaucoup de matériel, du coup, on peut le faire partout » ; « c'est le fait d'avoir envie de faire un truc, de pas pouvoir le faire par manque de matériel qui nous faisait chier » ; « à la zone, on ne lit plus » ; « Par rapport au sommeil, je sais que je ne dormais pas ou très peu, notamment lorsque on était en squat, on ne dormait pas, dans la tente, on dormait beaucoup » ; « A un moment, j'en avais marre de faire la manche, j'ai commencé à faire des bracelets brésiliens, j'avais pas assez de tunes pour me payer du fil, et j'ai arrêté » ; « j'étais obligée d'attendre que le cimetière ouvre pour pouvoir aller aux toilettes »</p> <p>« j'ai pris conscience que j'avais tout mon temps, que j'avais la capacité aussi, l'intelligence et dans cet esprit de revalorisation, ils m'ont fait beaucoup de bien et là je me suis remise en question. » ; « toutes les qualités que j'avais » ; « J'ai pas eu de projets pendant un moment. Et à un moment, j'en ai eu marre de ma condition sociale et j'ai eu envie de faire des trucs que j'avais envie de faire » ; « j'ai besoin de projets pour vivre, pour me nourrir, pour avoir envie » ; « si j'ai pas de projet, je fais rien »</p>
<p>L'environnement</p>	<p>Il était indispensable qu'elle fréquente des dispositifs d'aide pour pouvoir survivre, pour les besoins physiologiques (douche, linge, repas), pour les soins médicaux. Elle s'est créée un rythme selon cet environnement à cause du manque de moyens dont elle disposait personnellement. Avoir un animal influençait les lieux qu'elle fréquentait durant la journée. Elle décrit son environnement comme insécurisant et violent, notamment en étant une femme. Pour se protéger, elle ne restait pas seule. Elle a tout de même développé des liens de confiance avec certaines personnes sans domicile. Elle avait l'impression que les gens ne la considéraient pas comme un être humain et se sentait méprisée. Elle explique le besoin d'un environnement valorisant, soutenant et motivant.</p>	<p>« on avait des chiens, donc on peut pas dormir dans un hébergement quand on a un animal » ; « c'est grâce à ces dispositifs que j'ai pu me sortir la tête de l'eau » ; « on peut prendre la douche, faire une machine » ; « pour le repas du midi » ; « pour les soins d'urgence » ; « toutes les structures qui sont envisageables sur [ville], j'y suis allée » ; « quand on est dehors et qu'on a rien, on suit une espèce de circuit » ; « et on se pose même plus la question de pourquoi je vais là-bas, puisqu'ils nous donnent ce qu'on a besoin. Je me suis fait ma routine structure avec les accueils de jour, et une fois que la routine était faite, j'y allais » ; « on était un peu démuné du coup, on comptait beaucoup sur les maraudes » ; « Très insécurisant » ; « Avec beaucoup, beaucoup de gens qui sont pas forcément sympas » ; « Au départ, quand j'étais à la rue, j'étais terrorisée, vraiment, j'avais peur, parce que c'était un monde que j'avais jamais vu et que je découvrais un peu l'envers du décor » ; « C'est un monde violent surtout » ; « la précarité, ça crée de la solidarité et à la fois, ça éloigne les gens des uns et des autres » ; « Ça arrive très souvent que l'on soit énervé le soir, et si on dit « merde » à la mauvaise personne, on se fait péter la gueule » ; « Tu ouvres pas trop ta gueule, tu dis pas n'importe quoi, tu fais pas confiance à tout le monde, des trucs basiques, qui dans la rue, prennent une autre proportion » ; « sous mon oreiller, j'avais mes réserves de frics et un couteau de boucher parce qu'on avait vu les personnes rentrer dans notre chambre où on dormait. Donc je ne me sentais pas du tout en sécurité. » ; « mon mec, [...] c'était une sécurité » ; « si j'avais été seule à la rue, je ne serais plus là pour vous en parler » ; « vous créez un lien de confiance avec certains » ; « il y a quelques travailleurs sociaux qui voyaient que j'avais envie et qui me disaient « lâche rien » ; « lorsqu'on vous méprise » ; « vous passez</p>

		toute votre journée à vous faire insulter, à vous faire cracher dessus quand vous faites la manche, alors s'il y a quelqu'un qui vous dit « écoute, toi aussi tu es un humain et je sais que tu es un humain » [...] ça fait plaisir » ; « lorsqu'on vous donne la possibilité de faire, finalement, les gens sont d'accord »
Faire face au changement	Elle s'est adaptée à la rue grâce à l'aide d'autres personnes sans domicile. Elle explique que vivre à la rue consiste en un apprentissage à effectuer. Pour faire face à l'insécurité, elle a développé un fort caractère qui peut être apparenté à un mécanisme de défense .	« Je suis devenue un roc » ; « On m'a initié. Encore une fois, j'avais la chance de ne pas être seule. Mais j'ai vraiment été initiée à certains comportements à adopter, ce qu'il faut dire, pas dire, ce qu'il faut faire, pas faire, où il faut aller pour avoir ce dont on a besoin. C'était vraiment un apprentissage » ; « j'étais obligée de m'y faire, d'apprendre et de m'adapter »
	TP2 était confrontée à des imprévus au quotidien.	« Il y a toujours des imprévus, à chaque instant, chaque jour »
	L' adaptation à son nouveau logement a été difficile. Il lui a fallu un temps d'adaptation. L'accès à un confort et la possibilité de réaliser ses occupations quand elle le souhaite, de se sentir en sécurité ont marqué une rupture avec son mode de vie antérieure. Bénéficier d'un logement lui a permis de se poser et de formuler des buts . Afin de maintenir un emploi stable, elle avait besoin de trouver un travail qui avait du sens pour elle. Elle conserve encore aujourd'hui un comportement défensif et a changé dans sa manière d'être. Elle dit ne pas avoir encore repris un rythme de vie « normal ». Elle a la sensation d'être partagée entre deux communautés.	« Ça a été dur » ; « Il y a des choses comme ça qui sont restées très primaires dans mon attitude, très animales » ; « je n'ai plus peur de ne pas plaire » ; « qu'il y a certaines choses que je n'ai plus envie de faire comment avant. J'ai l'impression d'avoir le « cul entre deux chaises », sans pour autant que ça me gêne » ; « Le fait d'avoir un appartement, ça m'a fait péter un câble, parce que pour la première fois, je pouvais fermer la porte de chez moi, je pouvais aller aux toilettes quand j'en avais envie, alors qu'avant j'étais obligée d'attendre que le cimetière ouvre pour pouvoir aller aux toilettes. Je pouvais prendre ma douche chaque jour, j'avais de l'eau chaude, je pouvais rester autant que je voulais, j'avais le chauffage, j'avais de quoi manger chaque jour, j'avais de quoi faire chauffer ma bouffe. Et ça, ça a été dur, et je sais pas pourquoi ça a été si dur. » ; « Ça a été très dur le contraste entre la contrainte de, pour boire un café, je dois aller là, pour prendre une douche, je dois aller là. En fait, dans le logement, j'avais plus besoin de sortir, je ne voyais plus mes potes » ; « lorsque je retournais dans les accueils de jour, je ne me sentais plus légitime à boire mon café, à faire ce que je faisais d'habitude » ; « Ça c'est rééquilibré au fil de temps » ; « J'ai identifié très vite le fait que si j'étais dans un métier qui ne me plaisait pas, je ne le tenais pas. Donc mon objectif, ça a été de me trouver un boulot qui me convenait et qui ne me rende pas malade » ; « lorsqu'on trouve un appartement, il y a cette nécessité-là qui s'en va, parce que quand on a les minima sociaux, ça nous permet de nous poser pour y réfléchir un peu » ; « J'aimerais bien retrouver un rythme de vie normal »
TP2 évoque la durée longue de son rétablissement .	« lorsqu'on vit des épreuves traumatisantes sur des années et des années, il y a le moment où ça se passe, et le moment où il faut digérer l'action » ; « le temps de digestion, il est long »	
L'ergothérapie	TP2 ne connaît pas l' ergothérapie .	« j'ai aucune idée de ce que c'est »

Annexe XIII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP3

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	TP3 explique avoir fait ce choix de vie par rejet de la société. Au début, elle était satisfaite de ce mode de vie, mais a fini par ne plus ressentir cette satisfaction et avait besoin de changement.	« c'est un choix parce que je voulais pas, ça me faisait chier de vivre en appartement, ça me faisais chier de payer des factures, ça me faisait chier d'être obligée d'aller bosser dans des endroits où j'avais franchement pas envie, de me faire « exploiter ». Et j'ai toujours voulu choisir, faire des boulots qui me plaisaient, où j'avais pas l'impression d'y aller à reculons le matin » ; « Ça me convenait au départ. Puis au bout d'un moment, on en avait un peu marre, de pas avoir de perceptive de me dire que ma vie elle se réduisait à ça en fait, boire des coups, faire la manche, dormir. C'était pas très intéressant quoi, y avait pas de perspective pas d'avenir »
	En ne parlant pas d'elle, TP3 évoque les atteintes à la santé physique qui peuvent toucher les personnes sans domicile. Ces atteintes sont la répercussion des conditions de vie précaires.	« souvent c'est des personnes qui ont vécu des années et des années à la rue et il y a quand même, au niveau du physique, des répercussions qui sont quand même importantes » ; « il a des problèmes au niveau hépatite, il a des problèmes au niveau respiratoire » ; « Au niveau du dos, la rue, ça use beaucoup » ; « l'alcool, les protes, l'hygiène, ça a des répercussions sur le physique » ; « Au niveau de la santé bucco-dentaire, c'est une horreur, parce que les protes, ça te bouffe les dents comme je sais pas quoi, et tu peux pas forcément te brosser les dents tous les jours »
	TP3 a trouvé des rôles au sein de la communauté où elle habitait.	« j'étais un petit peu « l'assistance sociale de service », donc celle qui va filer un coup de main pour les papiers, celle qui filait un coup de main pour les soins, pour aller à l'hôpital et traduire, etc. Et au final, le poste que j'ai eu à [nom d'association locale], j'étais contente d'avoir ce poste-là parce que c'était un peu faire exactement la même chose que ce que je faisais aux caravanes, mais en étant payé »
	TP3 rencontrait quelques difficultés occupationnelles au niveau des occupations liées à l'électricité, comme recharger son portable. Pour répondre à cette difficulté, elle a développé des capacités d'adaptation . Elle n'avait pas de loisirs et de travail . Elle évoque un vide, une inactivité dans ses journées.	« Donc tout ce qui fonctionne avec le courant, c'était la croix et la bannière pour pouvoir le faire, c'est-à-dire que pour charger son portable, il fallait soit prévoir de l'essence pour la mettre dans le groupe électrogène pour pouvoir l'allumer et recharger son téléphone. Sinon, il fallait prévoir de passer une heure chez tel ou tel pote pour pouvoir recharger son portable. » ; « on n'a pas accès à internet » ; « ça m'a manqué, de pas faire peinture. » ; « glander »
	Les journées de TP3 sont décrites comme étant routinières . Sa vie est rythmée selon les soins personnels , la manche et la consommation de substances qui prédominent sur les autres domaines d'occupation. Elle exprime des difficultés pour remplir les besoins physiologiques comme aller aux toilettes, se laver. Elle passait du temps avec les autres personnes sans domicile pour boire et faire la fête.	« je me levais le matin, [...] c'était genre 11h [...]. On buvait un café pour se réveiller. Une fois le café avalé, eh bien, du coup, on allait acheter des bières avec la manche qu'on avait fait la veille. On buvait des bières le midi jusqu'à attendre les 17h, parce qu'on partait, enfin, je partais faire la manche vers 17h. Donc de 17h à 19h30 à peu près, on faisait la manche, ensuite les courses, et puis je rentrais à la caravane, et puis voilà, on buvait des coups avec des potes, et tous les jours, c'était la même chose » ; « la vie, elle est vraiment rythmée en fonction de la manche » ; « C'était surtout boire, me droguer, et puis faire la manche » ; « pouvoir prendre une douche » ; « faire la fête avec des potes » ; « ce qui était vraiment le plus chiant c'était au niveau des sanitaires, au niveau de la douche, je rêvais d'avoir une douche et un toilette » ; « on partait le matin pour aller prendre des douches aux douches municipales » ; « Après le reste, c'est vraiment secondaire, on n'y pense pas vraiment, les journées sont vraiment rythmées en fonction des besoins primaires » ; « Les besoins primaires, ça prend tellement de temps pour pouvoir les satisfaire que le reste on n'y pense pas »
	TP3 n'avait pas de buts durant la première partie de son parcours à la rue. Ce qui l'a conduite à vouloir changer de mode de vie a été un besoin de changement . TP3 évoque le besoin de sens dans sa vie et dans ses projets de vie.	« l'évolution, pendant trois ans, il n'y en a pas eu parce que j'en avais un peu rien à foutre quoi. Donc voilà, après au bout d'un moment, je me sentais plus bien là où j'étais, j'avais envie de faire autre chose parce que passer ses journées à picoler et à rien faire, c'est pas très, très, intéressant. J'ai eu envie de faire autre chose » ; « c'était un moment où j'avais envie de retourner bosser, d'arrêter de faire la manche » ; « C'était important pour moi de retrouver des choses qui avaient du sens »

L'environnement	<p>Pour pouvoir remplir certaines occupations, TP3 explique que la fréquentation des dispositifs d'aide était nécessaire. Elle passait du temps dans sa caravane, au sein de sa communauté ou dans la rue au niveau des lieux de passage. Elle passait du temps avec les autres personnes sans domicile et notamment les personnes de la communauté où elle vivait. Elle avait peu de contacts à l'extérieur de sa communauté, hormis sa famille et certains amis qui lui permettaient d'avoir accès à quelques commodités dans leur appartement.</p>	<p>« Oui, forcément, pour prendre les douches, pour faire les papiers, etc. » ; « Soit en caravane, soit à l'extérieur puisqu'on avait mis une table à l'extérieur où on se retrouvait tous, soit en ville » ; « on avait un espace de vie qui était quand même assez bien construit, avec un confort de vie qui était, certes, relatif, que tout le monde ne pourrait peut-être pas, ne supporterait peut être pas de vivre là-bas, mais n'empêche qu'on avait quand même un minimum de confort alors qu'il y en a d'autres qui sont vraiment à la rue » ; « on est beaucoup en contact avec les autres personnes qui le sont aussi » ; « on habitait en groupe là-bas avec des gens [...] qui ont fait le choix de vivre [...] en dehors de la société » ; « j'avais pas beaucoup de contacts avec les gens de l'extérieur » ; « Avec ma famille, j'ai toujours été en lien au téléphone » ; « quelques amis qui avaient des appartements dans [<i>ville</i>] chez qui on pouvait prendre des douches, aller aux toilettes, tout ça. »</p>
Faire face au changement	<p>TP3 explique l'adaptation à la rue n'a pas été facile. Elle s'est adaptée à ce mode vie grâce à l'aide des autres personnes sans domicile et des associations.</p> <p>TP3 était confrontée à peu d'imprévus, mais lorsque c'était le cas, elle dit qu'elle se débrouillait.</p> <p>Dans un premier temps, l'adaptation à son nouveau logement a été compliquée et brutale. TP3 retournait dormir à la rue au départ et elle avait une sensation d'enfermement. Elle explique qu'elle ne savait plus certaines occupations du quotidien. Néanmoins, elle pouvait réaliser les activités de la vie quotidienne plus rapidement. Cela crée des moments de vide qu'il est nécessaire d'apprendre à remplir pour éviter l'ennui. De plus, elle se sentait seule dans son appartement. Un accompagnement et un cheminement personnel ont été nécessaires pour s'habituer à ce nouveau mode de vie et reprendre les automatismes du quotidien. Depuis qu'elle a retrouvé son logement, elle a arrêté de consommer des substances psychoactives et a retrouvé plusieurs rôles dont le rôle de travailleur, le rôle de conjoint et le rôle de mère.</p>	<p>« Il y a des moments qui sont difficiles » ; « si on n'est pas épaulé par d'autres personnes pour nous montrer où sont les structures associatives » ; « les autres avec qui on est vont vous montrer où il faut aller pour prendre une douche » ; « cette espèce d'entraide qu'il y a entre toutes les personnes qui vivent à la rue »</p> <p>« on fait avec » ; « tu te démerdes »</p> <p>« c'est compliqué au départ de se retrouver du jour au lendemain dans un appartement, il y a plein de choses qui changent c'est-à-dire que toutes les choses qui nous prenaient un temps fou quand on était à l'extérieur, eh bien là, on le fait en une demi-heure, on prend sa douche, on n'a pas à réfléchir comment on va se faire à bouffer, comment on va bouffer, parce qu'il y a tout à portée de main à la maison. Le portable, si on veut le charger, on le branche à la prise qu'il y a dans le mur et basta. » ; « ça fait plein de temps comme ça de vide, qu'il faut réapprendre à occuper, et c'est compliqué [...] parce qu'on ne sait pas occuper ces temps libres et du coup, on se fait vite chier. C'est pour ça qu'il y a beaucoup de monde, de gens qui préfèrent retourner à la rue plutôt que de rester à l'appartement » ; « l'appartement, ça isole » ; « Ça donne une impression d'enfermement, on s'ennuie parce qu'on ne sait pas quoi faire » ; « c'est compliqué, parce qu'on ne sait plus faire » ; « investir son logement, c'est compliqué pour une personne qui vivait avec un sac à dos » ; « il y a tout un cheminement et un accompagnement » ; « c'est assez brutal de se retrouver dans un appartement avec toutes les contraintes d'un appartement » ; « Payer ses factures, c'est compliqué. Aménager le logement, c'est compliqué. Décorer, s'approprier l'espace, c'est compliqué. Faire le ménage, c'est compliqué. C'est que des contraintes. Vivre avec ces voisins, c'est compliqué. C'est que des contraintes. L'appartement se transforme vite, au départ, c'est quelque chose de positif, et ça se transforme vite en quelque chose de négatif, où au final, c'est beaucoup trop de contraintes et ça fait chier. Et c'est vite fait de se dire « vas-y ça me saoule, je me casse, je repars avec mon sac à dos » ; « boire et me droguer, et sinon, bah, je fais plus la manche non plus » ; « le poste que j'avais de travailleuse pair, il est bien » ; « Si j'avais été à la rue, j'aurais pas eu d'enfant. » ; « Au niveau personnel, on a eu un petit bébé, c'est la vie de famille, une espèce de vie classique, un peu comme monsieur et madame tout le monde quoi. »</p>
L'ergothérapie	<p>TP3 a entendu déjà parlé de l'ergothérapie dans le cadre de ses études supérieures. Elle évoque la notion de facilitation du quotidien pour les personnes en situation de handicap.</p>	<p>« J'ai dû en entendre parler pendant les cours par rapport aux personnes handicapées en fait, pour faciliter le quotidien à domicile »</p>

Annexe XIV : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP4

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	TP4 a choisi de quitter son logement. Ce choix s'est fait par rejet de la société, par refus d'avoir un travail qui n'a pas de sens pour lui et par désir de vivre vie en communauté. Il était satisfait et n'avait donc pas envie de modifier cette façon de vivre.	« c'était plutôt par rejet de la société qu'on habitait en squat » ; « J'étais content de vivre comme ça à ce moment-là » ; « Une expérience de liberté. J'étais le cliché du SDF qui est content de sa situation »
	TP4 a rapidement développé une addiction aux substances psychoactives.	« je suis tombé dans l'héroïne assez rapidement »
	TP4 avait peu confiance en ses capacités et son avenir.	« Là j'aurais pas cru que j'aurais trouvé un boulot qui me plaise, que j'ai un enfant et que ma vie se stabilise à ce point. »
	TP4 n'évoque pas de rôles particuliers et dit ne pas avoir perdu de rôles .	« il n'y a pas trop de rôles qui me manquaient à l'époque »
	Au cours de la journée, TP4 avait l' habitude de réaliser ses soins personnels (manger, se laver, faire le linge), chercher et consommer des substances psychoactives . Il insiste sur son quotidien qui tournait autour de ses troubles addictifs. Dans un premier temps, il passait du temps avec les autres habitants du squat . Mais progressivement, il dit avoir commencé à s'isoler pour consommer seul et à peu participer à la vie collective du squat. Il avait quelques loisirs comme faire de la musique, de la peinture et de la lecture. Il ne travaillait pas par refus. Lorsqu'il était confronté à des problèmes d'argent, il faisait peu la manche car il avait honte du regard des gens et ne voulait pas demander de l'aide.	« c'était pas évident » ; « il y avait pas mal de récupération de nourriture, de fruits et légumes qui nous rythmait les journées, d'aller faire les poubelles, les invendus des magasins, les trucs comme ça, faire des soirées de soutien pour des amis en prison, organiser des concerts, des soirées privées » ; « faire de la musique, faire de la peinture, bouquiner » ; « J'étais au RSA, j'avais plus envie de travailler, j'étais vraiment fâché contre le salariat, donc ça m'arrangeait bien de ne pas travailler. Après, il y avait faire le ménage, faire la cuisine, un peu comme pour n'importe quel logement, la seule différence, c'est qu'on était nombreux » ; « je pouvais me laver, laver mes vêtements, on pouvait manger » ; « faire la vaisselle, faire à manger, faire du ménage, des amis qui faisaient la manche » ; « D'avoir l'impression de me vendre, ça me rappelle un peu la vie salariale, c'est un travail pour moi de faire la manche, c'est quand même un vrai boulot » ; « Le regard des gens » ; « De demander aux autres » ; « à partir du moment où j'ai commencé à prendre de l'héroïne, il n'y avait plus que ça qui comptait pour moi. Ou en prendre ou arrêter d'en prendre, mais tout mon quotidien tournait autour de ça. » ; « A partir du moment où j'ai pris de l'héroïne, j'ai commencé vraiment à m'isoler » ; « J'étais trop préoccupé par la drogue. Soit j'étais en descente et je ne pouvais pas voir les gens, ou en manque où on a envie de voir personne ou alors, j'étais juste bien défoncé tout seul. » ; « chercher de l'héroïne »
	TP4 vivait dans l'instant présent et n'avait pas de buts , hormis consommer de la drogue.	« Me droguer » ; « j'avais pas trop de projet en fait. » ; « c'était vraiment une vie quotidienne au jour le jour »
L'environnement	TP4 vivait dans un squat militant . Il avait accès à du matériel pour pouvoir réaliser ses activités quotidiennes. Il partageait ce squat avec d'autres personnes sans domicile qui rejettent le fonctionnement de la société. Il décrit son environnement comme étant festif , amical et sans contrainte . Bien qu'il faisait confiance aux autres habitants du squat, quelques vols avaient lieu. Il passait son temps dans sa chambre ou à chercher de la drogue dehors . Il explique que son environnement n'a pas été aidant à partir du moment où il a commencé à consommer des toxiques, mais il pouvait compter sur ses parents et sur sa copine quand il l'a rencontrée plus tard.	« on n'était pas en souffrance matériel » ; « on avait des machines à laver, l'eau chaude, l'électricité » ; « Un environnement assez fictif » ; « on se colorait les cheveux, on se tatouait aussi, un environnement assez festif, un environnement assez libre quand même. On essayait de se mettre le moins de contraintes possible. Un environnement très amical » ; « relation de confiance » avec les autres habitants du squat, mais « en squat, il y a quand même toujours des histoires un peu d'argent qui disparaît, ou les affaires » ; « Principalement dans ma chambre ou alors dehors à aller chercher de l'héroïne dans tous les quartiers inimaginables de [ville] » ; environnement « pas vraiment » aidant à partir du moment où il voulait juste se droguer ; « mes parents » ; « ma copine »

Faire face au changement	L' adaptation au mode de vie en squat a été facilitée par les relations et la similarité avec son mode de vie antérieur. Par ailleurs, il s'agissait d'un choix.	« Assez simplement » ; « c'était déjà un mode de vie un peu libre et sans contrainte. Donc c'était pas très différent de me retrouver comme ça » ; « je connaissais déjà des amis qui habitaient en squat et ça me plaisait déjà beaucoup dans l'idée. Donc c'était un choix de vivre en squat. A ce moment-là, j'étais vraiment content de pouvoir expérimenter ce mode de vie-là. »
	Concernant les imprévus , il était confronté au manque lorsqu'il n'avait plus de drogue.	« On n'a jamais assez d'argent quand on prend de l'héroïne tous les jours. J'avais beau être au RSA, c'était pas suffisant. » ; « quand j'avais plus d'argent, eh bien, j'en avais plus quoi. Ça m'arrivait de faire la manche quelques fois, mais vraiment pas souvent, c'était pas un truc qui me plaisait énormément de faire la manche. C'est assez dur au niveau de la fierté, alors ça dépend des gens, mais c'est assez dur de faire la manche, donc je l'ai fait un peu, mais pas énormément. »
	La réinsertion vers un logement durable a été aidée par la rencontre de sa copine et la volonté d'arrêter la consommation de drogues. L' adaptation à son nouveau logement a été difficile. Il ressentait beaucoup de solitude et d'ennui . Depuis que TP4 a retrouvé son logement, il a cessé de consommer des substances psychoactives. Il a développé une routine de vie différente et de nouveaux rôles qu'il n'avait pas avant, tels que le rôle de père, le rôle de travailleur et le rôle de conjoint. Il prend soin de son environnement et participe à des occupations qu'il réalisait peu quand il vivait en squat comme la cuisine et ménage.	« ça a été le deal avec ma copine » ; « c'est à partir de ce moment-là que j'ai pris un traitement parce que je voyais bien que j'arrivais pas à arrêter et que je voulais arrêter » ; « la relation avec ma copine » ; « Je suis parti du squat parce que je voulais arrêter l'héroïne » ; « ce qui m'a définitivement sauvé, c'est d'avoir une fille et d'avoir un boulot » ; « ça été très dur pour moi, de me retrouver en appartement, seul, ça a été vraiment compliqué. Je pense que je me suis plutôt laissé déprimer, je me faisais plus à manger du tout, et je ne faisais rien d'autres que regarder des séries. J'étais vraiment isolé et triste »
L'ergothérapie	TP4 ne connaît pas l' ergothérapie .	« J'en ai entendu parler, mais je connais très peu »

Annexe XV : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP5

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	La santé mentale de TP5 était affectée et sa motivation est faible.	« j'étais en dépression, donc non, forcément, j'étais pas bien. En dépression, on n'a envie de rien, enfin c'est compliqué, on est plus bas dans la vie, on n'a pas le moral. »
	Quand TP5 parle de ses habitudes, il évoque une certaine inactivité. Il ne travaillait pas et ne semblait pas pratiquer de loisirs . Il ne mentionne jamais ces derniers lorsqu'il est interrogé sur ses habitudes lorsqu'il n'avait plus de logement.	« je ne faisais pas grand-chose » ; « j'ai travaillé pendant six mois » ; « après, j'ai arrêté le travail »
	TP5 a perdu son rôle de conjoint. Mais il a conservé son rôle de père.	« j'ai été marié pendant 15 ans [...] ça ne s'oublie pas comme ça » ; « il y a toujours les enfants qui sont là »
	Ses habitudes se résumaient à réaliser ses soins personnels pour survivre et à consommer de l'alcool.	« Le minimum, à manger, dormir chez des amis. » ; « le minimum vital » ; « J'ai bu, tout ça quoi » ; « Avant il y a eu le travail de six mois, et après c'était le néant quoi. C'était manger, dormir, le minimum quoi »
	TP5 n'avait pas de but s et ne se projetait pas dans le futur. C'est la volonté de se rétablir et de changer qui l'a amené à chercher de l'aide pour changer de mode de vie.	« j'ai pas calculé » ; « J'avais pas de projet de vie spécial » ; « j'étais vraiment dans l'instant présent » ; « je me suis dit qu'il faut que je me soigne » ; « Je suis allé chercher de l'aide »
L'environnement	TP5 était hébergé par des amis . Cela lui permet d'avoir accès au matériel nécessaire pour réaliser les soins personnels. Cependant, ne pas avoir son logement personnel lui donnait la sensation ne pas être chez lui et d'être intrusif . Ses amis lui donnaient la sensation d'être incompris .	« c'est simplement matériel » ; « Ça m'aidait d'avoir un toit, c'est déjà énorme. Après, il n'y a pas le sentiment d'appartenance, c'est compliqué, on ne se sent pas chez soi. On a toujours l'impression de déranger, c'est pas simple » ; « mes amis, ceux qui m'hébergeaient » ; « elles avaient du mal à comprendre »
Faire face au changement	La perte de son logement a été brutale. L' adaptation a été difficile et n'a pas été immédiate. Il avait la sensation d'avoir tout perdu , d'avoir perdu ses repères.	« Ça a pris un moment » ; « C'est une rupture brutale. On n'a plus les mêmes repères, il y a beaucoup de choses qui changent. Et puis j'ai été marié pendant 15 ans, donc forcément 15 ans, ça ne s'oublie pas comme ça »
	La réinsertion vers un logement s'est réalisée grâce à un accompagnement . Pour se rétablir et se réinsérer, il a pu compter sur l'accompagnement de professionnels. Il dit que l' adaptation a été rapide. Il a trouvé progressivement une routine de vie et a cheminé son rétablissement. Il a repris le travail et a trouvé de nouveaux loisirs. Il est également capable de formuler des buts destinés à aider les personnes précaires.	« Les soins, d'abord. Après ça m'a permis de trouver un appartement aussi. Après j'ai été à l'accueil de jour, après l'hôpital qui m'a envoyé là-bas pour avoir une adresse. Donc après l'accueil de jour. Là, je commençais à m'impliquer un peu, à m'intégrer avec les gens un peu plus, à participer un peu plus. Après il y a une rencontre qui m'a changé ma vie. C'était quelqu'un qui venait faire du théâtre » ; « Le théâtre, c'est une passion en fait. Et ensuite, j'ai pris des cours de théâtre pendant trois ans » ; « on a monté un groupe pour aider les gens en situation de précarité » ; « Ça été rapide. Maintenant, je bosse, je fais plein de choses, je suis content » ; « Le travail, le théâtre et les loisirs. Le cinéma. Et les amis, tout ça. Une vie de riches ! » ; « Ça m'a permis de faire un travail sur moi, c'est ce qui est important, et puis de vivre différemment. Ça m'a permis de faire plein de choses que je faisais pas avant » ; « d'est monter une structure de réinsertion par la culture, par le jardin, par la peinture, par le théâtre »
L'ergothérapie	TP5 a déjà rencontré un ergothérapeute dans le cadre de son travail, mais dit ne pas savoir ce que c'est. Il évoque la notion d'adaptation du quotidien en lien avec l'ergothérapie.	« j'ai une idée, c'est adapter le quotidien »

Annexe XVI : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP6

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	TP6 n'a pas choisi de quitter sans logement. Au départ, vivre en CHRS lui plaisait et le satisfaisait. Mais par la suite, il n'a plus été satisfaisant de ce mode de vie.	« j'étais content de faire du collectif, je pensais que c'était ce qu'il me fallait. Alors, au début, ça me plaisait » ; « c'était un enfer dans lequel je m'étais enfermé » ; « la nuit de noce n'a pas duré si longtemps que ça. Et dès que j'ai réalisé ça, je me suis senti mal et c'est pour ça que je me suis mis à consommer des toxiques très rapidement. Essentiellement du cannabis sous diverses formes et de l'alcool. C'était très difficile pour moi cette période. C'était une échappatoire pour oublier ma condition tout simplement. »
	TP6 se sentait démotivé , il avait la sensation qu'il n'allait jamais arriver à changer de conditions de vie. Son estime personnelle était faible. Il avait la sensation ne pas être responsabilisé . Il éprouve peu de fierté quand il raconte son quotidien.	« je ne m'aimais pas » ; « Regarder les gens dans les yeux ou tout simplement lever la tête quand je marchais dans la rue » ; « avec une mauvaise estime de moi, pas de confiance en moi » ; « le sentiment de ne pas être adulte et de ne pas être responsabilisé » ; « Elles n'étaient pas glorieuses » ; « mon ambition, elle était portée vers le sol » ; « l'impression que tout était déjà joué, et tu te dis que tu n'iras nulle part, que ça restera comme ça »
	Il ne se sentait pas bien psychologiquement. Ses aptitudes mentales étaient réduites.	« des capacités cérébrales que j'avais complètement perdues » ; « j'étais pas au top de ma forme »
	Il a perdu son rôle de frère.	« mon petit frère ne discute pas trop avec moi »
	TP6 rencontrait quelques difficultés dans son quotidien. Il se sentait limité dans ses dépenses financières et ne pouvait pas remplir ses besoins de consommation. Il ne pouvait pas changer de vêtements quand il le souhaitait. Il n'avait pas de travail et pas de loisirs .	« J'avais des difficultés pour dépenser mon argent comme je le voyais limité » ; « je n'arriverais pas à acheter ce que je voulais » ; « m'acheter telle chose qui va me faire plaisir » ; « Mes seules dépenses, c'était du déodorant, du dentifrice, une brosse à dent, du savon pour me laver, et des cigarettes parce que tous les autres postes de dépenses, c'était par exemple la nourriture que je mangeais sur place. J'avais plus de loisirs, j'achetais du tabac à rouler, et le reste, c'était de l'alcool et du cannabis et des choses comme ça » ; « j'avais un survêtement et je le portais tout le temps, je le lavais et je le reportais » ; « Je n'arrivais même plus à écouter de la musique »
	Le rythme de vie de TP6 était donné par son centre d'hébergement. Sa routine de vie était constituée des tâches ménagères données par le CHRS et de temps libres. Ces derniers avaient surtout lieu durant l'après-midi. Il se levait tous les jours à la même heure. Il parvenait à remplir les activités de soins personnels , parfois avec une certaine difficulté à se laver, se coiffer, prendre soin de lui. Les repas étaient fournis par le CHRS. Il consommait beaucoup de substances psychoactives pour échapper à la réalité. C'est ce qui était le plus important pour lui à ce moment-là.	« Au CHRS, je vivais le rythme qui nous est imposé par la maîtresse de maison et les éducateurs. » ; « se lever pour être à 8h45 au réfectoire pour distribuer les tâches de la journée à faire. Et on partait faire nos tâches » ; « c'était nettoyer les escaliers » ; « Il y avait arroser les plantes » ; « il y avait sortir les poubelles certains jours » ; « nettoyer la buanderie » ; « Il y avait beaucoup de cigarettes et on buvait beaucoup de cafés » ; « à midi, il y avait un repas au réfectoire » ; « l'après-midi, on n'avait pas d'obligation de chose à faire » ; « L'après-midi, je fumais des joints et je buvais des bières. » ; « En fin de journée, on revenait manger le soir, on revenait manger dans le réfectoire » ; « il y avait des tâches qui nous étaient attribuées au préalable » ; « Il fallait s'inscrire sur un tableau, sur des fiches pour dire « moi, jeudi soir, je sors la poubelle » et « vendredi soir, je fais la serpillère dans le réfectoire. » » ; « On avait deux tâches à faire le soir par semaine » ; « on était encore réveillé et parce qu'on veillait jusqu'à tard, et du coup, on consommait des toxiques pour un peu voyager et ne plus penser à notre condition » ; « je fumais des cigarettes, je buvais des cafés le matin, et l'après-midi, je buvais des bières et je fumais des joints » ; « fuir la réalité par n'importe quel moyen » ; « J'arrivais à peu près à nettoyer mon linge. J'arrivais à peu près à me donner la discipline de nettoyer ma chambre à chaque fois » ; « J'avais du mal à me coiffer, à prendre soin de ma personne et j'arrivais à peu près à me laver. » ; « il y avait du laisser-aller »
	TP6 a éprouvé des difficultés à formuler un projet de vie et n'a pas	« De me lever le matin, d'avoir quelque chose à faire, d'avoir un but dans la vie » ; « j'ai mis du

	<p>eu de buts pendant longtemps. il ne se projetait pas dans l'avenir. Il explique qu'il avait besoin d'un but avec un sens. La construction de ce projet s'est faite par étapes à l'aide d'un accompagnement. Il avait besoin de trouver du sens dans son travail, de se faire plaisir et de réaliser certains soins personnels plus facilement. Il a fini par exprimer le besoin d'aider ses pairs à son tour et de vivre en milieu urbain.</p>	<p>temps avant de rencontrer des personnes qui m'ont réellement insufflé » ; « il y a des points, des étapes » ; « Je ne voyais même pas le lendemain, je ne voyais que le jour même » ; « J'avais pas de projet de vie, on ne regarde pas le futur, on ne se soucie pas du futur » ; « Je me laisse vivre. Je fais ce qu'on me demande de faire, mais je n'y trouve pas d'intérêt. A l'occasion, on me demandait de participer à des groupes. Pas de projet de vie, pas d'objectif » ; « j'ai commencé à formuler un rêve, quelque chose que j'avais envie, quelque chose qui me motivait, un truc qui me donnait l'envie de me lever le matin, et d'essayer de conquérir petit à petit ce que j'ai envie de faire » ; « ça a fait mûrir en moi le projet de devenir quelqu'un qui pourrait essemmer l'espoir du rétablissement et les bonnes pratiques pour les personnes avec des soucis comportementaux. Et donc, de devenir pair aidant » ; « Travailler, me faire plaisir, avoir une passion, changer de vêtements certains jours »</p>
L'environnement	<p>TP6 passait la majorité de ses journées dans la rue ou dans le CHRS. Il se décrit comme dépendant à son environnement. Il éprouvait une sensation d'emprisonnement dans une institution qui l'infantilisait. Il dit qu'il était entouré de personnes qui allaient mal et qui avaient une mauvaise influence. Mais il a rencontré des personnes qui l'ont motivé et qui l'ont aidé.</p>	<p>« il y a une partie du matin qui est divisée entre l'endroit où on boit le café, et le réfectoire où on divisait les tâches » ; « La majeure partie de ma journée, elle se passait sur les bancs du [arrondissement de la ville] » ; « J'étais très fragile et je dépendais beaucoup de l'environnement » ; « Mon environnement était fait de professionnels qui m'infantilisaient, de structures qui m'infantilisaient » ; « un lieu d'habitation où je me sentais diminué de par mon statut de résident dans un CHRS » ; « dans l'environnement d'une « faune » de personnes qui vont mal » ; « on fumait grave les joints ensemble. Ce genre de personnes qui vous tirent bien vers le haut » ; « j'ai pu rencontrer une personne qui a cru en moi, qui m'a dit de reprendre des études que j'ai reprises en réalité pour des raisons autres que faire des études, mais j'ai repris ces études et je me suis dit que je pouvais »</p>
Faire face au changement	<p>Son adaptation à la rue a été compliquée. Ce changement de mode de vie a marqué une rupture avec ses habitudes antérieures. Il s'est adapté en commençant à consommer des substances psychoactives et par le sommeil.</p>	<p>« Adaptation sous perfusion de 8.6 et sous respirateur de THC » ; « j'ai cherché à m'anesthésier, l'adaptation a été très dure » ; « j'étais en plein [quartier], dans une rue qui était plutôt bien, et je me retrouve dans un CHRS dans le [arrondissement de la ville], avec des cafards » ; « je me suis réfugié dans le sommeil beaucoup » ; « je retrouvais le côté soporifique, anesthésiant, et qui fait voyager de la substance, de l'alcool, du cannabis qui aident un peu à tranquilliser l'esprit »</p>
	<p>Il était confronté à peu d'imprévus et essayait de les éviter.</p>	<p>« Je faisais en sorte qu'il m'en arrive le moins possible »</p>
	<p>La réinsertion vers un logement durable a été progressive et son rétablissement a été long. L'adaptation à son nouveau logement a été facilitée par un accompagnement. Il a rétabli un rythme de vie selon les visites des équipes médico-sociales. L'adoption d'un animal a été une aide à son rétablissement et permis de le responsabiliser. Depuis la formulation de buts et son nouveau logement, TP6 a cessé de consommer des toxiques et a regagné des fonctions cognitives plus efficaces.</p>	<p>« C'était très en escalier » ; « on m'a accompagné pour reprendre les choses en main » ; « Je leur ai parlé de mon rêve, j'ai dit ce que je voulais. J'avais le rêve d'aller habiter à la campagne, parce que j'ai réalisé, j'ai lu, j'apprends des choses sur le caractère pathogène de la ville, de la vie dans la cité, et je me suis dit, il faut que tu ailles vivre à la campagne. Donc Je leur ai dit que je voulais habiter à la campagne, ils m'ont dit : « Ok, et où à la campagne ? En transport en commun ? ». Je leur ai dit « Non, je veux habiter loin de tout transport en commun ». Ils m'ont dit « ok d'accord, pour ça, tu as besoin de te déplacer ». Ah oui, c'est vrai, donc si tu n'as pas de transport en commun, il faut que tu aies une voiture. Ensuite, pour la voiture, ah oui, j'ai pas le permis. Donc il fallait que je passe mon permis. Et pour passer le permis, il faut pas boire, il faut pas consommer du cannabis. Donc j'ai arrêté de fumer du cannabis, j'ai continué à boire. Mais après, quand j'ai réussi mon permis, j'ai arrêté de boire, dans un premier temps. Après, j'ai acheté une voiture, j'ai réussi à aller habiter à la campagne. Et j'ai continué à arrêter de fumer. Et en fait, voilà, le moteur de mon rétablissement, ce qui a fait que j'ai pu petit à petit arriver au logement, c'est que j'ai parvenu à arriver à un stade psychique, un état psychique, je parle pas d'un état que ce soit la psychose, la topomanie ou la dépression, je parle d'un état, d'un niveau de confiance et d'un niveau d'épanouissement psychique</p>

		<p>qui me permettent de rêver. Et à partir de là, j'ai pu accéder à mon logement » ; « ce chat, qui a été un objectif, un symbole de rétablissement pour moi, et aussi un moteur de rétablissement, parce que ce chat est un aidant pour moi » ; « il m'a vraiment aidé à mieux habiter mon logement, et à apprendre à partager l'espace, après avoir vécu une période seul, seul, seul, avoir un animal de compagnie, l'avoir sous ma responsabilité » ; « tous ces toxiques je les ai rayés de mon quotidien parce que c'étaient pas des choses qui me rendaient service » ; « j'ai regagné des capacités cérébrales que j'avais complètement perdues »</p>
L'ergothérapie	<p>TP6 connaît l'ergothérapie. Il n'en a pas une vision claire, mais il évoque la notion d'adaptation de l'environnement et donne un exemple pour illustrer sa pensée.</p>	<p>« je ne suis pas sûr de moi, mais je vais essayer de vous donner mon idée » ; « qui consiste à adapter l'environnement à la personne » ; « une personne qui a des tremblements ou qui a des difficultés à mettre son dentifrice sur sa brosse à dents pour se brosser les dents. Eh bien, vous allez inviter la personne a, en fait, tu as pas forcément à mettre directement le dentifrice sur ta brosse à dents, mais tu as qu'à mettre du dentifrice dans ta bouche et tu te brosses les dents comme ça »</p>

Annexe XVII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP7

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	TP7 n'a pas fait ce choix de vie. Elle n'éprouvait pas de satisfaction .	« je n'avais pas bien le choix » ; « c'est vraiment routinier » ; « ça a été une grosse claque dans la gueule, on va dire. Parce que c'est compliqué de devoir se poser dans la rue et de demander des sous au gens, en fait. Moi au début, ça était très, très compliqué »
	TP7 a développé des capacités d'adaptation, de « débrouille » et une connaissance du territoire.	« on se débrouillait » ; « on se démerdait » « Tu connais un peu les endroits dans chaque ville » ; « Aux alentours des gares, tu sais qu'il y a toujours de la zone »
	Elle décrit un certain vide dans ses journées qu'elle remplissait par la marche . Elle ne pouvait pas aller voir des concerts (loisirs) car elle avait un chien qu'elle ne pouvait pas faire garder.	« tous les petits concerts [...], toujours avec le chien [...], c'était très compliqué » ; « on allait visiter plein d'endroits qu'on ne connaissait pas parce qu'on avait pas grand-chose à faire »
	Concernant ses habitudes , ses journées étaient rythmées en fonction de la manche qu'elle faisait très souvent, les soins personnels (douche, alimentation, laver et changer de vêtements), passer du temps avec d'autres personnes sans domicile . Elle évoque plusieurs fois l'hygiène comme une difficulté du quotidien. L'errance l'amenait à garder peu d'affaires en sa possession. TP7 n'avait pas de travail . Pour donner du sens à l'argent qu'elle récupérait à la manche, elle a commencé à fabriquer des petits objets avec du matériel qu'elle récupérait. Elle aimait également faire du jonglage. Ses loisirs lui permettaient de s'occuper l'esprit et de faire passer le temps.	« beaucoup la manche » ; « comme j'avais pas de revenu » ; « c'est beaucoup la manche pour les croquettes pour mon chien, pour ma bouffe » ; « on sait jamais si ça va bien marcher ou pas, donc des fois, on y reste une bonne partie de la journée » ; « le matin, c'était aller boire un café dans un accueil de jour, pour pouvoir prendre une douche. En fin de journée, se retrouver avec les copains » ; « on se débrouillait, à part quand on était sous les ponts, mais quand on était en toile de tente, on se démerdait toujours pour faire un feu, pour se faire à manger et éviter de manger que les sandwiches triangles qu'on peut nous passer à la manche » ; « l'hygiène, quand tu es à la rue et que tu as ta maison sur ton dos, souvent, on a des sacs à dos qui pèsent trois tonnes, et puis, au niveau vestimentaire, après je ne suis pas trop non plus sur les fringues, mais c'est compliqué, je vois les sous-vêtements, les chaussettes, c'était surtout du jetable, on en récupérait dans des associations et vu que c'est compliqué de pouvoir faire des machines très souvent » ; « il y a plein de trucs que tu mets à la poubelle » ; « en Lavomatic, ça coûte un peu cher » ; « au niveau de l'hygiène, je trouve que c'est compliqué. Surtout l'été, parce qu'il y a plein d'associations qui ferment [...] on se retrouve un petit peu bloqué » ; « même quand on veut prendre une douche, des fois, c'est compliqué » ; « J'aime le jonglage, donc je faisais des bolas, il m'arrivait aussi souvent, quand je faisais la manche, de faire des cendriers en cannettes, des bracelets en capsules » ; « pour un peu se démarquer, quand tu fais la manche, histoire que les gens voient que tu fais quelque chose et que tu restes pas juste assis à demander une pièce » ; « ça t'occupe l'esprit » ; « ça fait passer le temps un peu plus vite »
	Elle explique que la société a une vision péjorative des personnes sans domicile. La société valorise la possession d'un logement et d'un travail. Il y a beaucoup de préjugés concernant cette population.	« il y en a beaucoup qui m'ont dit que c'est quand même bien, vous avez pas de compte à rendre, c'est la liberté. Et tu as les gens qui pensent que c'est un plaisir et que tu es un fainéant, que de toute façon, tu cherches pas de boulot, que c'est plus facile de taxer les gens qui travaillent » ; « j'ai une de mes voisines avec qui c'est très problématique, et même si je suis insérée, j'ai des piercings, je m'habille en sarouel, du coup, pour elle, je suis une droguée qui fout rien » ; « Parce que pour les gens, ça fait tout, si tu n'as pas un boulot et un appartement, t'as foiré ta vie, en gros »
Lorsqu'elle vivait à la rue, TP7 avait un but . Mais elle n'a pas pu réaliser celui-ci. Par la suite, elle a voulu trouver un travail pour se faire plaisir.	« j'avais envie de passer mon permis et de pouvoir me chopper un camion pour pouvoir vivre dedans et de pouvoir bouger de festival en festival » ; « j'aurais pu vendre des fringues » ; « j'ai vite déchanté » ; « Après, quand je me suis retrouvée dans ce petit logement, cette petite chambre étudiante, je voulais absolument trouver du boulot, parce qu'avec un RSA, une fois que tu as payé un peu tes traites et tout, eh bien, tu ne peux pas te faire plaisir »	
L'environnement	Elle fréquentait peu d'institutions car celles-ci refusent les	« c'était très compliqué, vu qu'à part les accueils de jour ou les CAARUD, où ils sont acceptés, eh bien,

	<p>animaux. Elle décrit un environnement insécurisant, notamment pour les femmes. Cette insécurité variait selon le lieu où elle dormait. Le squat et la tente étaient plus sécurisants que la rue. Pour se protéger, elle ne restait jamais seule et a développé un fort caractère. Elle passait du temps dans la rue pour faire la manche car c'est un lieu de passage.</p> <p>Elle passait la majorité de son temps avec d'autres personnes sans domicile, qu'elle qualifie comme étant sa « famille de cœur ». Elle pouvait compter les amis et les associations. Elle gardait contact avec sa famille, mais ne voulait pas les mettre au courant de ses conditions de vie.</p>	<p>les autres activités que tu peux faire, eh bien, tu peux pas parce que tu as le chien » ; « Selon où tu dors, il y a beaucoup de choses qui changent » ; « En squat, tu peux être au moins tranquille, avoir un peu ton intimité, et en tente aussi » ; « quand tu dors dehors sur le trottoir [...] Faut que tu sois tout le temps en alerte, surtout quand tu es une nénette parce que tu es beaucoup plus vulnérable » ; « il y a toujours des gens un peu pilo, qui viennent, qui te fond chier, tu te fais voler tes affaires » ; « quand tu es en squat, tu peux laisser tes affaires, c'est un minimum sécurisé, alors que quand tu dors dehors, dehors, tu as toujours ton sac de trois tonnes sur le dos, tu peux pas faire ce que tu veux » ; « En ville, où il y a du monde où tu peux gratter » ; « Plus avec des gens, moi je m'entourais quand même parce que, comme je disais, quand tu es une nénette à la rue, c'est un peu compliqué. Tu te fais souvent emmerder » ; « c'est la famille de cœur » ; « qui remplacent un peu ta famille biologique » ; « je ne voulais pas qu'ils sachent que, des fois, c'était un peu la galère » ; « on compte sur les amis qui nous entourent » ; « sur certaines associations aussi » ; « quand tu es une meuf et que tu es à la rue, si tu l'ouvres pas, tu te fais marcher dessus, voire plus »</p>
Faire face au changement	<p>L'adaptation à la rue a été difficile. Elle a été confrontée à un changement brutal de moyens. Il lui était difficile de faire la manche et de demander de l'aide aux gens. Pour s'adapter, elle se dirigeait vers d'autres personnes sans domicile. Elle explique que s'adapter est un « coup à prendre ». L'adaptation à ce mode de vie devient de plus en plus facile avec le temps.</p>	<p>« On s'est vite fait des amis » ; « Donc on est passé du terrain de camping où il y avait les commodités à un terrain d'accueil où il y avait rien » ; « le début était très, très compliqué » ; « on appelait ça la technique de l'escargot » ; « on se rapprochait des groupes de gens à la rue » ; « c'est eux les plus à même de te donner les bons plans, les plans récup de poubelles, où les associations se trouvent, les bons coins de manche » ; « c'est un coup que tu prends » ; « plus le temps passe, moins c'est compliqué »</p>
	<p>TP7 était confrontée à des imprévus, souvent liés à son lieu d'hébergement ou à des problèmes de santé.</p>	<p>« je me suis fait murer dans un squat » ; « on rentrait de la manche, les propriétaires du bâtiment avaient foutu nos affaires à la poubelle, en éventrant nos sacs et ils avaient fermés le squat » ; « quand ton chien est malade » ; « tu te blesses »</p>
	<p>L'adaptation au logement a été difficile. Au départ, TP7 retournait fréquemment dormir à la rue, elle se sentait seule et enfermée dans son appartement, elle avait l'habitude de vivre à l'extérieur. Ce logement lui a permis de retrouver un confort et de mettre ses affaires en sécurité. Aujourd'hui, TP7 dit se faire plaisir et avoir un travail qui lui plaît où elle aide ses pairs. Elle peut réaliser certaines activités du quotidien qu'elle ne pouvait pas faire avant. Mais elle a des problèmes de voisinage.</p>	<p>« C'était très, très, très compliqué » ; « Au début, c'était dur, je ne dormais pas chez moi, je retournais dormir dehors avec les copains » ; « je laissais mes affaires, je savais que mes affaires étaient en sécurité, mais moi je retournais dormir dehors parce que je me sentais pas bien dans ces quatre murs » ; « j'avais vraiment pas l'habitude de tout ça et d'avoir un RSA et d'avoir des grosses dépenses liées à ce logement » ; « j'ai retrouvé le plaisir de pouvoir prendre une douche tous les jours sans te soucier de si tu vas avoir de l'eau froide quand tu vas arriver, ou est-ce que tu vas pouvoir prendre ta douche s'il y a trop de monde dans les associations » ; « pouvoir me refaire à manger » ; « je me fais plaisir » ; « j'avais pas de reprise, parce que je retournais toujours dehors » ; « le silence est très perturbant » ; « J'ai une de mes voisines avec qui c'est très problématique » ; « je suis même très contente de pouvoir aider mes pairs »</p>
L'ergothérapie	<p>TP7 ne connaît pas l'ergothérapie. Elle n'a aucune idée de ce que cela peut être.</p>	<p>« j'en avais entendu parler, mais sans plus » ; « je ne pourrais pas vous dire »</p>

Annexe XVIII : Analyse longitudinale de l'entretien avec TP8

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	TP8 évoque le caractère unique de chaque individu qui a eu une expérience à la rue.	« chacun a son parcours »
	Elle était satisfaite de ce mode de vie car il n'y avait pas de contrainte.	« très bien » ; « il y avait pas de contrainte »
	Après être partie vivre en squat, TP8 a conservé une vie rythmée par son activité professionnelle , son activité de bénévolat et ses loisirs . Elle évoque des moments d'errance . Elle remplissait en priorité ses besoins physiologiques , comme se laver, avant de se consacrer à son activité professionnelle , à son activité de bénévole et à ses loisirs . Les loisirs et les besoins physiologiques étaient importants pour elle. Sa routine n'a pas changé entre la rue et le logement.	« je me levais pour aller travailler, parce que je travaillais qu'à mi-temps » ; « l'après-midi je m'occupais, je faisais du bénévolat dans une association » ; « le matin je me levais tranquillement, j'allais prendre ma douche » ; « S'il y avait les Lavomatics à faire, je faisais les Lavomatics » ; « je errais » ; « j'allais manger au resto social » ; « je faisais pas mal de bénévolat » ; « je servais les cafés, je renseignais les gens pour les papiers ou je les aidais à remplir les papiers » ; « je faisais du tricot, je faisais du crochet » ; « le tricot, le crochet, et le dessin » ; « ça me détend, ça me déstresse » ; « ce qui prenait beaucoup de place, c'est que moi le matin, dès que je me levais, je me préparais, il fallait que j'aie prendre ma douche, c'était la première chose qu'il fallait que je fasse. Une fois que j'avais fait ça, là, la journée pour moi elle pouvait commencer » ; « on n'avait pas de l'eau chaude donc il fallait descendre à la grave ou dans des ponts d'eau exprès, pour pouvoir aller se laver. C'était vraiment mon quotidien urgent, et puis après une fois que j'avais fait ça, ma journée elle commençait et en fonction de ce que je faisais, du bénévolat ou pas bénévolat, enfin voilà, je faisais quoi. »
	Elle avait des rôles de mère, de travailleuse et de bénévole. Mais concernant son statut dans la société , elle décrit les préjugés des gens comme problématiques.	« je me levais pour aller travailler, parce que je travaillais qu'à mi-temps » ; « l'après-midi je m'occupais, je faisais du bénévolat dans une association » ; « quand les gens me voyaient, surtout qu'avant j'avais la crête, quand j'amenais ma fille la première fois à l'école, on m'a regardé comme si... » ; « j'avais une crête, et c'est pas pour ça que j'étais une méchante, que je m'occupais pas de mes enfants, que je pouvais être sociable, ma fille manquait de rien, l'éducation se faisait, c'est surtout les gens »
	Les projets de TP8 ont évolué lorsqu'elle a eu besoin de changement et qu'elle a choisi un mode de vie différent pour sa filles . Elle a toujours eu de la motivation et un but .	« parce qu'il faut se réinsérer je veux dire, on ne peut pas rester tout le temps dans un squat » ; « j'avais quand même une motivation de travail. Donc mon but, c'était aussi travailler, c'est-à-dire m'insérer dans la vie de tous les jours » ; « la motivation » ; « des gens du coup qui m'ont donné un coup de main » ; « j'ai toujours positif, je ne baisse pas les bras. Je suis un peu de nature un peu forte »
L'environnement	Elle divisait son temps entre le squat , son lieu de travail , la rue , au travail et les associations qu'elle fréquentait en tant que bénévole et en tant qu'usager. Le squat aidait à sa participation occupationnelle. Elle pouvait compter sur les associations qui lui permettaient de se sentir soutenue et de manger. Elle passait beaucoup de temps avec d'autres personnes sans domicile . Elle explique avoir eu peu de possession avec elle.	« on avait trouvé une maison » ; « on était plusieurs » ; « Dans la rue, dans des coins de rue [...], dans des parcs » ; « avec d'autres personnes » ; « j'avais noué des liens d'amitié avec [...] des salariés d'association » ; « avec des amis de la rue » ; « ça a aidé parce qu'au moins, si on a envie de faire autre chose, eh bien, je faisais autre chose » ; « Je ne pouvais pas trop stocker, faire des réserves parce que c'est vrai qu'il faut partir, eh bien, voilà vous n'avez aucun endroit, vous avez juste un sac à dos »
Faire face au changement	L' adaptation à la rue a été difficile dans un premier, mais TP8 s'est débrouillée et adaptée par la suite.	« très bien » ; « ce n'est pas évident du jour au lendemain, mais bon, moi, c'était un choix de vie, donc voilà, je me suis débrouillée »
	L' adaptation à son nouveau logement a été compliquée car elle se sentait seule . Elle retournait	« Ça a pas été facile » ; « se retrouver tout seul » ; « souvent, j'allais dormir au squat parce que je restais pas souvent dans mon appartement. Je dormais et puis parfois, j'allais dormir là-bas au squat, et puis je revenais

	<p>dormir au squat régulièrement. Elle a réussi à s'adapter avec le temps et un accompagnement. Son adaptation a été motivée par sa fille. Son logement lui permet d'avoir à disposition plus de matériel pour réaliser ses loisirs. Ses habitudes n'ont pas changé.</p>	<p>dormir à l'appartement. J'ai fait la transition un peu entre les deux » ; « quand vous êtes en squat ou avec plusieurs, vous savez que même si vous êtes seule dans votre chambre, si vous avez envie de parler, il y a quelqu'un à côté. Quand vous êtes toute seule dans votre appartement, vous ne pouvez pas vous permettre d'aller discuter avec les voisins parce que les voisins, ils ont peut-être pas envie de discuter avec vous » ; « C'est pas une vie de vivre à la rue avec un enfant » ; « Je voulais quand même qu'elle ait une vie stable un petit peu, et puis, pour aller à l'école »</p>
L'ergothérapie	<p>TP8 a déjà entendu parler de l'ergothérapie à titre personnel. Elle décrit l'ergothérapie comme une profession qui offre la possibilité de réaliser des activités artisanales afin de se sentir mieux.</p>	<p>« c'est vraiment quand les gens sont pas bien, qu'ils trouvent des ateliers, où ils peuvent faire de la terre, du dessin, des trucs comme ça »</p>

Annexe XIX : Analyse longitudinale de l'entretien avec E1

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	Dans sa pratique, E1 accompagne des personnes sans domicile en centre d'hébergement. Plusieurs fois lors de l'entretien, E1 évoque la singularité des besoins et des occupations des personnes sans domicile selon le sous-groupe auquel elles appartiennent et leur histoire.	« ça dépend » ; « ils n'avaient pas tous les mêmes besoins » ; « c'est très individuel »
	Ces conditions de vie entraînent une démotivation , une perte de l'estime de soi face au regard des autres et un sentiment d'injustice . Ce dernier peut être moteur de motivation.	« le sentiment d'exclusion et d'être rien, ce cercle vicieux des gens qui te regardent mal, et que toi tu te considères mal » ; « Je pense qu'ils se sentent en situation d'injustice et je pense qu'ils ont raison. Ce sentiment d'injustice, ça va être aussi un moteur. Ça peut être une motivation pour se mettre en marche, pour être engagé dans quelque chose »
	E1 identifie plusieurs capacités chez les individus sans domicile. Elle explique qu'ils développent des savoirs expérientiels. Ils présentent une bonne connaissance du territoire et une bonne orientation spatiale. Ils acquièrent une force mentale étroitement liée au phénomène de résilience et éprouvent souvent le désir d'aider leurs pairs qui font face aux mêmes conditions de vie.	« une force mentale » ; « Ils ont été tellement heurtés par la rue, par la difficulté de la vie, qu'après, ils développent, je pense qu'en terme plus scientifique, on pourrait dire, une capacité de résilience » ; « ils ont tout le savoir expérientiel que développent les personnes qui sont à la rue » ; « ils développent des codes de la rue. Ils connaissent les lieux ressources. Et c'est pour ça que c'est intéressant la santé communautaire parce que, du coup, ils peuvent partager les lieux où il y a des solutions proposées ² , où il y a des choses qui répondent à leurs besoins » ; « ils connaissent des choses, ils connaissent des endroits, ils connaissent les accueils de jour, ils connaissent les endroits où ils peuvent manger » ; « Plein de lieux qui peuvent être ressources » ; « l'altruisme [...] le fait d'avoir était en galère eux-mêmes, ça les poussent à vouloir aider les autres. » ; « Il y a plein de gens qui sont bien engagés dans des associations qui aident les sans-domicile, alors qu'eux-mêmes sont sans domicile. Ils vont faire la distribution des repas, ils vont faire des maraudes »
	Les aptitudes physiques et mentales des personnes sans domicile peuvent être altérées.	« il y a quand même des soucis de santé physique et psychique » ; « elles ont beaucoup de soucis de santé mentale »
	Elles perdent leurs rôles et les responsabilités qui sont associées.	« la perte de sens [...] ce qu'ils avaient tous en commun, c'était la perte de rôles, et du coup des responsabilités qui sont liées aux rôles » ; « soit perdre leur rôle de parents, soit perdre leur rôle d'amis, soit perdre leur rôle de professionnel »
	Les personnes sans domicile ne réalisent pas beaucoup d'occupations satisfaisantes et signifiantes . Les occupations qu'elles réalisent sont souvent faites par nécessité. Même ces dernières sont parfois difficilement remplies, notamment au niveau de l'hygiène corporelle. Mais certains parviennent à conserver une apparence et une hygiène ne laissant pas supposer qu'ils sont sans logement. Elles rencontrent des difficultés à conserver une routine de vie équilibrée et remplie d'occupations . Ce vide occupationnel est source d'ennui , de déprime et de désorientation temporelle . Pour faire face à cela, elles se réfugient souvent dans la consommation des substances et dans la marche . Malgré tout, certaines personnes	« Même dormir, en fait, il n'y a pas beaucoup d'occupations satisfaisantes » ; « Ça peut être plus difficile de dormir. Après, c'est difficile de dormir parce qu'il y a des gens qui vont te péter un câble, tu vois la nuit, et du coup, ça réveille tout le monde, tu as les enfants qui sont dans le couloir, en mode « qu'est-ce qui se passe » ; « il y a des personnes, mais ça, ça dépend vraiment de leur santé mentale, qui ne vont plus aller se laver » ; « Le reste du temps, tu ne sais pas que c'est des personnes, il n'y a pas d'odeur qui te dit que cette personne est sans domicile » ; « qui gère sa vie, qui travaille, mais c'est un peu une exception » ; « d'avoir un profil d'occupation équilibré, un rythme de vie saint » ; « quand tu as rien d'autre à faire dans ta vie, quand tu as pas grand-chose à faire dans ta vie » ; « tu ne te lèves plus, ton cycle journalier, il est complètement déboussolé » ; « tu peux être un peu perdu dans le temps aussi, donc il y a pas mal de gens qui ratent leur rendez-vous, ou il y a des gens où leur vie est juste rythmée par les rendez-vous » ; « flotter dans le temps d'ennui profond et de perte de sens, une perte de sens complète, comme si le temps s'était arrêté » ; « La journée, je marche, je marche, je m'assoie, et après je remarque, je remarque » ; « elle n'avait plus aucun repère d'aujourd'hui. Ses activités, c'était fumer du cannabis, écouter la radio, et voilà » ; « faire les courses, c'était pas évident, mais il fallait bien faire les

	gardent un rythme, même si d'après E1, elles sont plus rares. La vie sexuelle et affective est également affectée.	courses pour manger quand même. Et elle ne se faisait pas à manger. L'appartement, elle ne faisait pas le ménage. Elle fumait, elle fumait, et quand elle n'en pouvait plus elle tombait de sommeil, et elle dormait. » ; « Elle zappait les rendez-vous » ; « La vie affective et sexuelle, ce n'est pas très développé, enfin, il n'y a pas une grande participation occupationnelle dans ce genre d'occupation »
	Avec le temps, lorsque les personnes sans domicile ne peuvent plus réaliser certaines occupations, elles perdent l'habitude de les faire et elles désapprennent à faire ces occupations.	« il y a des centres d'hébergement où il y a une cantine [...] tu ne te fais pas à manger, c'est une cantine » ; « Donc là, il y a perte [...] au niveau de tes routines » ; « C'est quelque chose que tu désapprends à faire » ; « prendre le métro, c'était pas facile. Aller faire les courses, c'est pas facile. » ; « Quand on te dicte, tous les chemins neuronaux, à chaque fois que tu apprends quelque chose, il y a un chemin neuronal qui se crée » ; « Si tu ne l'utilises pas, plus ça dure longtemps de pas l'utiliser, plus ça s'efface dans ton cerveau »
	Les personnes isolées ont plus de difficultés à conserver des routines et une motivation.	Chez les personnes isolées, « on peut trouver beaucoup plus de choses difficiles », notamment des difficultés à « garder des routines », « elles sont plus en dépression »
	Les migrants ont vécu des traumatismes, ils sont dans un ennui et une situation d'attente.	« quand tu ne fais rien, tu passes en boucle tes traumatismes, parce qu'il y en a beaucoup qui sont bloqués, même qui ne sont pas forcément des demandeurs d'asile, et qui attendent que leur situation se débloque. Du coup, ils sont assez dans cette attente »
	Contrairement aux personnes seules, les familles sans logement conservent les rôles liés à famille, un rythme de vie et une motivation entretenus grâce à leurs enfants.	« quand tu es avec tes enfants, ça te tient dans un rythme » ; « ça te tient dans un rythme qui fait que tu as moins de soucis dans tes occupations. Tu te motives, tu te bouges, tu fais ce que tu peux pour trouver du travail, tu fais à manger pour tes enfants » ; « il faut que je me bouge pour les enfants » ; « Ils ont une motivation très, très forte »
L'environnement	L'environnement institutionnel dont dépendent les personnes sans domicile infantilise, contraint le remplissage de leurs rôles et influence la réalisation des occupations à leur satisfaction . Par exemple, lorsque des espaces communs sont partagés entre les usagers des centres, ils ne sont pas toujours maintenus propres, ce qui retient certaines personnes de faire les occupations liées à ces lieux, comme la cuisine. E1 raconte que certains usagers ont la sensation d'être en prison . Cet environnement est également violent , ce qui crée un besoin de sécurité.	« ils ne pouvaient y aller que la nuit, avec des horaires strictes » ; « les horaires d'entrée et sortie » ; « Ça, ça crée de la violence, ça crée de la perte de rôles » ; « ça crée une situation de conflit, ça fait de l'infantilisation » ; « il y a des personnes qui savent se faire à manger, d'autres pas, parce que c'est tellement sale, qu'elles ont pas envie d'aller dans la cuisine, c'est dégoûtant. Mais ça dépend, ça dépend du rapport que tu as avec l'hygiène ou pas, et il y a des gens qui veulent pas aller faire à manger parce qu'il y a que quatre plaques, alors qu'ils sont quarante. Il n'y a pas de place, il y a pas l'électroménager, il y a pas le matériel nécessaire. » ; « Quand elle me parlait [...] de son appartement [...] elle utilisait le mot cellule » ; « la notion d'emprisonnement » ; « Il faut savoir que les centres d'hébergement, c'est violent. A partir du moment où on met plein de personnes qui sont dans des situations galères, eh bien, forcément à un moment, ça va devenir violent » ; « elles avaient ce besoin de sécurité » ; « tous les soucis de vie collective »
	Les migrants perdent contact avec leur famille restée dans leur pays d'origine.	« c'est des personnes qui n'ont plus de contact avec leur famille »
L'accompagnement en ergothérapie	Pour que les interventions soient adaptées aux capacités des usagers, E1 évoque la nécessité de commencer par des objectifs et des moyens simples.	« j'étais partie beaucoup trop loin »
	Face à la perte de rôle évoquée précédemment, E1 explique qu'une de ses missions est de redonner des rôles aux personnes sans domicile. Elle illustre cette mission par deux exemples (sortie à cheval avec des enfants et orientation vers du bénévolat).	« on a fait une sortie » ; « il y a des enfants aussi, du coup, ils avaient envie de monter un projet où les enfants participaient. Donc ça leur redonnait un rôle : « Ok, j'ai une utilité, à la fois je vais faire de l'équitation, mais en plus, je vais permettre à des enfants en situation difficile d'aller monter à cheval » ; « on les a fait peindre des banderoles pour aller récupérer de l'argent » ; « Ils ont aussi participé à la vente de gâteaux » ; « c'est hyper intéressant notamment pour retrouver un rôle » ; « un ergothérapeute pourrait orienter les personnes » ; « des actions de bénévolat » ; « c'est hyper valorisant, pour l'estime

		de soi »
	Pour répondre au besoin de sécurité, son rôle est de donner des conseils de vie sociaux avec les travailleurs sociaux et les usagers eux-mêmes pour se servir des savoirs de la communauté.	« en ergothérapie, il y a des conseils de vie sociaux qui se font souvent, on pourrait se saisir de ces moments-là pour retravailler d'une manière, un peu en intelligence collective, qu'on pose le cadre ensemble. Et qu'on réfléchisse ensemble à des solutions. Alors là, c'est ce que j'essaie un peu de faire à [résidence à vocation sociale], c'est par les éducateurs »
	Pour enlever les soucis de vie collective, d'hygiène et de sécurité, éprouvé par les usagers, elle a travaillé avec ses collègues sur les règles de vie de l'institution afin d'abolir les horaires imposés.	« un ergothérapeute qui arrive dans une structure, dans un centre d'hébergement, c'est de travailler les règles de vie avec les personnes concernées » ; « les horaires d'entrée et de sortie, il faut arrêter ça [...]. Donc, nous, on a fait ça à [résidence à vocation sociale] et ça fonctionne. Et en fait, les personnes, elles rentrent chez elles sans faire de bruit et il y a aucun souci. »
	L'ergothérapeute a également pour rôle de remettre des occupations qui ont du sens et répondre à l'ennui , notamment des activités de loisirs .	« on s'oriente toujours vers des activités dans le modèle de Doris Pierce, plaisir, productivité, ressourcement, on est toujours dans des activités de type plaisir, ressourcement » ; « la majorité, c'était plaisir, ressourcement. Donc je pense qu'il y a un besoin ce niveau-là. » ; « je pense que s'occuper de l'ennui des personnes, ça veut dire leur redonner du sens » ; « redonner du sens à la vie des personnes » ; « remettre des occupations qui ont vraiment du sens pour les personnes »
	Elle aborde également la question des droits des individus.	« on l'a fait passer comme un droit » ; « Le droit d'avoir à manger »
	Les difficultés occupationnelles des personnes sans domicile ne doivent pas être approchées par la santé physique et mentale . Elle s'appuie sur les forces et les capacités des usagers et elle utilise aussi une approche communautaire associée à une approche individuelle . Cela lui permet de reconsidérer les personnes et de recréer une motivation . Ces approches lui permettent également d'adapter ses interventions aux capacités des personnes.	« les problèmes de santé physique, ce n'est pas secondaires, mais je pense que l'ergo a beaucoup de travail avec les populations avant de s'attaquer au problème de dos » ; « Mais je ne pense pas que c'est l'angle avec lequel il faut les aborder, à première vue » ; « Alors qu'en ergothérapie, leur problème premier, ce n'est pas la dépression, c'est leur situation de vie. Et s'ils règlent leur situation de vie, leur problème va se régler. » ; « Mais il faut la prendre en compte » ; « on est super fort pour remarquer ce qui ne va pas. Mais ce qui fonctionne le mieux pour avancer avec les personnes qui, à la fois souffrent de troubles psychiques et à la fois ceux qui sont en situation de précarité, ce qui fonctionne le mieux, c'est de s'appuyer sur les ressources, les forces de ces personnes. » ; « moi, je fais l'approche par l'effort, en gros, c'est une méthode et des outils pour pratiquer, pour accompagner les personnes dans leur rétablissement, de se focaliser sur les forces, sur les compétences des personnes et pas sur leurs problèmes. » ; « rien que de reconsidérer les personnes [...] ça remobilise l'espoir » ; « Et heureusement que j'ai fait une approche de santé communautaire parce que, sinon, j'aurais visé trop loin. Et j'aurais pas mobilisé leurs compétences, leurs savoirs, parce que c'est encore trop loin. »
	Elle participe à la remise en place des routines et travaille avec les personnes pour réapprendre ce qui a été oublié par les personnes sans domicile.	« en ergothérapie [...] en faisant les ateliers de groupe, j'y participe un peu parce que les personnes, elles se levaient, elles se préparaient pour venir » ; « ils participent en créant une motivation qui fait que ça va les sortir de ce vide occupationnel, et après au niveau individuel, je pense que c'est sur ça, qu'il faut axer le travail » ; « il faut axer le travail sur la routine, et pour retrouver une routine, il faut, pour trouver une routine, il faut retrouver un sens à ta vie. » ; « en s'accrochant à ce sens et en s'accrochant à tes forces, à tes compétences »
Les perspectives pour l'ergothérapie	El propose une démarche d'intervention pour les ergothérapeutes.	« évaluation de l'impact de l'environnement sur la participation des personnes » ; « travail de l'environnement, avec les personnes » ; « je pense que les ergos, ils pourraient être vraiment utiles à ça, recréer un environnement. Je pense qu'avant d'aller faire de l'individuel avec les personnes, la première des choses à faire, c'est travailler l'environnement, donc réfléchir à comment on fait en sorte que l'environnement facilite la participation occupationnelle des personnes » ; « des pratiques individuelles et de groupe, genre, communautaires »

<p>D'après E1, l'ergothérapeute a un rôle de plaidoyer pour favoriser la participation. L'ergothérapeute a vraiment un rôle pour remettre du sens dans le quotidien des personnes sans domicile, redévelopper les routines, évaluer l'environnement, travailler l'environnement, chercher des ressources dans la communauté afin de les accompagner vers une réinsertion dans la société.</p>	<p>« il a un travail de plaidoyer à faire pour favoriser la participation des personnes. » ; « ce qui est essentiel c'est de remettre du sens, retravailler les routines et surtout travailler l'environnement [...] aller chercher des ressources dans la communauté [...] parce que l'idée c'est qu'une fois que tu es plus accompagné, t'es autonome [...] sortir vraiment du système social et sanitaire, pour aller vers le système civil ».</p>
<p>L'ergothérapeute a des spécificités. Il dispose d'outils, base sa pratique sur les sciences de l'occupation et travaille la routine. E1 donne des exemples d'outils qu'elle utilise dans sa pratique et que l'ergothérapeute pourrait utiliser auprès des personnes sans domicile.</p>	<p>« un des moyens de se faire une place dans les centres d'hébergement, je ne sais pas si c'est une bonne idée, c'est de dire : « Vous accueillez des personnes qui sont en situation de handicap, vous avez besoin d'un ergothérapeute » » ; « quand j'allais voir les personnes, les travailleurs sociaux, les directeurs ou les directrices de structure et que je leur disais ce qu'un ergothérapeute pouvait leur apporter, ça leur paraissait évident » ; « ce regard que n'ont pas forcément les travailleurs sociaux » ; « ils n'ont pas de modèles, ils n'ont pas la science de l'occupation » ; « ils ne travaillent pas la routine » ; « en ergothérapie, on a plein d'outils pour ça » ; « le PPR » ; « le MOHOST » ; « la MCRO »</p>
<p>Pour favoriser le développement de l'ergothérapie dans ce domaine, E1 pose la question du financement pour développer l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile. Elle évoque également l'intégration de cette pratique dans les programmes de formation. Elle parle également de la nécessité de mettre plus en avant la promotion de la santé. Elle pense que ce développement se fera car d'après elle, la santé mentale commence à évoluer vers la santé communautaire.</p>	<p>« qu'il faut faire beaucoup de lobbying auprès des financeurs » ; « Il faut aussi que les écoles, elles forment les étudiants » ; « si tu as compris les sciences de l'occupation, tu peux comprendre en quoi l'ergothérapie est utile aux personnes en situation de précarité » ; « Que la promotion de la santé soit de plus en plus mise en valeur » ; « je pense que la psychiatrie, elle va changer, parce qu'il y a beaucoup de précarité dans la psychiatrie. Du coup, je pense que la psychiatrie va s'adapter et va de plus en plus vers de la santé communautaire »</p>
<p>E1 évoque plusieurs limites au développement de l'ergothérapie. En France, les étudiants en ergothérapie ne sont pas formés au rétablissement. Les ergothérapeutes lisent peu les écrits rédigés en langue étrangère. La culture française n'est pas une culture tournée vers la communauté.</p>	<p>« en Suisse [...] Ils m'ont dit le rétablissement, c'est ce qui fonde notre pratique. » ; « les ergothérapeutes devraient tous pratiquer les méthodes de rétablissement » ; « je suis très forte pour détecter tout ce qui ne va pas » ; « quand on écrit nos rapports, on aurait tendance à écrire que des choses mauvaises » ; « Alors qu'on aurait peut-être beaucoup de choses à gagner en parlant de ce qui va bien, qui fonctionne, tu vois, le sentiment d'injustice, ou le besoin de justice qui va mobiliser aussi des choses dont on ne va pas parler. Donc que je pense qu'il faut pratiquer l'approche par les forces » ; « culturellement, on n'est pas habitué à la communauté » ; « il y a moins une culture de la communauté » ; « je pense que les ergothérapeutes ont beaucoup de mal à lire en anglais »</p>

Annexe XX : Analyse longitudinale de l'entretien avec E2

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	E2 travaille en centre d'hébergement auprès des migrants et possède une petite expérience auprès des personnes de la rue. Il souligne le caractère individuel des personnes sans domicile.	« Les besoins sont de nature très différente »
	Les personnes sans domicile développent plusieurs capacités . Ils ont des stratégies de survie, une bonne connaissance du territoire et de la créativité.	« Certains vont réussir à mettre en place des stratégies de survie qui ne sont pas du tout induites par moi-même. Donc certains développent des stratégies pour aller chercher des cours, certains trouvent du travail au noir » ; « tout dépend de la créativité de chacun » ; « leur connaissance du territoire » ; « il y a le marché [...] parce qu'on y fait les courses » ; « c'est quelque chose qui est partagé mondialement » ; « Certains ont dit le supermarché [...] c'est une autre représentation de la consommation » ; « Ce sont deux espaces du commerce différents, c'est deux manières de faire, c'est s'approvisionner en ressources différemment » ; « [nom de gare] parce qu'à [nom de gare], il y a des communautés africaines, il y a beaucoup de passages » ; « D'autres ont dit que c'était la [station de métro où se regroupent des migrants] » ; « il y a des formes du connu qui donnent des territoires » ; « Parfois, ils connaissent mieux les rues que les gens des quartiers »
	Leur vie est en suspens , elles sont dans une situation d'attente . Ses habitudes et routines sont dérégulées. Elles éprouvent donc le besoin de retrouver un rythme de vie. Elles présentent des troubles du sommeil . Elles sont désorientées temporellement . Elles ne peuvent pas faire les achats qu'elles souhaitent et ainsi remplir leurs besoins de consommation à cause du manque de moyens. Il peut arriver qu'il y ait une rupture des soins .	« la question de l'existence n'est pas résolue, elle est en suspens » ; « il y a eu une dérégulation de ses activités » ; « l'un des premiers besoins qui se fait sentir, c'est retrouver un rythme » ; « c'est le trouble du sommeil et un envahissement parfois lié à la présence de cauchemars » ; « On a du mal à se repérer dans le temps, on a du mal à se repérer dans les jours, on ne sait plus si on est lundi, mardi ou mercredi » ; « il y a des besoins primaires comme ça, qui sont dormir, retrouver des repères, et puis au bout du compte, qu'est-ce que je vais comme activité parce que je n'ai pas de moyens. Un demandeur d'asile touche 23 euros par semaine. » ; « Parfois, il faut payer un petit loyer, il faut se nourrir, il faut parfois prendre les transports. Donc vous voyez, 23 euros, c'est peu. » ; « tous ces besoins de consommation ne sont pas forcément très réalisables. On a des populations qui n'ont pas accès à la formation telle que l'écriture ou la lecture. » ; « il y a énormément de champs [...] des activités quotidiennes qui sont problématiques » ; « Le soin peut aussi être un élément de survie » ; « J'ai eu des ordonnances bouffées par les rats avec juste des entêtes et pas de médicaments » ; « J'ai vu des ordonnances qui dataient de plus de dix mois. »
	Les personnes sans domicile sont confrontées à une déprise d'activité . E3 la définit comme une perte lente et progressive intérieure des activités quotidiennes et significatives. Cette perte n'est pas immédiatement liée à l'environnement). Elles sont sous-occupées.	« déprise d'activité » ; « la déprise d'activité est une perte très lente et progressive. Ce n'est pas forcément quelque chose qui est induit de l'extérieur, c'est quelque chose où le sujet, au fil du temps, de ses difficultés, de ses traumatismes, de son âge, fait qu'il restreint les activités quotidiennes et les activités qui peuvent avoir du sens pour lui. Et donc, la déprise d'activité est une diminution progressive, lente mais profonde des activités quotidiennes et des activités significatives de la vie, et c'est un abandon de la personne plutôt qu'une privation. » ; « misère d'activité [...] Ça ne veut pas dire rien. Ça veut dire une extrême pauvreté »
Les personnes sans domicile tentent de trouver une routine rythmée par des besoins physiologiques (se laver, manger, trouver un lieu pour dormir en sécurité), le côtoiement des personnes de leur communauté, le travail au noir, le contact avec ses proches .	« il y a des solutions de survie qui font que la personne, par des mécanismes, remet une espèce de rythmicité et de ritualisation dans sa vie quotidienne » ; « Ils se lavent, ils vont tenter de se réveiller, de trouver une régularité dans la journée, des activités qui vont avoir du sens. Donc certains vont se réveiller, vont se faire à manger, vont se aller voir le matin les collègues à la [station de métro où se regroupent des migrants] car ils parlent la même langue, ils se comprennent, ils ont fait le même trajet » ; « Il y en a qui vont travailler au noir » ; « ils gardent un contact téléphonique avec leur famille, ils regardent beaucoup des	

		vidéos dans leur langue parce qu'ils essaient de garder des contacts avec les espaces qui leur permettent de vivre leur culture » ; « les besoins sont des besoins en terme d'activité que je dirais de survie, de protection au bout du compte » ; « trouver son espace pour manger, donc soit j'ai pu ritualiser cette activité, soit il y a eu des changements et en fonction des moyens qui sont donnés aux associations, en fonction de mon état de santé, en fonction de ma capacité à survivre, il n'est pas sûr que j'ai toujours la même régularité dans mes repas et dans mes espaces » ; « dans ma stratégie de survie, trouver mon espace pour manger, pour me laver, sont des activités importantes. Pour dormir, pour dormir en sécurité dans la rue avec les compagnons, etc. »
	Souvent, les personnes sans domicile n'ont pas de buts . C'est cette nécessité de survivre qui les empêchent de se projeter dans l'avenir. Certaines personnes sans domicile voudront changer de mode de vie. Parfois, elles n'y arriveront pas immédiatement et seront confrontées à un échec .	« nous avons des gens dans des logiques de survie. La survie s'applique des fois, à survivre jusqu'à demain » ; « certains voudront peut-être quitter la rue. Certains le diront une fois, mais n'y arriveront pas. D'autres le diront deux fois, trois fois, mais n'y arriveront pas. Il faudra peut-être quatre tentatives. Puis, certains voudront construire quelque chose de nouveau et sortir de la rue »
L'environnement	E2 décrit les chambres dans certains centres comme insalubres et sans radio . Leur routine est également rythmée entre la rue et la fréquentation des institutions . Il explique que la société marginalise les personnes différentes , parmi elles les personnes sans domicile, car elles ne partagent pas les mêmes valeurs que la majorité de la population.	« dans des chambres que je n'ose même pas vous décrire, sans radio » ; « Il y a une société qui exclut ceux qui ne sont pas similaires, ceux qui n'ont pas les mêmes valeurs, ceux qui sont à la rue, les autres, les abandonnés, les naufragés. Alors des fois, on les regarde, et puis, cette misère, c'est compliqué, alors on la regarde, certains vont faire quelque chose, et d'autres vont commencer à ne plus regarder. » ; « l'exclusion est à la fois le mouvement d'une personne vis-à-vis d'un groupe et d'un groupe envers une personne » ; « la rue est un territoire de vie, c'est un territoire dans lequel les gens ont trouvé des activités de la rue quotidienne, ils ont trouvé des ressources » ; « certains vont mettre en place des fréquentations rythmées, ils vont rythmer des temps de protection dans des lieux institutionnels, puis vont reprendre la rue, puis vont se remettre dans des lieux, puis vont reprendre la rue. D'autres ne voudront pas aller dans des lieux de protection » ; « D'autres alterneront peut-être des besoins d'institution parfois un peu plus longs, ils passent l'hiver dans un CHU, puis ils retournent à la rue »
L'accompagnement en ergothérapie	Pour que les interventions soient adaptées aux capacités des usagers, E2 évoque la nécessité de commencer par des objectifs et des moyens simples. Son approche est axée sur le social et n'est pas directement centrée sur la santé . Il explique que son rôle premier est l'écoute et la compréhension des personnes qu'il accompagne. Il participe à l'évaluation des difficultés quotidiennes de la personne et à l'orientation vers des dispositifs de soins selon les difficultés identifiées. Avec les usagers, E2 travaille sur la connaissance et l'inscription du territoire dans le but de leur permettre	« rien ne sert de vouloir arriver avec une grande richesse, il faut commencer à nourrir tout simplement avec un bonjour, un premier contact, un contact qui se répète, ça devient déjà une activité. Et puis dans cette activité, on va partager quelque chose. Et puis, on va peut-être proposer d'aller voir ailleurs » « une dimension sociale du soin, mais pas une dimension immédiatement thérapeutique » « un premier travail, c'est l'écoute et la compréhension de l'autre » ; « il faut que je trouve le canal qui permet qu'aucune langue ne soit exclue » « Le travail n'est pas d'avoir une démarche immédiatement thérapeutique. Je fais un travail sur l'évaluation de la situation, l'orientation et l'accompagnement de la personne vers de potentiels accueils, vers des espaces thérapeutiques de secteur, de type le CMP » ; « j'essaie de voir les difficultés se présentent au quotidien. A partir de ça, l'évaluation est de savoir si j'ai un élément aigu [...] s'il faut que je prenne contact avec le centre d'accueil et de crise [...] une Equipe Mobile Psychiatrie Précarité [...] proposer une hospitalisation à la demande d'un tiers [...] les accompagner pour contacter le CMP » ; « Alors je lui ai dit que je pouvais lui donner des adresses, où il y a des permanences où il peut parler de ça » « Je leur avais proposé de faire un travail collectivement. Je leur avais mis à disposition une grande feuille et je leur avais dit qu'on allait travailler sur le dehors. Et je leur avais dit : « Peut-être que dehors, il y a des

	d' identifier des espaces ressources.	dehors connus et des dehors inconnus. Et j'aimerais connaître vos dehors connus et j'aimerais qu'on réfléchisse ensemble sur des dehors inconnus. Et dans ces dehors inconnus, je vous demande de penser à des espaces ressources ». » ; « je leur ai expliqué, qu'aujourd'hui, ils sont dans un centre d'hébergement, mais je ne sais pas où ils seront demain, et j'aimerais bien, que quel que soit le lieu où ils seront, qu'ils trouvent des centres ressources. Qu'ils soient en lieu d'hébergement ou qu'ils soient à la rue, j'aimerais qu'ils puissent trouver des lieux où ils puissent se poser et profiter d'avoir des ressources. » ; « je leur ai proposé d'aller dans une piscine. Ce sont des piscines qui se mettent en place au niveau des canaux de la [fleuve] » ; « on a fait une sortie pour découvrir cet espace parce qu'il était gratuit » ;
	Un des enjeux de son intervention est la participation.	« pour moi, l'enjeu est la participation »
	Pour ce faire, il utilise divers moyens , comme les sorties dans des espaces extérieurs au foyer d'hébergement et des activités culturelles qui ont du sens.	« il y a en a qui n'ont pas ce degré de besoin, mais qui ont des difficultés qui peuvent être gérées autrement, notamment au travers d'un travail sur l'inscription sur le secteur et sur le territoire [...] mettre en place un projet avec une association, on va rencontrer des musiciens » ; « Nous avons aussi développé un travail avec une association de [ville] qui s'appelle [association culturelle locale]. Nous avons réussi à leur partager des places pour un festival au mois d'octobre. C'était tout un travail et nous avons réussi à amener une dizaine de personnes deux fois dans des concerts » ; « nous avons fait un travail musical » ; « C'est ce que nous avons pu trouver comme espace ressource qui a donné du sens au travail que je peux fournir sur l'inscription sur le territoire, mais qui, dans le véhicule que représentait la musique, faire de la musique, écouter de la musique, danser, chanter, a pris du sens. »
	Il met en place un espace convivial et sécurisant.	« un espace convivial, poétique, une espace d'émotions »
Les perspectives pour l'ergothérapie	E2 explique que l'ergothérapeute doit offrir aux personnes précaires la possibilité de pouvoir à nouveau faire des choix.	« imaginer que le champ social puisse être un champ qui s'ouvre pour l'ergothérapie » ; « c'est de redonner la possibilité à ces personnes, même si ces choix nous paraissent incroyables, d'être les acteurs de leurs choix. C'est ce qu'on appelle la subjectivation du choix. C'est être l'acteur du choix. »
	E2 évoque la question du financement pour monter des projets ergothérapiques auprès des populations précaires. Il invite les ergothérapeutes à commencer à collecter eux-mêmes des fonds. Pour lui, la culture française est inscrite dans une dimension curative , une dimension de soin, ce qui freine le développement de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile.	« Le premier travail dans l'action sociale est de créer des collectes de fonds qui vous permettront de devenir autonome » ; « Dans la précarité, l'ergothérapeute est lui-même devenu un précaire et pour qu'il puisse exister, il doit trouver des solutions pour trouver des financements et pouvoir relayer ces actions » ; « Il faut interroger pourquoi culturellement cette inscription de l'ergothérapie dans la dimension curative »
	La société voit les besoins sociaux se multiplier. D'après E2, l'ergothérapie sociale se développera car celle-ci évolue avec les besoins de la société.	« le Covid a d'intéressant que derrière une crise sanitaire, il y a une crise économique. Et derrière les crises économiques, il y a des crises sociales [...] la question sanitaire et médicale produit des effets sur le social » ; « elle écrit son histoire en fonction des besoins de la société et des besoins de l'histoire »

Annexe XXI : Analyse longitudinale de l'entretien avec E3

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	E3 insiste plusieurs fois sur la diversité de la population sans domicile et sur les spécificités de chaque sous-catégorie de la population et du caractère unique de chaque individu.	« les familles, c'est tout à fait autre chose que les hommes isolés. Il y aussi beaucoup de particularités aux problématiques des femmes [...] il y a des problématiques un peu particulières pour les femmes, pour ceux qui ne parlent pas la langue. Et la question homme isolé... »
	Les personnes sans domicile développent plusieurs capacités telles qu'une forte capacité d'adaptation, leur autonomie, leurs habiletés sociales. Ils se créent une bonne connaissance du territoire, de la rue et des associations. Ils sont solidaires avec les autres et leurs pairs. Ils acquièrent les savoirs, les savoir-être et les savoir-faire pour être capables de vivre dans la rue.	« Ils ont une grande connaissance de leur quartier, ils ont une grande connaissance des associations, pour s'adapter » ; « ils ont énormément de connaissances pour pouvoir survivre, ils ont appris des choses » ; « ils ont des ressources de générosité » ; « ils sont capables de faire des choses comme les travailleurs pairs, des choses de cet ordre-là qui permet de voir que les gens sont tout à fait en capacité. Mais il faut leur donner des moyens » ; « c'est tout un savoir-faire que d'être dans la rue » ; « vivre dans la rue exige une énorme capacité d'adaptation, de compréhension de l'endroit où ils sont. C'est un vrai savoir-faire, c'est un vrai savoir-vivre. Ils sont extrêmement adaptés et autonomes et socialisés »
	Les personnes sans domicile éprouvent de la souffrance mentale .	« de la souffrance psychique par le social »
	Les personnes sans domicile perdent ce qu'ils ont été et ce qu'ils sont .	« on perd son histoire et on se perd soi-même »
	E3 explique qu'il existe plusieurs niveaux au sein de personnes sans domicile en fonction du temps qu'elles ont passé dans la rue. Selon le niveau auquel elle situe, les habitudes , leurs difficultés et leur projection dans l'avenir diffèrent. Au premier niveau, la personne ne se présente pas comme étant sans domicile. Elle continue à réaliser les occupations de soins personnels, à fréquenter les lieux qu'elle avait l'habitude de fréquenter et à garder ses habitudes antérieures. Au deuxième niveau, la vie affective et sexuelle commence à être affectée. La personne adopte les savoirs, les savoir-être et les savoir-vivre de la rue , par exemple en développant leur connaissance du territoire. E3 ne mentionne pas le troisième niveau. Au quatrième niveau, leurs occupations tournent autour de l'alimentation, de la recherche d'un lieu pour dormir, l'hygiène, la manche et leur vie n'a pas d'autre sens que ces occupations. Certaines personnes gardent une routine et restent dans une dynamique de recherche, d'autres sont dans l'attente des associations et des dealers et ne vont rien faire durant leurs journées. En règle générale, ils sont désorientés temporellement .	« quatre niveaux de SDF » ; premier niveau : « quand la personne arrive dans la rue, quand elle tombe dans la galère, elle est un peu sidérée, c'est là où il peut y avoir des dépressions, des choses comme ça parce que ce n'est pas eux, c'est les autres, c'est les clochards, c'est pas moi. [...] il y a une forme de sidération, je suis à la rue, mais je ne suis pas de la rue. [...] il y a une énorme souffrance, c'est toute une tentative de se maintenir propre, de s'organiser, ils savent encore taper à la porte des uns et des autres » ; « ils s'organisent pour continuer à fréquenter les endroits qu'ils fréquentaient avant et de façon à pouvoir maintenir une sociabilité sans que ça se voit. » ; deuxième niveau : « ils disent que oui, ils sont à la rue, mais qu'ils vont trouver un moyen pour ne pas être des clochards. Et donc, ils vont commencer à s'adapter, ils vont commencer à savoir où se doucher, où dormir, où se nourrir, où se soigner. Et donc, ils vont avoir leur carte du monde et leur circuit » ; « cette partie de vie sexuelle et affective, elle est vraiment une des premières qui va poser problème. En centre d'hébergement, il y a le côté filles et le côté garçons, il y a peu de places pour le couple. » ; quatrième niveau : « le niveau ultime de cette adaptation à la vie de la rue, c'est le clochard qui lui est philosophe, il trouve que c'est comme ça la vie et qu'il n'a besoin de rien du tout. » ; « au premier niveau, la personne a besoin de tout, elle a une grande conscience de tout ce qu'elle a besoin. Et plus le temps passe, plus le besoin se restreint, se restreint, se restreint au vital, au minimum » ; « Leur activité principale est celle-là, de savoir où ils vont dormir, où ils vont manger, où ils vont prendre leur douche. Et leur vie n'a pas d'autre sens que celui-là » ; « c'est des gens qui vont être sales parce qu'ils ne vont pas forcément se laver, donc on va parler d'incurie » ; « l'occupation qu'ils ont, est de savoir quand est-ce qu'ils vont manger, si ils vont pouvoir manger, où est-ce qu'ils vont pouvoir dormir » ; « avec du passage la journée pour qu'ils puissent avoir un peu de manche » ; « ils vont dormir dans la voiture d'un pote, [...] ils vont dormir à l'hôtel quand ils ont reçu le RSA, [...] ils vont dans les centres d'hébergement, [...] ils vont dans les cages d'escaliers de leur mère » ; « une fois qu'ils sont vraiment clochards, qu'ils sont installés, et qu'ils ne bougent de l'endroit où ils sont, et qu'ils attendent que les associations passent de temps en temps pour leur donner à manger. [...] même les deals viennent sur place » ; « il y a des gens qui

		eux restent assis, dans leur bout de trottoir, qui attendent que les maraudes passent » ; « il y en a qui s'organisent entre leur site de jour et leur site de nuit. Le site de jour, c'est beaucoup plus mouvementé, on peut faire la manche, le site de nuit est beaucoup plus calme et à l'abri » ; « certains qui n'occupent pas leur journée, qui restent là-bas et qui ne font rien et qui attendent » ; « d'autres qui vont chercher de la nourriture, d'autres qui attendent que ça tombe » ; « il n'y a pas d'heure de rendez-vous » ; « Après on ne sait plus quelle heure il est, on perd complètement les repères, dans les jours et dans l'heure, dans le temps, dans la journée »
	Au fur et à mesure de leur temps passé dans la rue, les personnes sans domicile diminuent leurs besoins, leurs volontés et leurs demandes afin de ne pas connaître la frustration et la privation. Cela se répercute sur leur capacité à formuler des buts et leur volonté .	« vouloir, c'est être privé, en quelque sorte, donc comme ils ne peuvent pas régler le problème de satisfaire leurs besoins, il faut diminuer les besoins. Comme ça, ils diminuent la frustration. Donc ils finissent par ne plus vouloir » ; « c'est une déprise [...] Ils n'ont plus de prise sur le monde, donc ils lâchent, donc ils n'ont plus besoin, donc ils ne font plus. Et quand on leur demande ce qu'ils ont envie de faire, ils n'ont envie de rien faire parce qu'ils ne veulent plus, ils n'ont plus de souhait pour eux, ils n'ont plus de projection. » ; « ils ne savent plus » ; « qu'est-ce que c'est vouloir déjà ? J'ai oublié » ; « Ils ne savent plus exprimer, ils ont appris à ne plus exprimer, à ne même pas penser à leur vouloir, ni à leurs besoins, et encore moins à leur vouloir, leurs désirs »
	Les personnes sans domicile ne se projettent pas dans l'avenir, n'ont pas de buts et vivent dans l'instant présent .	« Et aucune projection dans le futur, ni dans le passé. Ils vivent l'instant présent. L'instant présent, l'instant de yoga, c'est l'instant. Il est 10h du matin, il n'est pas encore en train de se poser la question de ce qu'il va manger à midi. Il est 10h du matin, il est 10h01, il est 10h02. » ; « Aucune projection dans le futur de ce qu'il voudrait faire »
	Les hommes migrants seuls ne développent qu'une seule identité de migrants car ils fréquentent des lieux dédiés aux migrants. Ils passent du temps avec les autres migrants de sa communauté. La culture prend une place importante.	« Pour les gars isolés [...] il n'a qu'une seule identité, celle de migrant » ; « du migrant qui a quand même trouvé une sociabilité dans le camp à la [station de métro où se regroupent des migrants] où il joue de ceci de cela avec des gars de leur communauté, qui jouent de la guitare qui font des trucs et qui y arrivent quand même et qui organisent leur vie autour de la manche et de la préparation de leur récit à l'OFPRA » ; « Ils connaissent énormément de choses sur la musique par exemple et ils vont dire que depuis qu'ils sont en France, ils n'arrivent plus à être en contact, à être au fait de toute cette musique. »
	Les familles , qu'elles soient françaises ou issus de pays étrangers, conservent une motivation, certains rôles, les occupations liées à ces rôles, une routine de vie et sont plus capables de formuler des buts que les personnes seules.	« gardent encore en elles, ce qu'elles sont, de leur pays. Ils sont les fils de..., la tante de... Et ils ont encore le souvenir de leur métier, donc que je suis médecin, je suis avocat, je suis commerçant, je suis cordonnier, donc ils ont encore toutes ces identités-là, donc identité de filiation, identité professionnelle, identité de parent, je suis l'épouse de..., je suis le père ou la mère de... Ils gardent toutes ces étiquettes et les enfants vont à l'école, ce qui fait qu'il faut se réveiller le matin, il faut leur donner à manger, ce qu'on a, comme on peut. » ; « les familles gardent quelques autres identités qui les préservent. Donc leur demander ce qu'ils veulent faire, ils l'entendent, ils sont encore dans le vouloir, ils sont encore dans l'espoir, ils espèrent avoir ceci ou avoir cela, ils se projettent dans le futur. »
L'environnement	Des personnes sans domicile dépendent de l'environnement , notamment des dispositifs d'aide pour répondre à leurs besoins.	« ils attendent que les associations passent de temps en temps » ; « attendent que les maraudes passent »
	La rue est un lieu dangereux et insécurisant , notamment pour les femmes qui peuvent cesser de se laver et rester sales pour se protéger .	« C'est parfois adaptatif, surtout chez les femmes. Les femmes ont intérêt à être sales dans la rue parce que si elles se pomponnent, ça devient dangereux. »
L'accompagnement en ergothérapie	L'approche de l'ergothérapeute ne doit pas cibler en premier les besoins de santé , mais leurs besoins en	« c'est une forme de prévention, alors que l'entrée n'était pas par la santé. L'entrée était par leur être et leur faire dans le monde »

	<p>terme d'Être et d'Agir.</p> <p>Au départ, il est important de les mobiliser grâce à l'activité et leurs connaissances pour restaurer leur Être, recréer une motivation et un but.</p>	<p>« Il y a tout ce problème de les mobiliser au départ [...] qu'ils commencent à vouloir parce qu'ils finissent par ne plus vouloir » ; « Il faut les remettre en mouvement » ; « c'est une histoire de récupérer des identités, de valoriser des savoirs, par l'intermédiaire d'une activité que, dans ce cas-là, personne n'avait programmé, l'activité de regarder des vidéos sur Youtube® » ; « c'est de l'ergothérapie sociale, c'est de partir de ce que les gens font pour qu'ils puissent être parce que ceux-là ne sont plus »</p>
	<p>L'ergothérapeute peut utiliser des activités de médiations pour créer un lien de confiance dans un premier, puis pour créer une volonté et ensuite un projet avec des buts.</p>	<p>« on peut proposer, des activités, dans une forme de mise à disposition avec du matériel, sortir un jeu de société, jouer avec l'un, jouer avec l'autre, les gens vont venir, même ceux qui ne parlent la langue » ; « des médiations de toutes sortes de jeux de société, de la peinture. Après, on va les connaître et on va voir le projet de chacun. [...] les gens vont venir, ils vont regarder, ils vont parler, ils vont rester là six mois à côté, mais ils vont venir régulièrement. D'autres vont venir à un groupe, puis ne plus venir, et ça s'installe dans un temps, dans un temps, très long, qu'il faut accepter. [...] ils vont s'ouvrir et faire confiance [...] mais c'est long [...] il commence à y avoir une demande [...] c'est très progressif [...] il faut les objectifs » ; « c'est important qu'ils soient dans une logique de collectivisation, donc c'est des activités collectives, pour qu'elles soient collectivisantes »</p>
	<p>L'ergothérapeute peut travailler avec les personnes sans domicile le sens qu'elles vont donner à leurs dépenses financières.</p>	<p>« on arrivait, il y avait les gens de la rue qui nous accueillaient, qui nous vendaient à boire, qui avaient fait le ménage, qui accueillaient. Donc ils avaient cette activité. Et de la manche qu'ils avaient fait la journée, ils mettaient tous les jours ou toutes les semaines, je ne sais pas, un petit peu, deux euros de côté par exemple, pour l'envoyer à des enfants en Afrique, ce qui montrait qu'ils avaient la possibilité de cette activité de la manche, je le fais pour moi, mais je le fais aussi pour les autres » ; « ça leur donnait une autre possibilité de cette activité de la manche, je le fais pour moi, mais je le fais aussi pour les autres »</p>
	<p>L'ergothérapeute peut utiliser une approche communautaire et de promotion de la santé. Les buts de la communauté et de chaque individu faisant partie de la communauté sont alors identifiés, puis la communauté cherche de solutions pour permettre l'atteinte des buts et restaurer le pouvoir d'agir.</p>	<p>« commencer à voir ce pouvoir d'agir là, pouvoir agir et pouvoir d'agir, de façon collective, décider ensemble de ce qu'on va faire » ; « qui vont être collectives ou individuelles, mais même quand elles sont, quand elles partent du collectif, même quand elles sont individuelles, puisque ça c'est un problème aujourd'hui pour les professionnels de santé qui font de la promotion de la santé » ; « il faut vraiment voir le projet de vie de chacun, ce que chacun veut, et prendre en charge les uns après les autres, ou même si la salle est collective, c'est le projet de chacun » ; « on existe que dans le collectif et par le collectif » ; « chacun peut se dire qu'on a envie de faire des choses individuelles et de voir en quoi le collectif peut aider le projet individuel de chacun » ; « C'est vraiment quels sont les problèmes de la communauté, c'est la communauté qui les détermine et quelles sont les solutions que l'on va trouver avec la communauté »</p>
	<p>La prise en charge auprès de ces personnes est longue.</p>	<p>« mais c'est long » ; « c'est très progressif »</p>
	<p>Un travail pluridisciplinaire et de coordination des équipes est indispensable pour bien identifier les besoins des personnes sans domicile.</p>	<p>« si on ne se met pas tous ensemble, toutes les équipes ensemble pour parler de la situation de Monsieur Untel, on ne comprendra jamais ce qu'il lui arrive. Donc il y a ce besoin de coordination des équipes qui est important »</p>
Les perspectives de l'ergothérapie	<p>Des études sont nécessaires pour mieux connaître les personnes sans domicile avec un point de vue ergothérapeutique.</p>	<p>« il y a un travail à faire sur ce que c'est la vie de ces personnes. Il y a des gens déjà qui décrivent ce qu'ils font, mais pas sur un regard ergothérapeutique, de l'emploi du temps, de tout ce qu'ils font. »</p>
	<p>Les ergothérapeutes ont plusieurs spécificités. Ils ont à leur disposition des outils spécifiques. Ce sont les spécialistes du « faire » et de l'activité. Ils ont également une vision globale. E3 insiste malgré tout</p>	<p>« le faire est le propre de l'ergothérapie » ; « les psychologues, les infirmiers, les éducateurs, les psychologues le font aussi, ont cette place-là et ils n'ont pas les outils de l'ergothérapie » ; « ils ne maîtrisent pas l'activité comme nous on la maîtrise » ; « ils n'ont pas cette compréhension du faire qui modifie la personne en tant qu'être » ; « on va faire la même activité, mais c'est avec un autre objectif, c'est</p>

	<p>sur la nécessité de travailler en équipe et que l'ergothérapeute ne doit pas travailler seul.</p>	<p>une autre approche complètement différente qui va leur permettre de se centrer sur leur territoire, qui va leur permettre d'exercer cette faculté première d'un être humain, qui est de faire, d'intervenir sur le monde notamment avec sa pensée. » ; « on va dire cette chose primordiale de l'être humain qui est de faire, parce qu'en faisant, il apprend sur ce qu'il est, il pense en faisant, il fait en pensant, il ne peut pas penser sans faire » ; « C'est en complément. Eux, ils savent faire ce qu'on ne sait pas faire, mais nous, on sait faire des choses qu'ils ne savent pas faire » ; « C'est des services, des équipes pluridisciplinaires dont un ergothérapeute, qui va pouvoir penser les prises en charges globales et intervenir avec ses outils en complément de ce que fera l'infirmier, en complément de ce que fera l'assistant social. Nous, on a le regard sur le faire, sur ce qu'ils sont en train de faire et le sens de ce faire là, qu'est-ce que ça leur permet, qu'est-ce que ça leur empêche, ce qu'ils ne font plus et qu'ils pourraient faire et qu'ils ne veulent plus faire. Tout ça, c'est notre rôle, c'est notre spécificité, c'est dans l'analyse du faire de l'activité. C'est notre regard et notre usage d'activité qui est unique »</p>
	<p>La brève formation des étudiants en ergothérapie et l'absence de stage dans ce domaine limitent le développement de l'ergothérapeute auprès des personnes sans domicile. De plus, les ergothérapeutes diplômés et les gens connaissent mal ce domaine.</p>	<p>« les gens ne savent pas ce qu'on peut faire parce que les ergothérapeutes ne savent ce qu'ils peuvent proposer. Parce qu'ils ne sont pas formés, parce qu'il n'y a pas de lieu de stage »</p>
	<p>Pour favoriser le développement de l'ergothérapie auprès de cette population, les ergothérapeutes peuvent opter pour des stratégies de subversion quand des projets sont financés.</p>	<p>« C'est la subversion » ; « C'est quand on aura des sous pour faire ce qu'on attend de nous, et nous, on veut offrir autre chose en plus »</p>

Annexe XXII : Analyse longitudinale de l'entretien avec E4

Thème	Synthèse des idées	Verbatims tirés de l'entretien
La participation occupationnelle	E4 évoque la singularité de chaque personne qui a une expérience à la rue.	« il y a plusieurs groupes de populations, c'est très vaste en fait les personnes sans-abris. T'as les migrants, t'as les jeunes, ils se sont retrouvés là, dans un espace commun, mais ils ont tous des problématiques différentes »
	Les personnes sans domicile développent de nombreuses capacités comme une capacité d'adaptation, une capacité de réflexion, des habiletés sociales, une créativité et une bonne capacité d'orientation spatiale.	« Les ressources principales, c'est surtout les habiletés sociales qu'ils développent dans leur parcours de vie. Ça va être différentes capacités à s'adapter à de nouvelles situations. C'est à la fois une capacité positive parce qu'elle développe beaucoup de compétences, l'autre versant c'est une fragilité émotionnelle » ; « capacité de réflexion » ; « Ils sont créatifs dans la rue » ; « ils arrivent très bien à s'orienter dans l'espace »
	Les personnes sans domicile ont la sensation de ne pas être reconnus. Ils ont besoin que leurs capacités soient reconnues par les autres. Ils ont également une faible estime d'eux-mêmes.	« Leurs besoins principaux, c'est plutôt le besoin de reconnaissance, le besoin de reconnaissance de leurs capacités à être autonomes malgré la précarité économique et affective » ; « le besoin de reconnaissance et d'estime de soi » ; « ils étaient en demande. La demande elle était plus d'intégrer un groupe sans jugement et puis, elle était aussi individuelle avec une amélioration de l'estime de soi et un espace d'écoute et de parole »
	Ils ont des difficultés à se repérer dans le temps .	« dans le temps ils sont perdus »
	Les personnes sans domicile ont des difficultés à réaliser des occupations satisfaisantes . Mais ils passent du temps avec d'autres personnes de la rue et partagent avec eux des moments de solidarité et d'interactions. Ils arrivent à se débrouiller sans aide , comme gagner de l'argent.	« c'est gagner de l'argent par ses propres moyens, parfois, même si ce n'est pas légal » ; « quand ils arrivent à partager avec d'autres aussi des moments d'échanges, des moments de solidarités entre eux » ; « se débrouiller par eux-mêmes pour quand ils y arrivaient, pour pouvoir se nourrir » ; « je dirais qu'il n'y en a pas beaucoup d'activités satisfaisantes dans la rue »
	Leur vie est rythmée par les soins personnels (hygiène, toilette, intimité, cuisine), et selon la situation, par des activités proposées par des associations , par les rendez-vous et par rien . Leur autonomie est réduite , ils sont donc dépendants des dispositifs pour répondre à leurs besoins physiologiques.	« Tout ce qui est hygiène, toilette, intimité, toutes les activités de la vie quotidienne, la cuisine, tous les besoins primaires, ils sont toujours dépendants d'une demande, d'un chantage, d'un éducateur. Il y a toujours négociation, c'est fatiguant car ils ne sont pas autonomes. Ils ont besoin de trouver, d'être toujours en demande. C'est toujours pareil, quand ils sont en demande, il y a encore une baisse de l'estime de soi. » ; « Le CHRS-CHU, [...] on les met dehors dès qu'ils se réveillent, soit ils vont chercher du travail, soit ils sont avec des rendez-vous, soit ils n'ont pas de rendez-vous mais certains sortent dans la rue et puis ils reviennent le soir. Après soit ils sont dans une dynamique de formation. Mais dans l'ensemble, ils sont souvent livrés à eux-mêmes. Sauf si ils sont rythmés par une activité dans une association ou si une association intervient dans le centre » ; « c'est un rythme institutionnel » ; « ils étaient réveillés tous les jours à la même heure »
	Les personnes sans domicile ont la volonté de changer mais elle manque de moyens et ce changement est long. La mise en place de buts est difficile. Ils se méfient des institutions et de la société.	« elles ont le désir mais parfois, elles n'ont pas les moyens » ; « ils sont habitués à mentir pour obtenir déjà leurs besoins primaires. » ; « les projets, c'est difficile. » ; « par exemple on reste cinq ans dans la rue, [...] on met cinq ans à s'en sortir, vraiment à se soigner. » ; « on leur proposait des boulots qui leur plaisent pas » ; « il y a la dépendance à l'alcool, à d'autres drogues et surtout une certaine hostilité, une méfiance par rapport à ce que la société propose »
L'environnement	Ils sont dépendants des dispositifs . L'environnement agit comme une contrainte à la participation occupationnelle . Il est hostile, insécurisant et conduit les personnes sans domicile à développer des mécanismes de défense . Les	« il y a beaucoup de dépendance » ; « ils déploient une autonomie réduite » ; « ils sont très dépendants des services, il y a une contrainte physique très forte et sociale et policière » ; « Il agit comme une contrainte » ; « L'environnement est hostile » ; « ils ont un mécanisme de défense » ; « Il y a des communautés qui se créent » ; « Ils peuvent trouver des ressources et quand ils trouvent une bonne

	personnes sans domicile passent beaucoup de temps entre elles . Selon les personnes qu'elles fréquentent , cet environnement peut devenir soutenant .	communauté ou des bonnes associations, ça peut être un environnement soutenant. » ; « il y a de telles règles dans le centre que sinon ils sont isolés, donc ils cherchent quand même à être en lien les uns avec les autres, donc ils sortaient. » ; « les box, ce n'est pas des chambres, donc ils avaient peur de se faire piquer des choses dans les box. C'était plus la jungle à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ils étaient plus rassurés dans un cadre extérieur que dans un cadre intérieur. »
L'accompagnement en ergothérapie	E4 utilise une approche par les forces et les capacités , et non par les difficultés et les problèmes rencontrés.	« j'ai plus centré mon travail sur la liste des capacités des personnes qui se présentaient à mon atelier d'ergothérapie plutôt qu'avec leurs problématiques »
	Ses objectifs sont d' améliorer de l'estime de soi et de valoriser des personnes sans domicile , de redonner confiance , de travailler sur la notion d'argent et de dépense , d' impacter sur l'environnement . Elle crée un espace de confiance, de sécurité et de non-jugement .	« Pour faire toute la chaîne prévention, action et évaluation, on a mis en place tout un système où on a évalué les acteurs, l'impact que ça a eu tous nos ateliers avec tous les acteurs. » ; « Il y a eu un impact dans l'institution même de par notre présence sur les bénéficiaires, et puis, il y a eu un impact sur les institutions aussi dans la vie et sur l'avis du public, sur eux. » ; « leur redonner confiance en un adulte, en un thérapeute, en un adulte surtout qui ne les juge pas, qui ne va pas les soigner, qui ne va pas avoir de volonté sur eux, mais qui va essayer de les accueillir déjà comme ils sont. » ; « leur proposer un espace de créativité, de liberté, mais réel, où ils vont pouvoir déployer leurs capacités » ; « il doit être sûr, il doit le mettre en sécurité »
	E4 a mis en place plusieurs ateliers comme un atelier de création, un atelier théâtre ou encore un atelier culturel. Ses interventions sont planifiées sur du court terme . Pour travailler la notion de temps , les projets sont marqués dans le temps , comme une date butoir pour un spectacle de théâtre ou pour la vente des objets fabriqués dans les exemples qui ont été données. Dans ce dernier exemple, avec l'argent récolté lors de la vente, les personnes peuvent créer un projet collectif ou individuel et donner du sens à cet argent. L'ergothérapeute les accompagne également la réflexion de ce projet .	« un dispositif que j'ai mis avec un artiste qui a permis de pouvoir les aider, les valoriser à travers un atelier artistique, artisanal, en tous cas où les mains peuvent se déployer. » ; « j'ai mis en place un atelier d'art, un atelier d'objet de récupération, de création d'objets avec des matériaux de récupération, où je leur demandais d'aller chercher le matériel dont j'avais besoin. » ; « Ils venaient avec le matériel récupéré et je leur demandais de m'aider » ; « sentiment d'utilité » ; « j'ai animé un atelier théâtre » ; « je me suis mise en partenariat avec la ville de [ville] dans un musée [...] où on faisait des ateliers au sein du musée d'art moderne » ; « on a fait en sorte qu'ils jouent la pièce de théâtre dans un vrai théâtre. » ; « un projet à court terme » ; « pour travailler le temps, il fallait aussi que le projet soit marqué dans le temps » ; « au bout de deux mois, les objets que vous avez créés, on va les exposer dans une librairie, vous allez les vendre, puis vous allez pouvoir récupérer les sous » ; « ce sera votre argent » ; « certains utilisent cet argent pour payer un billet pour aller voir un parent » ; « On réfléchissait au projet avec eux. »
Les perspectives pour l'ergothérapie	E4 voudrait créer une caravane mobile d'ergothérapie qui serait dans une démarche d'« aller-vers » les personnes sans domicile . Elle proposerait des ateliers montés sur des projets à court terme . Les personnes sans domicile seraient accompagnées pour fabriquer des objets qui seraient vendus. L'argent récolté permettrait de travailler sur la notion de dépense avec elles. Il serait important d' évaluer l'impact de ce projet .	« L'ergothérapie, comme une intervention à domicile, mais une version d'intervention dans les centres d'hébergements d'urgence avec des ergothérapeutes qui proposent des ateliers concrets, sur des projets à court terme avec des possibilités de se mettre en lien avec des institutions culturelles dans la ville. » ; « pour qu'il puisse par lui-même impacter sur l'environnement » ; « faire en sorte que ces objets, par exemple, soit vendus, soit achetés par des riches et ensuite, qu'ils puissent peu à peu ne pas avoir un rapport impulsif à leurs économies » ; « aller à leur rencontre » ; « Je pense plus à une empreinte d'ergothérapie plutôt qu'à un atelier d'ergothérapie pérenne. » ; « créer cette caravane pour pouvoir avancer, pour pouvoir être financé, pour fonctionner et évaluer notre impact »
	L'ergothérapeute est le spécialiste de l'activité qui a du sens pour l'être humain.	« on est les spécialistes de l'activité significative donc on va pouvoir vraiment les insérer de façon indirecte en leur donnant une empreinte positive avant de parler de projet professionnel »
	En France, la formation des étudiants en ergothérapie est axée sur le médical , ce qui limite ainsi le développement de l'ergothérapie auprès des personnes sans domicile.	« les écoles sont hyper conformistes » ; « c'est très médical »

RESUME

La participation occupationnelle des personnes sans domicile : une nouvelle perspective pour l'ergothérapie

Introduction : D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la participation à des occupations a une influence positive sur la santé et le bien-être de l'être humain. Les personnes sans domicile sont à risque d'être limitées dans leur participation occupationnelle. En France, le manque d'études sur cette question freine le développement de l'ergothérapie dans ce domaine. A l'aide du Modèle de l'Occupation Humaine, cette étude visait à explorer la participation occupationnelle des personnes sans domicile au cours de leur parcours, les pratiques ergothérapeutiques actuelles et les perspectives de développement pour l'ergothérapie.

Méthode : Des entretiens semi-directifs ont été conduits auprès des huit travailleurs pairs et de quatre ergothérapeutes. Une analyse des verbatims a ensuite été réalisée pour mettre en évidence les thèmes principaux.

Résultats : La majorité des participants ont rapporté que les personnes sans domicile s'engageaient principalement dans des occupations qui permettaient de répondre à leurs besoins physiologiques, de gagner de l'argent, d'avoir des interactions sociales avec leurs pairs et de remplir l'ennui dans leurs journées. Cependant, les personnes sans domicile manquaient de sens et de plaisir dans leur quotidien et dans leurs occupations. La faible motivation, la faible estime personnelle, la perte des rôles et l'environnement agissaient comme une contrainte à la participation occupationnelle. A l'aide d'une approche communautaire et de leur expertise, les ergothérapeutes peuvent créer des environnements et des opportunités qui favorisent la participation occupationnelle des personnes sans domicile.

Conclusion : Des résultats similaires ont été mis en évidence dans les études étrangères. Les personnes sans domicile peuvent avoir des difficultés à participer à des occupations significatives. Les ergothérapeutes peuvent avoir un rôle pertinent auprès de cette population. Ces résultats questionnent l'inclusion d'ergothérapeutes dans les dispositifs d'aide et le financement de ces prestations ergothérapeutiques. Par ailleurs, les rôles de l'ergothérapeute auprès de cette population pourraient être inclus dans la formation des étudiants en ergothérapie afin de sensibiliser les professionnels d'aujourd'hui et de demain.

Mots-clés : ergothérapie, absence de domicile, modèle de l'occupation humaine, participation occupationnelle.

ABSTRACT

Occupational participation of homeless people : a new prospect for occupational therapy

Introduction : According to the World Health Organization, participation in occupations has a positive influence on human health and well-being. Homeless people are at risk of being restricted in their occupational participation. In France, the lack of studies on this issue has been hampering the development of occupational therapy in this field. Using the Model of Human Occupation, this study aimed to explore the occupational participation of homeless people during their pathway, current occupational therapy practices and development prospects for occupational therapy.

Method : Semi-structured interviews were conducted with eight peer workers and four occupational therapists. A verbatim analysis was then carried out to highlight the main themes.

Results : The majority of participants reported that homeless people mainly engaged in occupations that enabled them to meet their physiological needs, gain money, have social interactions with their peers and fill the rest of their days. However, homeless people lacked meaning and pleasure in their daily life and in their occupations. Low motivation, low self-esteem, the lack of goals, the loss of roles and the environment acted as a constraint on occupational participation. Using a community approach and their expertise, occupational therapists can create environments and opportunities that facilitate occupational participation of homeless people.

Conclusion : Similar results have been highlighted in foreign studies. Homeless people may have difficulty in participating in meaningful occupations. Occupational therapists can have a relevant role with this population. These results raise the questions of the inclusion of occupational therapists into support systems and of the funding of these occupational therapy services. In addition, the roles of the occupational therapist with this population could be included in the curriculum of occupational therapy students in order to raise awareness among current and future occupational therapists.

Key words : occupation therapy, homelessness, model of human occupation, occupational participation.